

Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids

Limitations of multiprofessional work: a case study of STD/AIDS reference centers

Neide Emy Kurokawa e Silva^a, Luzia Aparecida Oliveira^a, Wagner dos Santos Figueiredo^a, Maria Angela da Silva Landroni^a, Chang Chung Sing Waldman^a e José Ricardo CM Ayres^b

^aCentro de Referência DST/Aids da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

^bDepartamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Descritores

Síndrome de imunodeficiência adquirida, prevenção. HIV. Prestação de cuidados de saúde. Equipe de assistência ao paciente. Serviços de saúde.

Keywords

Acquired immunodeficiency syndrome, prevention & control. HIV. Health care delivery. Patient care team. Health services.

Resumo

Objetivo

Compreender as possibilidades e os limites da articulação dos processos de trabalho desenvolvidos por agentes com diferentes formações para otimizar a integração e melhorar a qualidade da assistência aos pacientes com HIV/Aids.

Métodos

Estudo qualitativo sobre o trabalho multiprofissional em cinco centros de referência para DST/Aids do Município de São Paulo. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 26 profissionais de diferentes formações, enfocando suas relações no modo de organização da assistência prestada nesses serviços.

Resultados

Houve diferenças significativas do alcance da integração multiprofissional e das possibilidades de enriquecimento da assistência prestada, de acordo com as circunstâncias em que o trabalho interdisciplinar é posto em ação.

Conclusões

Quando a equipe consegue trabalhar com demandas antevistas, isto é, com a formulação, por um conjunto de profissionais, de projetos assistenciais, antecipando demandas a partir de situações concretas da prática, criam-se condições favoráveis a um trabalho mais efetivamente integrado da equipe multiprofissional. Essa integração favorece intervenções que permitem um diálogo mais rico entre a aplicação do tratamento medicamentoso e outras dimensões relevantes do cuidado referentes às vivências sociais, psicológicas e emocionais dos pacientes.

Abstract

Objective

To understand the possibilities and limitations of developing coordinated work among professionals of different background in order to promote work collaboration and improve the quality of care of HIV/AIDS patients.

Methods

A qualitative study on multiprofessional work was carried out in five STD/AIDS reference centers in the city of São Paulo, Brazil. Semi-structured interviews were applied to 26 professionals from different background, focusing on how they position their practices in a multiprofessional setting.

Correspondência para/Correspondence to:

Neide Emy Kurokawa e Silva
Centro de Referência DST/Aids Santana
Rua Dr. Luis Lustosa da Silva, 339, Mandaqui
02406-040 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: nemy@ifxbrasil.com.br

Pesquisa financiada pela World Aids Foundation (WAF nº 118/96-032; nº 168/98-026).

Edição subvencionada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp – Processo nº 00/07406-2).
Recebido em 22/1/2001. Reformulado em 20/8/2001. Aprovado em 1/7/2002.

Results

Significant differences were observed as to the outreach of multiprofessional work collaboration and possibilities of improving health care are related to the circumstances the multiprofessional work is done.

Conclusions

When the multiprofessional team has to deal with predictable circumstances and the planning of long-term care projects where demands are anticipated from situations found in their practices, this creates better working conditions for effective collaboration. This collaboration favors interventions that promote a more productive interaction between the medical treatment and other relevant dimensions of care, such as social, psychological, and emotional needs of the patients.

INTRODUÇÃO

Em meio à diversidade dos desafios trazidos pela epidemia do HIV/Aids, a assistência à saúde dos indivíduos acometidos constitui uma de suas facetas mais problemáticas. A complexidade e a variedade dos problemas suscitados pela Aids exigem respostas por parte dos serviços de saúde que considerem não somente os aspectos clínicos mas também os impactos sociais, psicológicos e econômicos associados aos estigmas e preconceitos que ainda a permeiam.^{4,8}

Esses serviços têm diante de si um grande desafio. Souza,¹² em 1994, já apontava que as atividades de atenção à saúde deveriam ser executadas por equipe multiprofissional que considerasse as diferentes dimensões da doença e todas as dificuldades existentes ao lidar com a Aids: os fantasmas criados em torno do comportamento de quem se infecta, o estigma da doença, levando também o profissional a confrontar-se com seus próprios medos e preconceitos, e a questão da morte anunciada, a morte em vida. Todos esses aspectos reclamam uma abordagem do paciente de Aids baseada numa visão mais abrangente e põem em cheque as limitações da medicina em seus moldes mais tradicionais.

Para responder à complexidade das demandas da assistência às pessoas vivendo com Aids, os serviços têm recorrido a equipes compostas por profissionais oriundos de diferentes áreas de formação que, entretanto, não têm resolvido a questão. A estruturação dos serviços com base na multiprofissionalidade simplesmente não tem garantido respostas adequadas. As práticas dos diferentes profissionais são frequentemente isoladas e muitas vezes concorrentes, demonstrando uma dificuldade de interação entre diferentes competências técnicas.

