

ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL À AIDS: A BUSCA PELAS QUESTÕES SUBJETIVAS

PSICOSSOCIAL ATTENDANCE THE AIDS: THE SEARCH FOR THE SUBJECTIVE QUESTIONS

MENÇÃO HONROSA – PRÊMIO MELHOR TRABALHO COMPLETO, CATEGORIA: ASSISTÊNCIA

Ana AW Saldanha¹, Marco AC Figueiredo², Maria da Penha L Coutinho³

RESUMO

Introdução: tendo como base a necessidade de ampliação de estrutura de suporte psicológico para portadores do HIV-aids, este estudo se justifica pela complexidade do atendimento, em que a contrapartida psicossocial da doença exige uma estrutura integrada e ampliada que possa complementar a abordagem multidisciplinar atualmente dispensada ao paciente. **Objetivo:** buscar subsídios para uma reorientação na abordagem ao paciente. **Método:** dentro da abordagem qualitativa de pesquisa, foi utilizada a técnica de entrevista aberta para a coleta da história de vida de dez mulheres soropositivas para o HIV, enquanto usuárias de Serviços Públicos de Saúde, enfocando suas relações no modo de organização da assistência prestada nesses serviços. A análise dos conteúdos das entrevistas foi realizada com base em categorias temáticas, determinadas a partir dos temas suscitados nas entrevistas. **Resultado:** emergiram as seguintes categorias: A Prática em Saúde no Discurso da Mulher Soropositiva; Relação Profissional de Saúde-Paciente-Serviço de Saúde; Devolução do Diagnóstico; Equipe Multidisciplinar. **Conclusão:** o estudo enfatiza a necessidade de síntese entre as duas perspectivas que devem prevalecer no atendimento a pessoas com aids: a visão compreensiva do profissional sobre a perspectiva do paciente e o envolvimento deste com as condições técnicas do atendimento.

Palavras-chave: aids, atendimento psicossocial, profissionais de saúde

ABSTRACT

Introduction: having as base the necessity of magnifying of structure of psychological support for carriers of the HIV-Aids, this study if justifies for the complexity of the attendance, where the psicossocial counterpart of the illness demands an integrated and extended structure that can complement the boarding to multidiscipline currently excused to the patient. **Objective:** to search subsidies for a reorientation in the boarding to the patient. **Method:** inside of the qualitative boarding of research, the technique of interview opened for the collection of the history of life of ten soropositivas women for the HIV, while using of Public Services of Health was used, focusing its relations in the way of organization of the assistance given in these services. The analysis of the contents of the interviews was carried through on the basis of determined Thematic Categories from the subjects excited in the interviews. **Result:** the following categories had emerged: The Practical one in Health in the Speech of the Soropositiva Woman; Professional relation of Health-Patient-Health Service; Devolution of the Diagnosis; Multidisciplinary Staff. **Conclusion:** the study it emphasizes the synthesis necessity enters the two perspectives that must take advantage in the attendance the people with AIDS: the comprehensive vision of the professional on the perspective of the patient and the involvement of this with the conditions techniques of the attendance.

Keywords: aids, psicossocial attendance, professionals health

ISSN: 0103-0465

DST – J bras Doenças Sex Transm 16(3): 84-91, 2004

INTRODUÇÃO

Enquanto o tratamento clínico da aids (síndrome da imunodeficiência adquirida) tem avanços indiscutíveis, o apoio emocional ao paciente, ajudando-o a lidar com as questões de ordem afetiva, fundamentais para a adoção de práticas voltadas para o autocuidado, ainda sofre conseqüências do despreparo que envolve o trato psicossocial da doença. Além disso, verifica-se a complexidade que envolve o sistema de saúde que, além de acarretar desgaste psicológico para o profissional, reflete no atendimento e na adesão ao tratamento pelo paciente, principalmente pela forma fragmentária com que a doença é encarada¹.

Particularmente, com relação a essa síndrome, diante do impressionante impacto dos medicamentos anti-retrovirais na sobrevida e na qualidade de vida dos pacientes, a adesão ao tratamento centraliza as finalidades das intervenções. Permanece centrado na tradição biomédica e freqüentemente reduz tudo: vivências sociais, culturais, psicológicas, emocionais por viver com a aids, são fatores que favoreçam ou dificultam a adesão ao tratamento, ou seja, ao “paciente aderido”².

Sem desqualificar a importância da medicação e da adesão, diversos profissionais²⁻⁵ apontam para outra dimensão da assistência, que configura o que Ayres (2000) chama de “cuidado”. Consiste nas relações que ampliam o sentido mais convencional de assistência, como operação de saberes técnico-científicos, equipamentos, normas, estruturas organizacionais e outros, ao integrar as trocas interpessoais de suporte para o bem-estar social e mental dos pacientes.

Esta desvitalização da relação terapêutica, característica da forma técnica de atuação, não permite que o profissional leve em

¹Doutora em Psicologia, Departamento de Psicologia – Universidade Federal da Paraíba

²Doutor em Psicologia, Departamento de Psicologia – Universidade de São Paulo

³Doutora em Psicologia, Departamento de Psicologia – Universidade Federal da Paraíba

Fonte Financiadora: CAPES

conta esta fonte extremamente rica de informações, o que torna os limites da prática auto-agravantes, naturalizando-se à medida que o distanciamento do paciente se realiza.

