



C734705-
R 14994.91
03/06/02
R\$ 6,60

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DOUTORADO

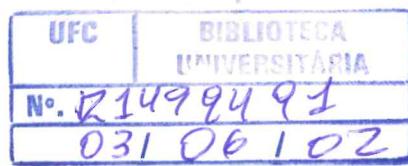
**O PROCESSO DE TRABALHO EM UM SERVIÇO DE
ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS (SAE): a
constituição do núcleo e campo dos saberes e suas distintas
articulações**

LUCILANE MARIA SALES DA SILVA

TEX 616.9792
581 P
2002

Fortaleza

2002



**O PROCESSO DE TRABALHO EM UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA
ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS (SAE): a constituição do núcleo e campo
dos saberes e suas distintas articulações**

LUCILANE MARIA SALES DA SILVA

Tese apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Enfermagem da
Universidade Federal do Ceará como parte
dos requisitos para obtenção do Título de
Doutor em Enfermagem.

Orientadora:

Profª Dra. Maria de Nazaré de Oliveira Fraga

Fortaleza

2002

S 581p Silva, Lucilane Maria Sales da

O processo de trabalho em um serviço de assistência especializada em HIV/AIDS (SAE): a constituição do núcleo e campo dos saberes e suas distintas articulações / Lucilane Maria Sales da Silva. – Fortaleza, 2002.

141f.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Nazaré de Oliveira Fraga

Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará. Curso de Pós-graduação em Enfermagem

1. AIDS – Serviço de Assistência Especializada. 2. Processo de Trabalho.
I. Título

CDD 616.9792

**O PROCESSO DE TRABALHO EM UM SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA
ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS (SAE): a constituição do núcleo e campo
dos saberes e suas distintas articulações**

Tese apresentada ao programa de Pós-graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Data da Aprovação: 15/03/2002

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Maria de Nazaré de Oliveira Fraga
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – UFC
Orientadora

Prof^a. Dra. Toyoko Saeki
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Prof. Dr. Jorge Luis Nobre Rodrigues
Faculdade de Medicina – UFC

Prof^a. Dra. Violante Augusta Batista Braga
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – UFC

Prof^a. Dra. Marta Maria Coelho Damasceno
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem - UFC

Esta tese está inserida na Linha de Pesquisa:
Enfermagem e Estudos Teóricos e Históricos
das Práticas de Saúde do Departamento de
Enfermagem da Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem da Universidade
Federal do Ceará.

Esta tese está inserida na Linha de Pesquisa:
Enfermagem e Estudos Teóricos e Históricos
das Práticas de Saúde do Departamento de
Enfermagem da Faculdade de Farmácia,
Odontologia e Enfermagem da Universidade
Federal do Ceará.

A realidade social, objetiva, não existe por acaso, mas como produto da ação dos homens, também não se transforma por acaso. Se os homens são os produtos desta realidade e se esta na “inversão da práxis” se volta sobre eles e os condiciona, transformar a realidade opressora é tarefa histórica, é tarefa dos homens.

(Paulo Freire)

DEDICATÓRIA

Ao meu filho, João Vitor, que me faz vivenciar o lado divino de ser mulher/mãe.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sua presença constante em minha vida.

A Maria de Nazaré de Oliveira Fraga, minha orientadora, pelo incentivo, apoio, paciência, profissionalismo, amizade, segurança, firmeza e tantos outros adjetivos, e, ainda, pela sensibilidade e alegria de termos compartilhado, não só o saber, mas momentos de nossas vidas. Obrigado por me permitir galgar mais esta etapa da minha vida profissional. Meus sinceros agradecimentos.

À banca examinadora composta pelos Doutores: Maria de Nazaré de Oliveira Fraga, Toyoko Saeki, Jorge Luis Nobre Rodrigues, Violante Augusta Batista Braga, Marta Maria Coelho Damasceno e, como suplentes, Maria Josefina da Silva e Thelma Leite de Araújo.

Aos trabalhadores do SAE, pela disponibilidade e contribuições no estudo, em especial a Lucinha, Terezinha, Carla, Socorro, Joile e Marta, pela acolhida e convivência e Semiramis, Vera, Tereza, Adriana, Magali e Flávia, pela paciência e explicações valiosas.

Ao comitê de Ética do Hospital São José na pessoa do Prof. Ursino, por ter possibilitado a realização desta pesquisa.

À FUNCAP – Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa, pela concessão da bolsa que possibilitou a realização deste trabalho.

Às funcionárias do Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem da FFOE, em especial a Roberta e Joelna, pela presteza, amizade e simpatia.

Aos funcionários da biblioteca do Centro de Ciências da Saúde, pelo apoio.

Ao Prof. Dr. Paulo César, pela orientação estatística deste trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem da FFOE, pelos conhecimentos compartilhados.

Aos alunos do doutorado, pelos momentos partilhados na busca por uma enfermagem mais crítica.

A João e Marlene, meus pais do coração, pelo apoio, motivação e condução no caminho do bem e do saber.

Aos meus irmãos, pelo partilhar da vida fraterna.

A João Fernandes Rocha, meu esposo, pelo apoio, incentivo, por compreender minha ausência, mesmo quando fisicamente presente e por cuidar do João Vitor.