Diante dessas percepções, algumas perguntas tornaram-se imperativas: até que ponto o coletivo de diferentes profissionais é sensível à complexidade das deman-

das trazidas aos serviços pelas pessoas vivendo com Aids? Pode esse coletivo, no cotidiano do trabalho em equipe, responder adequadamente a essas demandas?

Ao considerar a complexidade dessas demandas, deve-se ter em mente também a complexidade da equipe multiprofissional que deve responder a ela, pois cada trabalho individual constitui um processo peculiar com objetos, saberes e instrumentos próprios e produtos bastante diversos.⁹ O modo como se articulam os diferentes trabalhos em uma equipe de saúde é, portanto, fundamental, determinando possibilidades e limites de respostas às necessidades de saúde das pessoas com HIV/Aids.

Os objetivos do presente estudo são: compreender o modo como as necessidades de saúde das pessoas com Aids são percebidas e respondidas no âmbito de equipes multiprofissionais nos serviços de atenção à saúde, buscando identificar, na dinâmica de articulação do trabalho desses profissionais, aspectos facilitadores e limitadores da qualidade da assistência prestada.

MÉTODOS

Os serviços estudados foram os centros de referência para DST/Aids do Município de São Paulo. Esses centros foram formados em 1996 com trabalhadores de diversas categorias profissionais que, anteriormente, atuavam em serviços de saúde pertencentes à própria rede municipal, como unidades básicas de saúde e pontos-socorros. Em sua maioria, esses profissionais não tinham experiência prévia na assistência às pessoas com Aids, mas, por razões de ordem política, foram obrigados a trabalhar nesses centros, tendo de se adaptar compulsoriamente às novas tarefas. O processo de formação abrupto e recente dessas equipes para trabalhar com pessoas com Aids, somado ao perfil crítico e politicamente compromissado de grande parte dos componentes dessas equipes, fez desses centros sítios privilegiados para a investigação proposta.

O estudo realizado é qualitativo, de natureza exploratória, baseado na obtenção e análise de depoimentos. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com roteiros pré-definidos, aplicadas a 26 profissionais de quatro centros de referência (Tabela). Os serviços incluídos foram escolhidos a partir dos seguintes critérios:

- ter iniciado as atividades na época da implantação dos primeiros centros, em 1996;
- contar com estrutura assistencial semelhante: serviço ambulatorial especializado (SAE), hospital-dia (HD) e assistência domiciliar terapêutica (ADT).

Cada entrevista teve duração média de duas horas. Foram entrevistados os gerentes dos serviços e os profissionais de formações média e superior que exerciam atividades de atendimento direto ao público usuário desses serviços, excluindo-se servidores envolvidos apenas em atividades administrativas e de apoio.

Para a definição dos profissionais entrevistados, os primeiros – informantes-chaves – foram indicados pela chefia do serviço, e os demais, a partir de sugestões dos primeiros informantes. Dessa maneira, a indicação dos entrevistados pretendeu captar participantes que, na opinião de seus pares, tivessem a preocupação, e pudessem expressar sua compreensão, a respeito da organização do trabalho e da atuação da equipe no serviço. O viés de seleção dos depoentes, nesse caso, atendia ao interesse do estudo, porquanto o maior envolvimento com a questão tratada e a facilidade de expressão do depoente favoreciam a busca de conteúdos temáticos que se procurou examinar.⁷

A análise do material é de natureza interpretativa e, pautada no quadro conceitual do processo de trabalho em saúde,^{3,5} toma como eixo a identificação dos objetos operados pelo trabalho efetivamente realizado no cotidiano da assistência, as finalidades práticas e os valores que orientam a definição e o “manuseio” desses objetos e os instrumentos utilizados e/ou preconizados para atingir essas finalidades.

A partir desses eixos, foram delineadas as seguintes categorias de produção e interpretação dos depoimentos:

- a concepção dos profissionais sobre a Aids;
- a percepção sobre as necessidades dos usuários dos serviços;
- o modo como o profissional interpreta suas próprias competências técnicas e as dos demais membros da equipe para atender às necessidades dos pacientes;
- o entendimento dos profissionais sobre a definição multiprofissional de objetos, instrumentos e produtos desejados para o trabalho e sobre os aspectos tidos como facilitadores ou dificultadores do trabalho em equipe.

No tratamento interpretativo desse material, foi também relevante a compreensão das condições de infecção, adoecimento e busca de cuidado por parte da população usuária como expressão das diferentes situações de vulnerabilidade determinadas pelo contexto socioeconômico e cultural em que vive e pelo grau de sensibilidade e capacidade de resposta dos serviços frente a esses contextos e vulnerabilidades.¹

Cuidados éticos foram tomados quanto ao sigilo e à privacidade das informações colhidas. Consentimento pós-informado foi obtido de todos os depoentes. Após o término do estudo de campo, os resultados foram apresentados e discutidos com o conjunto dos funcionários das unidades envolvidas.