OBJETIVO

Partindo destas colocações, o objetivo deste estudo consiste em buscar subsídios para uma reorientação na abordagem ao paciente, a partir dos discursos de mulheres soropositivas para o HIV, enquanto usuárias sistemáticas dos serviços de saúde que, ao contarem sua história de vida, expressaram opiniões sobre as instituições de saúde. Os discursos aqui analisados não retratam necessariamente a realidade dos serviços, mas antes, são a representação de sua realidade pelas usuárias destes serviços, constituindo-se em pistas para contribuir com o debate sobre a relação profissional de saúde-paciente e destes com os serviços de saúde.

MÉTODO

Participantes

Participaram do estudo dez mulheres soropositivas para o HIV, atendidas no Ambulatório de Moléstias Infecto-Contagiosas de Ginecologia e Obstetrícia, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (-HCFMRP-USP). A escolha deu-se aleatoriamente, após a consulta médica, esclarecendo a respeito do estudo e questionando quanto à anuência em participar.

Coleta de dados

A abordagem qualitativa, por incorporar uma dimensão integral e favorecer um aprofundamento do tema, apresentou-se mais adequada ao desenvolvimento deste estudo. Dentro desta abordagem foi utilizada a técnica de entrevista aberta para coleta da história de vida.

Sob o ponto de vista psicológico ou sociológico⁶, a história de vida oferece condições para reconstituir as posições, estágios e formas de pensar dos indivíduos ao longo da sua vida, enfatizando o papel das organizações, acontecimentos marcantes e outras pessoas com influências significativas na definição de si próprios e suas perspectivas sobre a vida. A história de vida evoca a experiência de uma pessoa, grupo ou organização e a forma como estas experiências são interpretadas por este indivíduo, acentuando ainda três características básicas⁷: é a história da própria pessoa; a situação social e cultural em que o sujeito está inserido; e a sequência de experiências passadas e situações na vida do sujeito.

As entrevistas ocorreram em ambiente privativo, com auxílio de um gravador. A duração de cada entrevista variou de duas a quatro horas, sendo transcrita após seu término. Após a coleta dos dados sociodemográficos, foi utilizada a seguinte questão norteadora: "Conte-me a história de sua vida."

Procedimento de análise dos dados

A análise dos conteúdos das entrevistas foi realizada com base em categorias temáticas determinadas a partir dos temas suscitados nas entrevistas e processada conforme se descreve a seguir⁸:

Primeira fase

As entrevistas foram analisadas individualmente e a junção concentrou conteúdos comuns dentro de cada discurso. Assim, cada discussão foi transcrita e estudada em função de cada entrevista realizada, devendo se referir às questões particulares de cada indivíduo. Compreenderá as seguintes fases:

- A. Leitura Inicial: Nessa primeira leitura, foram identificados alguns pontos preliminares, ligados às categorias, realizando anotações a respeito de aspectos relacionados com a situação da entrevista, como *rapport*, dificuldades de interação, disponibilidade e seu estado afetivo.
- B. Marcação: Foram selecionados alguns trechos da entrevista que corresponderam às categorias preestabelecidas na etapa anterior, além de outros conteúdos também considerados importantes.
- C. Corte: Os trechos selecionados foram retirados do texto.
- D. Junção: Os trechos selecionados foram agrupados; ou seja, todas as anotações de uma mesma entrevista foram dispostas em protocolos de análise.
- E. Notação: Foram feitas observações marginais sobre os trechos, com o objetivo de localizá-los na literatura e no contexto do grupo.
- F. Discussão: As observações foram discutidas para que se pudesse fazer a segunda junção, na qual serão agrupados os trechos de todas as entrevistas com relação a uma mesma categoria.

Segunda fase

Nesta etapa, as entrevistas não foram consideradas individualmente e a junção se referiu-se a conteúdos comuns a todas entrevistas. Assim, as junções realizadas na etapa anterior foram agrupadas e estudadas em função da equivalência de conteúdos, referindo-se às questões comuns, dentro de cada categoria. Seguiram-se as seguintes fases:

- G. Leitura inicial: Foi realizada uma leitura para que se pudesse identificar os trechos cujos conteúdos são comuns, dentro de cada categoria.
- H. Organização: Esses trechos foram, então, agrupados e classificados em subcategorias com base em protocolos especiais.
- I. Notação: Quando necessário, foram ampliadas as observações marginais relacionando-as às subcategorias.
- J. Discussão final e redação: Foi realizada a redação definitiva, baseada nos resultados obtidos através da análise de conteúdo, relativo às categorias que surgiram durante as entrevistas.

Aspectos éticos

Este estudo foi realizado considerando-se os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1996), tendo sido submetido à avaliação e aprovado pela Comissão de Ética Médica do HCFMRP – USP.

RESULTADO

Caracterização das participantes

Este grupo de dez entrevistadas tem o perfil da tendência da epidemia, isto é, são mulheres jovens, em sua maioria donas-de-casa, que foram contaminadas, via sexual, por seus maridos ou parceiros estáveis. Mulheres que não se perceberam vulneráveis, principalmente porque cumpriam o papel que se espera delas – o amor monogâmico e dedicação ao lar e à família. A maioria só teve conhecimento do diagnóstico soropositivo quando ficaram grávidas e iniciaram o pré-natal.