RESULTADOS

Do impacto do desconhecido ao envolvimento com o objeto

Os relatos colhidos demonstram que a forma de desenvolver o trabalho pelos diversos profissionais estava diretamente relacionada às concepções que estes apresentavam sobre a Aids quando foram convocados para compor as equipes dos centros de refe-

Tabela – Número e categoria dos profissionais entrevistados dos centros de referência para DST/Aids e locais de trabalho, Município de São Paulo, SP, período outubro de 1998 a abril de 1999.

Categoria profissional	N	Centro de referência
Médico gerente	2	Freguesia do Ó, Jabaquara
Médico consultante	4	Freguesia do Ó, Jabaquara, Fidelis Ribeiro e Jardim Mitsutani
Assistente social	4	Freguesia do Ó, Jabaquara, Fidelis Ribeiro e Jardim Mitsutani
Terapeuta ocupacional	1	Freguesia do Ó
Enfermeira	4	Freguesia do Ó, Jabaquara, Fidelis Ribeiro e Jardim Mitsutani
Psicólogo	4	Freguesia do Ó, Jabaquara, Fidelis Ribeiro e Jardim Mitsutani
Psicólogo gerente	1	Fidelis Ribeiro
Auxiliar de farmácia	1	Freguesia do Ó
Auxiliar técnico administrativo	2	Freguesia do Ó e Fidelis Ribeiro
Educadora em Saúde Pública	1	Fidelis Ribeiro
Farmacêutico	1	Jardim Mitsutani
Auxiliar de enfermagem	1	Jardim Mitsutani
Total	26	

rência. Entretanto, com o passar do tempo, essas concepções sofreram alterações, contribuindo para mudanças também no modo de desenvolver suas atividades profissionais, designadas genericamente pelos entrevistados como “trabalhar com Aids”. Podem ser demarcados três grandes momentos que caracterizaram esse modo de desenvolver as atividades: o impacto de lidar com um objeto desconhecido; os movimentos empreendidos na direção de dominar esse objeto; e o desenvolvimento e a utilização de tecnologias que respondessem às demandas já melhor entendidas e acolhidas.

Num primeiro momento, quando iniciaram suas atividades nos centros de referência, os diferentes agentes encontraram dificuldades no desenvolvimento de seus trabalhos específicos. Oriundos de outros serviços de saúde, e sem experiência anterior na atenção a pessoas vivendo com HIV/Aids, os profissionais tinham como desafio conhecer a doença e as formas de tratamento; compreender as necessidades de saúde dos usuários dos centros referência; e vencer barreiras pessoais que dificultavam o atendimento dos que diferissem de seu conjunto de valores.

“no começo você tinha um pouquinho de receio, pouquinho de medo, ... aquele medo do desconhecido, você não sabia o que era Aids direito, como trabalhar com o paciente, você não sabia o tratamento, você desconhecia os medicamentos. ... outra coisa que eu tinha medo: ‘poxa, o paciente vai chegar super mal...está morrendo’... mas a partir do momento que começaram os treinamentos... a sensibilização que nós tivemos aqui... a gente foi vendo que o negócio não era tão feio como se via nas revistas e jornais.” (enfermeira).

Como pode ser percebido nesse mesmo relato, as ações desenvolvidas para um maior conhecimento do objeto de trabalho nesses serviços aconteceram a partir de diversos treinamentos e capacitações oferecidos aos profissionais. As características clínicas da doença e o tratamento foram citados como temas recorrentes desses diversos treinamentos e capacitações, sendo escassos ou inexistentes, contudo, os espaços para a discussão e vivência de outros temas. Não obstante, percebe-se também em alguns relatos que o movimento de apreensão do objeto Aids não se limitava a esse espaço formal, mas acontecia a partir de reuniões e discussões informais entre os próprios profissionais. Essas discussões ocorriam segundo as necessidades percebidas por eles no cotidiano de suas práticas de trabalho, como no relato de uma enfermeira a respeito de um atendimento de uma paciente gestante que se negava a fazer um exame anti-HIV.

“... então eu conversei com ela, orientei pra tá passando no Serviço de Orientação. E, assim, conversando depois com outros profissionais, encaminhamos para a gineco. Ela coloca que não quer fazer o exame de sorologia pro HIV, porque se ela souber que é positiva, ela falou que vai se matar, se jogar debaixo de um carro.... Mas, aí eu penso: ‘ela tá grávida, ela tem dois bebês. Como é que fica aí também. Eu acho que tem que estar respeitando a decisão do paciente,..., mas e aí, e esses bebês?! Então surgem problemas que a gente vai aprendendo a cada dia, eu estou aprendendo a cada dia. Eu tenho conversado com os outros profissionais daqui, acho legal essa troca de pontos de vista.” (enfermeira).

Essa troca informal de experiência talvez tenha sido o principal, quando não o único, momento em que esses profissionais puderam se apossar das dimensões interdisciplinares das necessidades de assistência às pessoas com Aids.

Necessidade do trabalho multiprofissional: uma unanimidade

No processo de apropriação desse novo objeto de trabalho, as demandas dos usuários contribuíam para a compreensão da necessidade de articulação das diversas práticas de trabalho existentes nas unidades estudadas. Ao apreender a Aids não apenas no âmbito biomédico mas também em suas dimensões sociais, culturais e psicológicas, os profissionais reiteraram a necessidade do aporte de vários campos do conhecimento na atenção às pessoas com Aids.

A multiprofissionalidade foi apontada muito claramente como estratégia privilegiada para atender às demandas da assistência nos centros de referência, com a justificativa sintetizada num dos depoimentos:

“... a Aids tem mesmo múltiplas facetas... além da queixa dele... ou da diarreia... ele carrega um monte de coisas, da história da vida dele, a questão do parceiro, do contar ou não, da responsabilidade... do abandono, da rejeição da família que largou... ele vive uma história de opção sexual que é complicada por si e que aqui acaba aparecendo muito... se eu não puder estar discutindo o caso com o psicólogo, ou com a assistente social, ou com a educadora, enfim, com gente que possa ter uma outra leitura do que realmente ele precisa, eu tenho certeza que eu, como médica, não dou conta! Eu dou conta, realmente, só de um pedacinho, e muito mal!...” (médica).

Limites do trabalho multiprofissional

Não obstante apontar a importância do trabalho

multiprofissional como forma de responder às demandas da Aids, foram encontrados alguns importantes fatores limitantes a essa prática, referentes à reprodução da história de estruturação e organização de serviços de saúde centradas no atendimento médico e no trabalho fragmentado desenvolvido pelos diferentes profissionais:

“... o centro de referência foi estruturado de uma forma muito clínica, médica... Uma das queixas que eu tinha no início... é de que as pessoas tinham experiências anteriores na saúde mental, em outras áreas... que não foram utilizadas... a organização do trabalho foi extremamente voltada para o atendimento clínico... o trabalho é organizado em setores, não é organizado em equipe... caracterizando um modelo de atendimento bastante antigo, bastante arcaico, de atendimento psicológico, de atendimento médico, dessa especialidade, daquela especialidade... isso empobrece muito, dá muita importância ao orgânico da doença, da deficiência... sem levar em conta outras questões...” (terapeuta ocupacional).

Também sobre limites do trabalho multiprofissional no centro de referência, uma das entrevistadas ilustrou as dificuldades na transição de uma atividade que, em outros serviços onde trabalhara anteriormente, era desenvolvida por um único profissional e que passou a ser planejada e executada por dez outros:

“... foi um pouco traumático, no começo... todo mundo fazia prevenção nas unidades básicas, principalmente assistente social e educador, que sabia fazer e tal... acho que a gente levou um ano mais ou menos... para funcionar mais como uma equipe... a gente ia pra reunião, a gente ia meio defensivo... porque tudo você tem que discutir na prevenção, tudo você tem que conversar... com certeza, não é fácil trabalhar em dez pessoas... somos dez, parecíamos dez dedos de mãos abertas, cada dedo apontava pra uma direção... Todos os profissionais bastante qualificados, pessoas que sozinhas podem dirigir um projeto e que faziam isso muito bem e que vieram pra cá e de repente... tudo tinha que ser discutido. Pra você fazer uma oficina de duas horas, você gastava dias, discutindo qual era a dinâmica...” (educadora).

Percepções e práticas do trabalho multiprofissional

No trabalho da equipe multiprofissional, da articulação entre seus membros, sobretudo no ambulatório e no hospital-dia, denotou-se que o encaminhamento entre os profissionais tem sido a estratégia mais usual para responder à diversidade de necessidades dos usuários dos centros de referência.

O reconhecimento da necessidade da intervenção de um profissional de outra área ocorre a partir do julgamento particular de quem decide encaminhar, no próprio momento em que emerge a demanda. O relato de uma das entrevistadas exemplifica essa conexão pontual, em que uma situação emergente demandou a intervenção de outro profissional:

“... parece que na última consulta do pré-natal ou na hora do parto tinha dado positivo e por isso estavam encaminhando o bebê. Ai eu fui explicar que ia pedir o exame do bebê... ela se desestruturou muito porque ela entendeu que eu já estava afirmando que o bebê dela tinha (Aids)... a mulher ficou superexaltada, começou a gritar, foi pra janela... Eu olhei para aquela cena, fiquei desesperada e saí atrás do psicólogo... Se não fosse o S.(psicólogo), pra lidar de uma outra maneira com essa mãe... eu sei lá o que iria acontecer...” (médica).