Estas mulheres têm em média 26 anos, com variação de idade de 21 a 35 anos e tempo de diagnóstico de seis meses a dez anos ($x = 4,1$), o que nos mostra que foram infectadas muito jovens, algumas ainda na adolescência. Apenas 30% se encontram em fase sintomática da infecção, o que nos leva a observar o aumento da longevidade após a introdução dos anti-retrovirais.

O perfil socioeconômico destas mulheres nos remete aos estudos sobre a feminização da epidemia. A maioria vive em situação conjugal, sendo 30% casadas legalmente e 40% consensualmente e tempo de relacionamento mínimo de três anos e máximo de dez anos ($x = 5,6$).

Nenhuma destas mulheres foi além do ensino fundamental, sendo que 80% nem chegaram a completá-lo. Com relação à ocupação anterior e ocupação atual, não foi encontrada diferença significativa, visto que 70% sempre foram donas-de-casa dedicadas ao lar, filhos e marido; 30% têm como ocupação o trabalho de faxineira, escolhido por não ter vínculos que desviem sua atenção do lar. Portanto, a maioria não possui renda própria, tornando-se, assim, dependente do marido.

Categorias temáticas enunciadas

As mulheres soropositivas para HIV, ao contarem a sua história de vida, relatam também a realidade vivida enquanto usuárias sistêmicas de serviços de saúde, o que consiste um *locus* privilegiado para a sua avaliação. Da análise das histórias de vida transcritas, seguindo o modelo já mencionado, derivaram as seguintes categorias:

- A Prática em Saúde no Discurso da Mulher Soropositiva
- Relação Profissional de Saúde–Paciente–Serviço de Saúde
- Devolução do Diagnóstico
- Equipe Multidisciplinar

DISCUSSÃO

A prática em saúde no discurso da mulher soropositiva

Ainda que não satisfaça as necessidades da população, é a ordem médica que tem poder e é reconhecida e legitimada por todos os profissionais e usuários, extremamente influenciados pelas crenças e valores vigentes. Entretanto, de uma forma geral, observa-se que, apesar de assimilarem as concepções clínicas e agirem também a partir das regras estabelecidas pelos especialistas, as mulheres soropositivas têm uma visão mais abrangente do fenômeno saúde, que comporta uma concepção de homem como corpo/alma, matéria/espírito e inclui relações afetivas e condições de vida e trabalho na definição de sua situação. Assim, apesar de reconhecerem o poder médico e subordinarem-se à medicalização, elas possuem uma visão crítica a partir da experiência, tanto dos profissionais e suas técnicas, quanto do sistema de assistência em saúde do qual fazem uso. Por isso, reinterpretam o esquema racionalizado, usam-no conforme os seus interesses imediatos e concepções particulares, não legitimando o saber médico, configurando um “código de resistência”⁹.

Relação Profissional de Saúde–Paciente–Serviço de Saúde

A relação médico-paciente, que neste trabalho é ampliada para profissional de saúde–paciente, de acordo com Nardi (1999), tem uma função tão ou mais importante que o medicamento utilizado para o tratamento da doença¹⁰. Com o isolamento urbano das sociedades industriais, o médico torna-se, muitas vezes, o único recurso para o qual o paciente consegue dirigir suas queixas. Portanto, a maneira como este escuta a sua queixa, independente de uma origem patológica clássica ou de origem psicossomática, vai implicar no seguimento ou não do tratamento. Ainda que o médico não apresente solução para o problema apresentado, o principal gerador de sofrimento se dá quando o paciente percebe que o médico desvaloriza sua queixa e não se interessa em compreendê-lo, ignorando sua dor.

Foi observado que, na relação entre profissional de saúde e paciente, a percepção que o médico faz do paciente é anterior ao contato pessoal, decorrente das anotações deixadas no prontuário médico, no qual estão assinalados seus *antecedentes*, ou pela carta de encaminhamento que o acompanha de setor a setor e que fornece informações selecionadas que traçam uma imagem social, em função da qual o profissional definirá sua estratégia frente ao paciente.

Em conseqüência, o discurso do paciente sobre o médico não deixa de ser um discurso hesitante¹¹, conforme pode ser observado na entrevista 2:

“... parece que a gente nem tem o problema. Tratam a gente, quer dizer, às vezes a gente precisa lembrar. (...) pô, será que eles sabem do meu problema? (...) você tem que ficar lembrando os médicos e pedir, pelo amor de Deus, me ajuda.”

Este fato se deve à ausência de um critério objetivo que lhes permita apreciar as qualidades profissionais do médico. Diferente das classes mais favorecidas, que escolhem os profissionais baseados em títulos e reputação, nas classes trabalhadoras esta *escolha* é feita ao acaso, em função dos critérios dos serviços de saúde, onde nem sempre é o mesmo profissional quem faz o seguimento do tratamento. Portanto, por não possuírem os critérios específicos que lhes permitam medir a competência do médico, a avaliação dá-se “em função de critérios difusos, usados cotidianamente na apreciação de outrem: a amabilidade, a boa vontade e a complacência” (p. 38)¹¹. Tal situação foi constatada no discurso das mulheres entrevistadas. O fato de o médico ser amável e conversar foi um critério de avaliação de competência, como pode ser exemplificado no discurso a seguir:

“O médico que eu faço a minha consulta, ele é muito bom. Ele é muito atencioso, conversa bastante. Qualquer coisa que eu não sei, que eu tenha dúvida, eu pergunto e ele sempre me responde.” (entrevista 3)

Entretanto, é importante discutir como as explicações são dadas, se pelo simples repasse de conteúdos (visto como instrução ou orientação informativa, de caráter normativo) ou pela valorização da interação profissional/usuários, incentivando a troca de conhecimentos e a verbalização de dúvidas e temores. Essa troca só é possível com o reconhecimento de que os usuários detêm conhecimento prévio, baseados nas experiências do cotidiano e do senso comum, que embora não tenha caráter científico, é orientador do comportamento destes indivíduos⁴. Portanto, ignorar tais concepções é perder a chance de relativizá-las.