Outro médico qualificou como trabalho multidisciplinar uma situação em que seu trabalho era complementado por outros profissionais, na medida em que estes reforçavam suas prescrições para favorecer a adesão do paciente ao tratamento.

“... a paciente negava a doença... através da equipe multiprofissional resolvemos a situação... eu fiz o contato com o médico ginecologista da manhã, no sentido de reforçar um possível direcionamento, o qual não seria diferente do meu... a seguir eu conversei simultaneamente com o serviço social, e o serviço social contactou a saúde mental, com a psicóloga... na terceira consulta ela já aceitava o tratamento...” (médico).

Entretanto, na assistência domiciliar terapêutica, em contraste com as experiências do ambulatório e do hospital-dia, percebeu-se que os trabalhos dos profissionais estavam articulados a partir de um projeto que é discutido e desenhado anteriormente às intervenções.

Ao referir-se à existência de um projeto comum que, ao mesmo tempo, considera as especificidades de cada trabalho profissional, os depoimentos enfatizam a importância desse momento de integração interprofissional prévio à intervenção:

“... o ADT tem um projeto! Com objetivo, critérios de inclusão, de altas, de procedimentos... primeiro cada um tem um olhar dentro da sua especificidade e tem a sua intervenção, e a gente discute isso, permitindo até que o outro compreenda melhor a sua relação com aquele paciente e a relação da equipe com aquele paciente... claro que no dia-a-dia a gen-

te tem um monte de dúvida, que a gente vai trocando com as outras equipes (de ADT). Eu acho que cada equipe vai ter um colorido diferente, mas... a estrutura é muito clara.” (psicóloga).

“... a fisio colocou, nessa reunião, que ela sentia que o paciente travou tudo. Não funcionava o andar, mas não funcionava tudo também! Ai, então, como estar fazendo? Será que a gente tá correndo demais com esse paciente? Será que ele não precisa de um tempo? Será que não temos que ir um pouco mais devagar com ele, até para ele poder expressar como está se sentindo?... Então, sabe, foram essas as questões que surgiram, que é interessante você ouvir e ver também as visões dos outros profissionais, diante de um mesmo paciente... primeiramente, ele passava na fisio... depois passava na psicóloga, então, o que foi sugerido é que fosse ao contrário: primeiro ele passaria pela psicóloga, até para poder estar falando mais, poder estar colocando todas as suas angústias, os medos dele... pra depois estar passando pela fisio. Foi uma mudança, que a gente achou importante... até de estar acompanhando um pouco mais, no domicílio, a relação familiar, supercomplicada...” (enfermeira).

Percepções sobre as finalidades do trabalho

O tratamento medicamentoso, na figura dos medicamentos anti-retrovirais, ocupa um lugar de destaque dentre as necessidades de saúde dos usuários dos centros de referência.

A adesão ao tratamento medicamentoso surgiu como um dos mais importantes momentos na atenção, suscitando a integração de esforços por parte dos profissionais dos centros de referência. Tal integração referiu-se basicamente à reiteração das informações sobre o uso e a importância dos medicamentos pelos diversos serviços em que passam os usuários (médico, pós-consulta, serviço social e outros).

O tratamento medicamentoso, em alguns casos, emergiu como o principal objeto dos centros, o que se torna claro quando chega a ser apontada como incompreensível uma situação em que o paciente se negava a tomar o remédio, mas desejava continuar a passar pelas consultas médicas.

“... eu nunca consegui que essa mulher aderisse ao tratamento... ela chegava em casa e jogava o remédio no rio... a irmã veio me dizendo que ela jogava o remédio no rio. E essa mulher ficou uns dois anos aqui, mas eu nunca consegui fazer com que ela tomasse o medicamento. Mas ela vinha, mesmo não tomando o medicamento... não entendo por que continuava vindo às consultas...” (médica).

Paralelamente ao foco na terapêutica medicamentosa e no atendimento, a escuta, ao lado do acolhimento, foi referida como uma das necessidades inerentes aos usuários dos centros de referência, por associar-se, sobretudo, aos estigmas sociais e culturais da Aids:

“... Eu sinto que eles vêm em busca de serem aceitos pelo que eles têm... pela forma de vida que os levou a contaminarem-se... E com certeza não querem ser julgados... que é uma tendência que você tem...” (médica).

“Acho que eles (pacientes) buscam uma casa, alguém que os acolha, que sinta o que ele tem, que saiba o que ele está passando. Porque muitas vezes eles não podem contar com ninguém, só com a gente, sabe? Buscam até uma ajuda para saber como contar para as pessoas e o que eles vão fazer daqui para frente... Eles ficam muito tempo aqui... eles ficam por perto, querem conversar, querem passar por todos os serviços...” (assistente social).