Foi observado, ao longo do período de coleta de dados, um grande comprometimento dos profissionais com seu trabalho e o compromisso que têm com o paciente. No entanto, tal postura não pode ser confundida com uma atitude de verdadeira escuta, sendo a priorização das informações do paciente baseada na sua vivência. Em geral, além do tratamento diferenciado, a utilização pelo profissional de um vocabulário especializado e as explicações dadas ao paciente, variam de acordo com a sua classe social. Não são dadas explicações efetivas senão àqueles que julgam capazes de entender. Geralmente as explicações vêm em forma de ordens imperativas, em vez de um aconselhamento em duplo fluxo de linguagem.

A falta de informação sobre a doença e o tratamento leva o paciente a construir, por seus próprios meios, um discurso com materiais fragmentados e palavras mal-entendidas, conforme se observa na entrevista 7 referindo-se a um dos anti-retrovirais:

“...to tomando dorim, parece. Eu não sei, acho que é isso, esse nome do remédio mesmo. É uma cápsula branca.”

Outro ponto observado refere-se a que, principalmente no primeiro contato profissional/paciente, o preenchimento de fichas de anamnese seja visto como meta a ser cumprida, transformando a atitude de escuta em coleta de dados sobre o paciente, em vez de priorizar este momento na personalização das informações com base nas vivências do paciente.

A atitude autoritária do profissional de saúde e sua reserva em fornecer informações que permitiriam dar um sentido aos atos e prescrições, ou seja, as razões e o conhecimento que fundamentam e dão sentido às regras, ficam sempre implícitos¹¹. No caso de perceber alguma resistência do paciente em seguir as prescrições, não é através da explicação sobre o princípio de eficácia do medicamento prescrito ou da regra enunciada que ele procura eliminar as objeções, mas através do enunciado de sanções que decorrerão automaticamente da desobediência, ou seja, pela enumeração das consequências da transgressão da norma.

Este fato pode ser observado na entrevista 4, quando, após ter recebido o diagnóstico da causa da morte do parceiro, é solicitada a fazer o teste anti-HIV:

“... o médico falou: ó, você faz, mas com certeza vai dar que sim. Eu já vou logo te avisando. Ah, claro, com certeza eu ia ter, né? Eu já sabia, né?”

Os problemas de entendimento da mensagem não se limitam à falta de clareza da linguagem, visto que também dizem respeito ao não compartilhamento dos significados culturais vinculados às vivências do paciente. O conteúdo a ser comunicado precisa ser competente, do ponto de vista de uma compreensão mediada pelos valores e vivências do grupo a que se destina. A comunicação diz respeito, necessariamente, à possibilidade do diálogo, confronto e reciprocidade⁴.

O doente faz, então, uma seleção do discurso médico, retendo apenas os termos que reconhece, mesmo ignorando o seu significado *científico*, na tentativa de reconstruir um discurso coerente:

“... às vezes depende do que é melhor pensar, do que lembrar daquilo do que ele falou...” (entrevista 10).

Ou ainda, atribui sentido aos termos, reinterpretando-os de acordo com a sua vontade:

“...eles me trataram como se eu fosse uma mãe normal. Então, eu fiquei naquela, pô, será que eles sabem do meu problema? Porque facilitaria pra mim não ter mais...” (entrevista 2).

A barreira mais visível entre o médico e o paciente⁹ dá-se através de um código de linguagem fechado e específico que, em primeiro lugar, atém-se ao contorno biológico e individual do doente, explicando o fenômeno saúde/doença como o bom funcionamento dos órgãos e como responsabilidade individual, separando o sujeito do seu meio, de suas experiências, de sua classe e dos condicionantes de sua situação. Em segundo lugar, reduz o conceito de doença à especificidade de um determinado órgão, objeto de um saber fragmentado. Em terceiro lugar, a práxis médica chega a prescindir da realidade mais imediata e sensível que é o corpo e seus sintomas, voltando-se para as mensagens infracorporais fornecidas pelos equipamentos laboratoriais.

A aids trouxe consigo a necessidade de reformulação da estrutura de autoridade médica, impondo a necessidade de escutar o paciente como um todo e não apenas examinar o órgão doente. Trouxe também a necessidade de lidar com as questões afetivas e

sociais, antes relegada ao segundo plano. E, assim, tornou visível o despreparo e a desorientação que envolve os profissionais de saúde no trato psicossocial da doença. Além disso, como doença recente, muitos profissionais não aprenderam sobre aids na faculdade, tendo que o fazer na prática diária de seu atendimento.

A dificuldade e o despreparo dos profissionais de saúde são captados pelas pacientes, conforme pode ser observado na entrevista 10:

“Os médicos estão estudando, mas entender, entender mesmo... nem eles sabem.”

Muitos profissionais, diante da impotência frente à irreversibilidade do quadro da aids, têm apontado nos próprios clientes a causa de seu fracasso⁵. Pressões psicológicas, decorrentes da interação com o paciente, contrapõem-se a pressões profissionais determinadas pelas obrigações e auto-realização no trabalho. E, diante deste quadro, que determina um atendimento caracterizado pela ênfase na competência técnica, o paciente sofre a ausência de abordagens que se estendem ao atendimento de suas necessidades psicossociais.

Devolução do Diagnóstico

Estudos¹² sobre o ponto de vista do paciente com aids a respeito do atendimento clínico recebido ressaltam que, dada a complexidade do momento da confirmação do diagnóstico, a forma com que se dá é determinante para suas condutas futuras, envolvendo o convívio com a doença, a adesão ao tratamento e, principalmente, as representações de si enquanto portador. O papel do profissional é determinante, devendo este estar preparado para lidar com as questões afetivas que envolvem o trato psicossocial da doença, além de ser continente às necessidades de cada pessoa.

A necessidade de ter que lidar com aspectos que não estão previstos nas “rotinas diagnósticas”, coloca o profissional frente à abordagem de temas para os quais sua formação não o prepara, deixando-lhe a opção de abordá-lo segundo seu padrão moral particular. Esta falta de preparo no lidar com as questões de ordem afetiva pode ser observada na entrevista 7, ao receber o diagnóstico soropositivo:

“Eu fiquei chocada com ela (médica). Ela não devia ter dito assim, na lata. Eu acho que ela deveria chegar, conversar, explicar tudo direitinho... Por exemplo, o enfermeiro... médico... acho que era estudante, ficou doidinho ali do meu lado. ‘Não fica assim, você não está doente, não fica assim’, ele falou pra mim. Ela falou pra mim e saiu e ele entrou. Ele não sabia o que falava pra mim, o que fazer”.

Os profissionais com formação fisiopatológica, por acreditarem que a escuta e o apoio não seriam seu papel ou por não se sentirem aptos para incorporar essas práticas, fazem encaminhamentos aos psicólogos ou assistentes sociais, sem perceber que a escuta, o acolhimento e a terapêutica medicamentosa são indissociáveis.

Estes fatos têm origem no modo com que o trabalho em saúde tem sido organizado e sua determinação sobre a formação do profissional. Principalmente pela forma fragmentária com que a doen-

ça é encarada, consequência da subdivisão do conhecimento em especialidades, cujos territórios são estreitamente demarcados, fazendo com que o profissional de saúde veja o paciente sob a ótica de sua especialidade, tratando somente “parte” da pessoa^{1,12}. Como se existisse corpo ou demanda referida ao corpo, “que já não seja imediatamente revestido de significados sociais, psicológicos e emocionais”¹³.

Transparecem, nos relatos, as dificuldades do médico que, diante de um resultado positivo para o HIV, recorre a outros profissionais para que comuniquem o resultado à pessoa que fez o exame:

“O médico (do posto de saúde) falou assim: eu não tenho certeza porque isso aqui foi passado por telefone, não tenho certeza. Então você vai pra lá (serviço de saúde especializado) pra fazer um teste de novo. Aí, marcou pra mim, eu vim, fiz um teste rápido, na hora já saiu o resultado. (...) Aí eu fiquei, na hora, eu fiquei sabendo. Já entrei em desespero.” (entrevista 5)

A subdivisão do conhecimento em especialidades, cujos territórios são estreitamente demarcados, fazendo com que o profissional de saúde veja o paciente sob a ótica da sua especialidade, exclui da prática cotidiana categorias essenciais para que haja a formação do vínculo profissional-paciente.

A ambivalência da responsabilidade em função da competência técnica também pode ser observada na entrevista 10, ao perceber a dificuldade do profissional como falta de conhecimento:

“Eu já tava no final da gravidez, já não tava fazendo pré-natal no posto, tava fazendo na... (maternidade). Aí, o posto me chamou de novo, que havia tido um problema no meu sangue. De lá vim direto no posto, mas não consegui saber o resultado porque o médico... acho que ele não entendia bem do exame. Ele pediu que a gente voltasse no outro dia que ele ia conversar com alguém que entendesse para dar o resultado. Fomos pra casa, a cabeça a mil... No outro dia a gente voltou lá, eu voltei com o meu marido de novo, e ele deu o resultado...”

Em outro caso, foi necessária uma postura ativa de busca do diagnóstico pelo paciente:

“O médico não me falou nada. Tinha uma moça no meu quarto e aí, um dia, o médico foi lá e falou pra ela que ela era. Eu não sabia de nada, mas achei estranho. Aí, eu cheguei lá e falei: olha, se eu tiver alguma coisa, me fala. Porque se ela era HIV, por que eu tava lá também? Aí foi quando ele me explicou que tava desconfiado. Mas ele não falou pra mim, chamou meu marido e falou pra ele. Aí meu marido me falou...” (entrevista 8)

Perde-se, assim, a possibilidade de preparação psicológica, desde o primeiro contato com o profissional ou o serviço de saúde até a recepção do diagnóstico, considerando não somente o momento da devolutiva, mas também os antecedentes e consequência deste, considerando esse processo como um todo, o que é fundamental para o acompanhamento efetivo da pessoa.