A identificação dessa necessidade também acaba gerando encaminhamentos, sobretudo dos profissionais com formações cujo objeto é a fisiopatologia do corpo, por acreditarem que a escuta e o apoio não seriam seu papel ou por não se sentirem aptos para incorporar essas práticas, consideradas pertinentes em especial a psicólogos e assistentes sociais.

Comparando suas atividades nos centros de referência àquelas realizadas anteriormente em outros serviços de saúde, os profissionais citaram como diferença fundamental o fato de a Aids ser uma doença incurável e desencadear situações e sentimentos de culpa, preconceito e exclusão social.

Foram pontuadas, então, as necessidades e respostas comumente já oferecidas pelos serviços de saúde em geral, de assistência médica e tratamento medicamentoso, mas que incorporassem, também, a escuta e o acolhimento às práticas de saúde, necessidades sintetizadas como sendo de “médico, remédio e apoio”.

DISCUSSÃO

A unanimidade em torno da importância do trabalho multiprofissional nos centros de referência está evidente na percepção, pelos entrevistados, das particularidades do trabalho de assistência às pessoas com Aids. Essas particularidades referem-se a padrões de normatividade social, determinadas, no caso da Aids, pelo fato de tratar-se de uma doença incurável, cujas formas de transmissão estão associadas a temas-tabu, como a sexualidade e o uso de drogas, somado à situação de pobreza das pessoas acometidas por ela.

Entretanto, tais particularidades são percebidas como justapostas a um objeto de trabalho propriamente dito: o corpo como entidade biológica. Sobre essa abordagem, cabe a crítica elaborada por Mendes-Gonçalves⁵ quanto à externalização com que são tratadas nos processos de trabalho médico, por referência a um objeto tido como central – o corpo. O mesmo autor adverte que essas dimensões “externas” não deveriam ser apenas consideradas no objeto de trabalho, uma vez que estão imediatamente nele presentes. Não há corpo, ou demanda referida ao corpo, que já não seja imediatamente revestido de significados sociais, psicológicos e emocionais. Num depoimento, a situação acima descrita, das inter-relações entre objetos da fisioterapia e da psicologia, ilustra muito bem esse aspecto. “O trabalho deverá ser capaz de captar e manipular essa normatividade (significado social, psicológico etc.) tanto ao nível das sistematizações intelectuais sobre seu objetivo, quanto ao nível da prática que aplicar tais sistematizações”, afirma Mendes-Gonçalves.⁵

No plano intelectual, observou-se que o trabalho multiprofissional emergiu como possibilidade mais concreta, na medida em que permitia a necessária diversidade de respostas pelos diferentes profissionais na atenção às pessoas com Aids. Na prática, contudo, esse trabalho coletivo está fortemente organizado em torno do modelo médico, em que as demais áreas, não-médicas, agregam seus trabalhos em torno da racionalidade clínica, como descrito por Peduzzi.¹⁰ E isto não só quanto ao tipo de objeto e finalidades que orientam a intervenção mas também no próprio modelo de atuação profissional, já que os demais profissionais também buscam, a exemplo do trabalho do médico, maior autonomia possível no desempenho de seus trabalhos, resultando na compartimentalização do atendimento.¹¹

Um depoimento, transcrito anteriormente, estabelece um contraste interessante nesse sentido, quando compara as experiências de trabalho em equipe multiprofissional na saúde mental à estruturação dos centros de referência, criticando a centralidade do modelo clínico e a fragmentação das ações. De fato, a produção sobre equipe, no campo da saúde mental, é muito vasta, acumulando vasta reflexão sobre a interdisciplinaridade e sobre a integração da equipe multiprofissional, já que sua proposta consiste exatamente na ampliação do objeto de conhecimento e de trabalho no campo do sofrimento psíquico para além do objeto psiquiátrico, requerendo múltiplos saberes e modelos de atuação que não apenas o saber biomédico e a prática clínica.

Entre a percepção da necessidade de saberes e práticas que superassem o modelo biomédico e as respostas objetivas a essas necessidades, desenhou-se

um mosaico, à primeira vista contraditório, em que o trabalho multiprofissional não é percebido de forma clara e homogênea entre os entrevistados.

A par da necessidade de ampliação do objeto, os profissionais dos centros de referência buscaram a integralidade das ações por meio do encaminhamento dos usuários a outros setores cuja conexão é geralmente mediada pelo próprio usuário ou pela recepção. Assim, nas unidades estudadas, configura-se uma modalidade de trabalho em equipe em que ocorre simplesmente uma justaposição de ações, caracterizando aquilo que Peduzzi¹⁰ denomina equipe-agrupamento.