Fica claro também, a dificuldade do profissional em lidar com o sofrimento do outro e, frente à própria dificuldade, ele passa o diag-

nóstico para que outra pessoa comunique ao paciente, conforme relatado na entrevista 3:

“... o pior de tudo pra mim foi a minha mãe saber, que eu acho que ela era a última pessoa a poder saber, né? E ela foi a primeira. Porque o médico não me comunicou, não comunicou ninguém que ia fazer o exame. Até isso eu achei errado. Porque eu acho que é essencial você ter a autorização do paciente pra fazer o exame. E tem que dar notícia com autorização do paciente. Não, ele fez o exame sem minha autorização, sem falar nada comigo e ainda foi direto na minha mãe, não falou comigo. Ele queria que minha mãe me desse, me falasse... (...) ele queria um meio de sair fora”.

No relato acima, observa-se uma total desqualificação da paciente enquanto sujeito de sua saúde. Ela não foi comunicada do exame e, tampouco do diagnóstico. Foi usurpada em sua individualidade. Foi exposta em sua intimidade. Foi desrespeitada enquanto indivíduo e cidadã. Não lhe foi possibilitada a sua condição de pessoa com papel ativo e determinante na relação com o profissional que a atende.

As dificuldades em falar da aids e em enfrentar uma possível recusa do paciente em realizar o teste são alguns dos motivos que levariam os profissionais a não informá-lo sobre a solicitação do teste de HIV. A idéia do consentimento livre e esclarecido, atualmente um dos mais importantes princípios de ética em medicina, adequa-se perfeitamente a essa situação. A autonomia do paciente refere-se à possibilidade de fazer uma escolha, no entanto esta escolha não poderá ser pautada apenas no medo ou desejo, deverá ser informado das conseqüências de sua escolha. Ou seja, mesmo enfatizando o direito do paciente em fazer ou não o exame, é dever do profissional, em qualquer situação de risco de doença, oferecer os recursos disponíveis e procurar convencer o paciente dos benefícios do tratamento, mesmo que esses sejam poucos com relação aos problemas que terá que enfrentar diante de um resultado positivo. A situação da testagem pré-natal é um exemplo de que, mesmo sendo rotina, o paciente deve ser informado sobre os exames solicitados, devendo ser justificados de forma a convencê-lo dos benefícios em realizá-los.

Tem-se, assim, um modelo de saúde em que as forças psicossociais não desempenham um papel importante e há uma propensão dos profissionais de ignorá-las. Desta forma, o profissional de saúde não se aproxima da realidade única, subjetiva do paciente. Esta desvitalização do atendimento, além da falta de espaço para os sentimentos fluírem pode ser observada no seguinte discurso:

“Comecei a fazer os exames pré-natal, mas ninguém me falou nada. Só fiquei sabendo na hora que tive o neném. Eu fiquei 15 dias lá, internada, eu querendo ir embora e ninguém falava nada. Até que vieram me falar. Me deram um comprimido primeiro...” (entrevista 9).

Presença de exigências conflitantes que envolvem simultaneamente responsabilidade e autopreservação, o profissional de saúde vê-se frente a situações ambivalentes. E, diante deste quadro, que determina um atendimento caracterizado pela ênfase na competência

técnica, o paciente se ressentido de uma abordagem que permita estender um atendimento às suas necessidades psicossociais:

“Eu acho que ela (a médica) deveria chegar, conversar, explicar tudo direitinho... Porque ela deu pra mim assim, na lata, e saiu.” (entrevista 7)

É fundamental reconhecer que os profissionais que trabalham com DST/Aids, deparam-se dia a dia com situações estressantes – entrega de diagnóstico de exame sorológico, crises conjugais, dependência de drogas, falta de recursos, dor, desespero, rupturas etc. – que impõem a necessidade de superação de limites institucionais e pessoais. Neste sentido, a criação de espaços de reflexão e discussão, além de suporte psicológico, beneficiariam tanto o médico quanto os seus pacientes.

Equipe Multidisciplinar

Com relação à última categoria emergente, a estrutura dos serviços com base na multidisciplinaridade, estudos² recentes demonstram que não tem garantido respostas adequadas. Ainda que no campo intelectual este trabalho tenha emergido como possibilidade, na prática ele está fortemente organizado em torno do modelo médico, em que as demais áreas agregam seus trabalhos em torno da racionalidade clínica e na busca de autonomia, resultando na compartimentalização do atendimento. As práticas dos diferentes profissionais são freqüentemente isoladas e muitas vezes concorrentes, demonstrando dificuldade de interação entre diferentes competências técnicas.

A busca da integralidade, muitas vezes é confundida com ações de encaminhamento dos usuários, configurando em justaposição de ações. Ou ainda, tem-se a percepção do trabalho multidisciplinar como estratégia para reforçar prescrições, reforçando a convivência segmentada e autonomizada das diferentes competências técnicas. Estes aspectos podem ser observados conforme recorte na fala dos sujeitos:

“É uma confusão, porque daqui me mandam pro postinho lá perto de casa. Lá não tem infectologista. Dali me mandam pro pronto-socorro. Do pronto-socorro mandam pro postinho da (rua) Cuiabá. Aí, eles marcam consulta pra daqui a um mês. Aí, depois tem que vir buscar uns papéis e tirar um monte de sangue. Mas eles marcam assim... Ah! Lá é muito complicado, porque eles, por exemplo, se eu vou fazer um exame pra contar aquele negócio de CD4, eles marcam pra três ou quatro meses na frente, porque tem muita gente. Mas, desse jeito pra mim não dá, porque quando eu conseguir fazer este exame, já tô morrendo, porque eu não tô fazendo nenhum tratamento. Não, dessa vez eu vou falar: olha, não me alterem, se me mandarem pra essa UETDI (Unidade Especial de Tratamento de Doenças Infecto-Contagiosas), eu não vou a lugar nenhum. Ah não. Eles brincam muito com a gente, não dá, não.” (entrevista 6)

Estes dados indicam pistas importantes para uma reorientação na abordagem do paciente que leve em conta uma visão da pessoa

como um todo, não fragmentada pelas várias especialidades técnicas, que priorize o vínculo pessoal profissional-paciente, que seu sofrimento seja acolhido e considerado nos vários aspectos.

Estudos sobre o trabalho de equipes multidisciplinares^{2,14,15} buscando ampliar o foco do atendimento para além da racionalidade de clínica e do modelo médico tradicional (que busca exclusivamente o “paciente aderido” ao preservativo ou ao medicamento), indicam que alterações nas circunstâncias em que essa assistência interdisciplinar se realiza têm impacto perceptível na assistência. Confirmam as sugestões para o desenho de programas de prevenção do HIV e da aids que apontam a necessidade de ampliar a integralidade do atendimento e o aconselhamento para todos os momentos de contato com os participantes das ações de saúde, apesar dos obstáculos para superar a compartimentalização entre as várias especialidades profissionais ou a sobrecarga de trabalho nas unidades básicas de saúde.

Há que se destacar a importância desta equipe multidisciplinar como estratégia de construção de práticas assistenciais integrais, qualificando a assistência e propiciando transformações nas relações tradicionalmente estabelecidas pelos serviços públicos e de saúde. A perspectiva de existência de um espaço de trocas favorece o compartilhamento de angústias, dúvidas e dificuldades vividas, aliviando o estresse, fortalecendo a equipe, estimulando pesquisas e proposições nas quais os profissionais de saúde, assim como os usuários, poderão resgatar suas possibilidades de transformação das relações de poder, propondo alternativas assistenciais criativas e participação nas instâncias decisórias.

Mais que equipes técnicas, as equipes multidisciplinares que tratam o fenômeno aids devem se constituir enquanto grupos estratégicos, em que a real dimensão do problema passa pela luta por melhores condições de trabalho e pela inserção do profissional nos processos de concepção e organização do atendimento enquanto um todo. Assim, além de se estender às questões da organização da prática, a formação deve ser reorientada para a capacitação do profissional de saúde no sentido de poder sistematizar e aproveitar a aprendizagem informal, acumulada pela experiência no trato com o paciente¹⁶.

CONCLUSÃO

A atuação em Saúde, de um modo geral, carrega consigo contradições que se multiplicam, determinadas pelo desenvolvimento das forças produtivas da sociedade, que baniu e vem gradativamente eliminando o componente humano do trabalho e que lhe conferia a condição de categoria histórica e de força transformadora na luta pela perpetuação e subsistência da humanidade. Atualmente, o trabalho, esmigalhado em atividades subjugadas e orientadas por fora do processo, caracteriza-se pela justaposição de elementos objetivados pela especialização, como se a busca da recuperação da totalidade perdida pudesse ser realizada na multidisciplinaridade das equipes dentro das instituições.

O avanço tecnológico não deixa alternativas para a formação do profissional de saúde; a “neutralidade” e a particularização e objetivação do tratamento são o reflexo da dicotomia entre o conhecimento técnico e a competência social, comum na formação, e que

coloca o profissional frente às questões características de sua especialidade. A racionalidade desvitaliza o tratamento, transformando o homem doente em questão técnica a ser resolvida. A formação profissional, direcionada por esta lógica objetiva, prioriza a competência técnica em detrimento da sensibilidade social; e, neste universo reificado, a racionalidade clínica prevalece.

Todas estas questões¹ remetem às bases do fenômeno aids, colocando a descoberto algumas contradições que determinam as principais dificuldades para o trato psicossocial do paciente, tanto a nível técnico e profissional, quanto dentro da sociedade organizada. Por mais que as equipes profissionais estejam instrumentalizadas técnica, teórica e tecnologicamente, sua compreensão do fenômeno restringe-se ao seu corpo especializado e a ação ressent-se, na prática. Se a informação técnica é essencial para a superação de questões estruturadas da ação imediata, falta à maioria dos especialistas a competência social para ultrapassar os limites da compartimentalização do conhecimento.

De acordo com os relatos deste estudo, observou-se que o encontro com o paciente não está sendo utilizado para que se estabeleça um diálogo, mas conduzem à repetição de preceitos normativos, além de uma postura de distanciamento, com o exercício da autoridade médica dicotomizada com relação às expectativas e vivências do paciente, agravadas pelo pouco tempo disponível para o atendimento.

Diálogo pressupõe *troca*, em que o conhecimento prévio e as crenças dos pacientes, que orientam seu comportamento cotidiano, possam ser relativizadas conjuntamente e, dessa forma, o próprio usuário possa identificar com mais clareza suas demandas e reconhecê-las como pertinentes. Entretanto, essa troca só é possível com o reconhecimento de que o usuário detém um conhecimento prévio, com base nas experiências e no saber de senso comum, que são bastante arraigados e orientadores das condutas cotidianas.