A conexão, à emergência da necessidade, expressa no trecho: “...fiquei desesperada e saí atrás do psicólogo... - você vai dar um jeito porque eu não sei...”, e a percepção do trabalho multiprofissional como estratégia para reforçar prescrições, sobretudo dos médicos, também não sugerem trabalho em equipe, no sentido da recomposição dos trabalhos especializados, mas reforça a convivência segmentada e autonomizada das diferentes competências técnicas. Em decorrência, também as necessidades de saúde seguem sendo tratadas de forma externalizada, desarticulando-se os fenômenos físicos do adoecimento de seus significados psicológicos, estes de suas raízes familiares, estas de seu impacto sobre o físico, e assim por diante.

Segundo Peduzzi,¹⁰ uma outra forma de organização do trabalho em equipe seria caracterizada como equipe-integração, pólo inverso à primeira, em que ocorreria efetivamente a articulação das ações e a interação dos agentes.

Não obstante a ênfase nos trabalhos justapostos, observaram-se nítida valorização da articulação interprofissional e uma aposta nos resultados do trabalho integrado, discutido entre os membros da equipe. Em que pese ser um processo por vezes mais demorado, mais desgastante, viu-se justificar que uma atividade, planejada em duas horas por um único técnico, pudesse demorar dois dias para ser discutida pela equipe com dez profissionais. Era o preço a pagar pela maior qualidade do trabalho. Nesse mesmo sentido, destaca-se a valorização dada pelos participantes da assistência domiciliar terapêutica aos processos de discussão que acompanham suas intervenções, quando há sempre um planejamento conjunto entre os profissionais envolvidos do trabalho a ser realizado em cada intervenção, incorporando simultaneamente todos os profissionais da equipe.

Nos relatos que remetem à ocorrência dessas duas formas – agrupamento *versus* integração – de atuação da equipe multiprofissional nos centros estudados, um

aspecto muito relevante chama a atenção na análise das entrevistas. Trata-se do fato de que a cooperação entre os profissionais e a articulação das ações na busca de um determinado resultado aspirado pelos agentes foram feitas por acordos prévios à intervenção. Ou seja, a antevisão das demandas, presente na rotina de trabalho da assistência domiciliar, por exemplo, faz diferir fundamentalmente o papel das equipes multiprofissionais se comparada às interações interprofissionais que acompanham os encaminhamentos decorrentes de demandas eventuais no ato clínico ou, também, às conexões referidas como “rotineiras”, em que todos os usuários passam pelo médico, assistente social e psicólogo, independentemente dessa necessidade estar evidenciada por alguma demanda específica, seja do paciente, seja dos profissionais.

Com efeito, a antevisão das demandas permite a construção de um processo de trabalho que pode ser realizado de forma cooperativa entre os diversos profissionais envolvidos, com suas formas todas próprias de “ver” o paciente e projetar o que seria bom para ele. Além disso, nessa antevisão da demanda, incorpora-se ao “diagnóstico” e à “prescrição”, que marcam a construção de objetos, instrumentos e produtos do processo de trabalho, experiência que extrapola o caso individual, mas resulta de uma experiência coletiva, grupal, do conjunto da experiência acumulada por aquele serviço e por aqueles profissionais ao longo dos anos em que prestam assistência às pessoas com Aids. Sob esse pano de fundo da experiência coletiva e cultura institucional de assistência, as questões individuais de cada paciente atendido podem tornar-se mais ricas em suas particularidades e mais densamente compreendidas pela equipe.

Particularmente em relação à Aids “doença”, o tratamento, com o impressionante impacto dos medicamentos anti-retrovirais na sobrevivência e na qualidade de vida dos pacientes, centraliza as finalidades do trabalho desenvolvido nos centros de referência, sendo um dos fatores principais para a organização de conexões entre os profissionais de diferentes áreas, já que todos trabalham pela adesão ao tratamento. Embora haja às vezes um forte grau de integração dos agentes, o objeto não se enriquece com outras visões; permanece centrado na tradução biomédica e frequentemente reduz tudo, vivências sociais, culturais, psicológicas, emocionais de viver com Aids, a fatores que favoreçam ou dificultem a adesão ao tratamento. O único produto para o trabalho de todos os profissionais, por mais diversas que sejam suas áreas de formação, torna o “paciente aderido”.

Sem diminuir em nada a importância fundamental da adesão, restringir a isto o papel das unidades assistenciais e suas equipes é não apenas indesejável como desnecessário. Foi possível observar que, sem desqualifi-

car a importância da medicação, diversos profissionais, inclusive médicos, apontavam para uma outra dimensão das demandas trazidas pelas pessoas com Aids, que dizem respeito a um outro aspecto da assistência. Nesta, estariam postos como necessidade a produção de vínculo e o acolhimento, que diferem de adesão e ausculta justamente porque não se prendem a nenhum tipo de intervenção de natureza biomédica em si mesma, mas dizem respeito às vivências sociais e pessoais decorrentes do estado de ser portador ou doente. Intervenções dessa ordem configuram o que Merhy⁶ chama de “tecnologia de relação” ou que Ayres² chama de “cuidado”, que consistem das ações 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 ao elenco das ações assistenciais.

Embora apontadas como intrínsecas às demandas de saúde das pessoas com o HIV/Aids, as necessidades de vínculo e acolhimento, traduzidas nas entrevistas como escuta, conversa e apoio, surgiram recorrentemente como distintas das necessidades centradas no plano biomédico, de atendimento médico e tratamento medicamentoso. Essa distinção parece, porém, limitar a integração multiprofissional à medida que gera intervenções alienadas para cada um desses planos.

Foi, mais uma vez, nos depoimentos sobre a assistência domiciliar terapêutica que a confluência das biomédicas com as dimensões do vínculo e do acolhimento, entendidas como de cuidado, pareceu surgir de forma mais clara, fundamentalmente porque se enxergou a possibilidade de construir conjuntamente um projeto terapêutico a partir de investimentos que facilitassem esse exercício, como os treinamentos e as reuniões ordinárias.

O contexto peculiar de constituição dos centros analisados, em que os profissionais iniciaram suas atividades na atenção às pessoas com o HIV/Aids simultaneamente à criação dos serviços, necessitando delinear o projeto de trabalho ao mesmo tempo em que produziam respostas às demandas assistenciais, propiciou as reflexões desenvolvidas no presente estudo sobre o trabalho da equipe multiprofissional.

A partir das lições extraídas dos depoimentos e das reflexões sobre estes, parece pertinente concluir sobre o importante papel desempenhado por cursos e treinamentos que visam a preparar os profissionais para a assistência a pessoas com o HIV/Aids. É fundamental que os conteúdos e as estratégias visem não apenas às especificidades do trabalho de

cada um dos agentes das equipes mas também propiciem espaços para a discussão e vivência de construção de projetos assistenciais comuns, o que mostrou ter um efeito potencializador para a integração dos diferentes profissionais das equipes de saúde e para melhorar a qualidade do cuidado prestado. Nesse mesmo sentido, ressalta-se a importância das discussões de casos, reuniões periódicas, de supervisão e planejamento, com a participação de todos os membros da equipe, pois também eles, antecipando demandas, constroem projetos, favorecendo a integração dos membros da equipe.

Em síntese, uma estratégia que parece fundamental para tornar efetivo o trabalho multiprofissional é o planejamento de ações que busquem identificar e incorporar demandas antevistas à rotina.

Entretanto, parece razoável também sustentar que, visando a atender à complexidade de demandas de assistência, o projeto terapêutico deve se organizar na dimensão do cuidado, articulando nos projetos e

nas intervenções, de forma indissociável, a escuta, o acolhimento e a terapêutica medicamentosa.

Os dois aspectos acima, tanto a concretização da construção coletiva do projeto de trabalho pela equipe multiprofissional quanto as possibilidades de incorporar o cuidado às práticas dos profissionais, indicam a necessidade do reconhecimento e do aprofundamento das dimensões comunicativas entre os sujeitos envolvidos na relação assistencial (trabalhadores e usuários).

Às equipes multiprofissionais cabe superar os acordos e as articulações centrados apenas nas relações interpessoais, direcionando-os ao compartilhamento em torno de projetos de trabalho.

A escuta e o acolhimento, no plano do cuidado, somente poderão ser incorporados efetivamente à assistência a partir de verdadeira comunicação entre usuários e profissionais. Nem os profissionais podem ser reduzidos a suas competências técnicas e nem os usuários a passivos objetos de intervenção.

REFERÊNCIAS

1. Ayres JRCM, França Júnior I, Calzans GJ, Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa RM, Parker RG, organizadores. *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 1999. p. 49-72.
2. Ayres JRCM. Cuidado em saúde: tecnologia ou sabedoria prática? *Interface* 2000;6:117-20.
3. Mann J, Tarantola DJM, Netter TW, organizadores. *A Aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993. (História Social da Aids, 1).
4. Mendes-Gonçalves RBM. *Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: CEFOR; 1992. (Cadernos CEFOR Textos, 1).
5. 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.
6. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface* 2000;6:109-16.
7. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1992.
8. Parker R, Bastos C, Galvão JS, organizadores. *A Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994. (História Social da Aids, 2).
9. Peduzzi M, Palma JLL. A equipe de saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, organizadores. *Saúde do adulto, programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 234-50.
10. Peduzzi M. *Equipe multiprofissional em saúde: a interface entre trabalho e interação* [Tese de Doutorado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1998.
11. Schraiber LB. *O médico e seu trabalho*. São Paulo: Hucitec; 1993.
12. Souza H. Uma proposta mínima para um programa de Aids no Brasil. In: Parker R, Bastos C, Galvão J, Pedrosa JS, organizadores. *A Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994. p. 353-8. (História Social da Aids, 2).