Ao relatar as histórias de vida, as experiências fragilizadoras e os caminhos encontrados para romper com o determinismo, elas vão, ao mesmo tempo, construindo formas de enfrentamento da situação atual. Para os profissionais de saúde, o momento da escuta serve para buscar, na história de vida de cada paciente, a melhor forma de introduzir as orientações e prescrições, de modo que sejam adaptadas ao contexto sociocultural e à realidade de cada um.

Diante deste confinamento da prática em campos estanques onde, por um lado, a busca pelas questões subjetivas do atendimento colide com o caráter assistemático da intervenção e, por outro, as questões técnicas prevalecem pela desvitalização e objetivação da relação terapêutica, a formação profissional volta-se para conhecimentos instrumentais que particularizam a ação e especializam as intervenções. A participação conjunta de pacientes e profissionais no processo de enfrentamento à aids tem sido destacada e a concepção do atendimento tem passado pelo crivo das necessidades destes dois elementos da ação terapêutica¹.

Espera-se, assim, obter alguns elementos necessários para realizar a síntese entre as duas perspectivas que devem prevalecer no atendimento a pessoas com aids: a visão compreensiva do profissional sobre a perspectiva do paciente e o envolvimento deste com as condições técnicas do atendimento.

Neste sentido, este trabalho representou uma tentativa para entrar no universo de representações de quem sofre com a aids, reti-

rando subsídios para a reorientação do atendimento e a formação profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FIGUEIREDO, MAC. - Aids, Ciência e Sociedade: A dicotomia entre conhecimento técnico e competência social no trabalho do profissional de saúde. In: Boarini M.L. - *Desafios na atenção à Saúde Mental*. Londrina: Editora Universidade de Londrina, 2000a.
- SILVA, NEK., OLIVEIRA, LA., FIGUEIREDO, WS., LANDRONI, MAS., WALDMAN, CCS., AYRES, JRCM. - Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. *Revista de Saúde Pública*, 36(4):108-116, 2002.
- Ayres, JRCM. - Cuidado em Saúde: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface*, 6,117-120, 2000.
- FILGUEIRAS, SL. & DESLANDES, SF. - Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 159(2):121-131, 1999.
- FIGUEIREDO, MAC. - Algumas questões psicossociais do atendimento a pessoas que convivem com o HIV/Aids, sob o ponto de vista de um grupo de profissionais de saúde. *Jornal Brasileiro de Aids*, 2 (1):17-24, 2001.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. - *Investigação Qualitativa em Educação*. Portugal-Porto: Porto Editora, 1997.
- DENZIN, NK. - *The research act: a theoretical introduction to sociological methods*. 3ª ed, Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1989.
- FIGUEIREDO, MAC. - *Profissionais de Saúde e Aids*. Um estudo diferencial. *Medicina*.Ribeirão Preto, 26 (3): 393-407, 1993.
- MINAYO, MC. - *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1998.
- NARDI, HC. - *Saúde, Trabalho e Discurso Médico*. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 1999
- BOLTANSKI, L. - *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Edições Graal,1989.
- FIGUEIREDO, MAC. & RIBEIRO, DF. - A devolução do diagnóstico anti-HIV positivo. In: O ponto de vista do paciente com aids a respeito do atendimento clínico recebido. FFCLRP-USP, 1997.
- MENDES-GONÇALVES, RBM. - Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centro de Saúde de São Paulo.São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.
- FIGUEIREDO, R. & AYRES, J.R. - Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade feminina de mulheres às DST/Aids em São Paulo. *Revista Saúde Pública*, 36 (4):96-107, 2002.
- BUCHALLA, CM. & PAIVA, V. - Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. *Revista Saúde Pública*, 36 (4):117-119, 2002.
- FIGUEIREDO, MAC. - Estudo de Representações sobre Aids em pacientes, para a formação profissional visando grupos de suporte para pessoas contaminadas pelo HIV, sintomáticas ou não. *Jornal Brasileiro de Aids*, 1(5): 22-31, 2000b.

Endereço para Correspondência:

ANA ALAYDE W SALDANHA

Av. Argemiro de Figueiredo, 505, apt. 101 C – Bessa

João Pessoa – PB CEP: 58037-030

E-mail: analayde@pontoweb.com.br

Recebido em: 30/06/04

Aprovado em: 29/09/04

DST 6/Prevenção 6/Aids 2, Santos, 2006

www.dستاopaulo.org.br



Os pedidos poderão ser feitos enviando vale postal ou cheque nominal cruzado em nome do Sr. Luiz Antônio Leão Pereira. Maiores informações podem ser obtidas pelos telefones (016) 618-4841 e 618-4814.

Valor do livro: R\$ 50,00
(mais o valor da postagem)

Rua João Nantes Júnior, 283
14096-260 – Ribeirão Preto - SP

Pedidos:

São Paulo – Rua Jesuíno Pascoal, 30
Tels.: (11) 3331-9186/223-0143
222-4199 (R. 25, 28 e 30)
Fax: (11) 223-5513
E-mail: edathe@terra.com.br

Rio de Janeiro – Rua Bambina, 74
Tel.: (21) 2539-1295
Fax: (21) 2538-1284
E-mail: atheneu@atheneu.bom.br

Ribeirão Preto – Rua Barão do Amazonas, 1.435
Tel.: (16) 636-8950/636-5422
Fax: (16) 636-3889
E-mail:
editoratheneu@netsite.com.br

Belo Horizonte – Rua Domingos Vieira, 319 –
Conj. 1.104