A Márcia Verônica pelo carinho e atenção com que presta cuidados a meu filho, nos momentos de minha ausência do lar.

Às amigas da Universidade Estadual Vale do Acaraú, em especial Maristela, Socorro, Eliany, Joselany, Ana Vírginia e Lourdes, por entenderem minha ausência e pelo convívio amistoso.

À administração da Universidade Estadual Vale do Acaraú e do Centro de Ciências da Saúde, por me conceder liberação para a realização desse estudo.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo e para tornar mais belo meus dias, meus sinceros agradecimentos

À administração da Universidade Estadual Vale do Acaraú e do Centro de Ciências da Saúde, por me conceder liberação para a realização desse estudo.

A todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo e para tornar mais belo meus dias, meus sinceros agradecimentos

RESUMO

SILVA, L. M. S. **O processo de trabalho em um serviço de assistência especializada em HIV/AIDS (SAE): a constituição do núcleo e campo dos saberes e suas distintas articulações.** Fortaleza, 2002. 1p. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2002.

Trata de um estudo sobre o processo de trabalho em um Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) de Fortaleza-CE. Teve como objetivo geral caracterizar o processo de trabalho desenvolvido pela equipe de saúde, e, especificamente, identificar a percepção das diferentes categorias profissionais quanto a seu trabalho; verificar o grau de articulação e integração entre as categorias de trabalhadores e sua repercussão no desempenho do trabalho; compreender como se dá no processo de trabalho em HIV/AIDS a articulação entre o saber e o fazer profissional específico e coletivo dos trabalhadores atuantes neste processo; discutir sobre o espaço social de trabalho da enfermagem e identificar os fatores facilitadores e dificultadores do trabalho na visão das diferentes categorias de trabalhadores. É um estudo com abordagem qualitativa, embasado no referencial teórico histórico-estrutural. Foram utilizadas para coleta dos dados observações diretas do processo de trabalho com anotações em diário de campo e entrevistas semi-estruturadas. A pesquisa de campo foi realizada de fevereiro a julho de 2001. Tivemos como sujeitos do estudo 20 trabalhadores do SAE. De acordo com os resultados, foi possível afirmar que a força de trabalho é majoritariamente feminina, a equipe é formada, em sua maioria, por trabalhadores jovens com bastante experiência na especialidade que acumulam mais de um vínculo empregatício. Os usuários são caracterizados por pertencerem à classe econômica baixa. Identificamos um serviço com estrutura física e humana deficitária. Constatamos que a categoria de enfermagem identifica e valoriza tanto atividades que compõem seu núcleo como o campo do saber em HIV/AIDS, enquanto que as categorias médica, serviço social, psicologia e os auxiliares de enfermagem têm forte tendência a valorização das atividades de núcleo. Podemos considerar a equipe de trabalho do SAE como equipe agrupamento, em que ocorre a fragmentação das ações. Identificamos, nesse serviço, a predominância do modelo de atenção centrada na prática médica, resultando que as demais atividades girem em torno desta atividade. A prática médica se apresenta como reiterativa do modelo biomédico da saúde e revela resistência ideológica aos modelos de reprodução social da saúde, tendo dificuldades de realização de um trabalho articulado com as demais práticas. Os enfermeiros enfrentam dificuldades concretas para ampliação do seu espaço social e pelo reconhecimento do seu trabalho no SAE. Concluímos confirmado nosso pressuposto de que o trabalho de enfermagem em HIV/AIDS, no serviço estudado, opera sobre um objeto novo, estando esse trabalho ainda em construção, como os demais trabalhos que ali se processam. As enfermeiras desenvolvem maior articulação de seu trabalho com as psicólogas e assistentes sociais e menor articulação com os médicos. Essa maior articulação parece ser explicada pela concepção semelhante que essas trabalhadoras têm sobre a finalidade do trabalho em HIV/AIDS e uma percepção também comum quanto à existência de um campo de atividades que são compartilháveis.

Palavras-chave: Processo de Trabalho em Saúde; Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS.

SUMÁRIO

RESUMO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1. Trajetória de acesso à Temática.....	13
1.2. Objeto e Justificativa do Estudo.....	16
1.3. OBJETIVOS	19
2. FUNDAMENTAÇÃO DO PROBLEMA	20
2.1. Resgate Sobre a História do Trabalho.....	20
2.2. Organização do Trabalho em HIV/AIDS.....	26
2.3. Assistência em HIV/AIDS no Ceará.....	30
3. PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO	33
3.1. Referencial Teórico-Metodológico.....	33
3.2. Espaço de Realização do Estudo e Dinâmica do Trabalho no Serviço.....	36
3.3. Fases de Desenvolvimento da Pesquisa.....	37
3.3.1. 1 ^a fase: <i>Contato com as Instituições e realização do teste-piloto</i>	37
3.3.2. 2 ^a fase: <i>Seleção dos Sujeitos do Estudo</i>	38
3.3.3. 3 ^a fase: <i>Procedimentos de Coleta dos Dados</i>	39
3.3.4. 4 ^a Fase: <i>Análise e Discussão dos Dados</i>	42
3.4. Aspectos Éticos da Pesquisa.....	45
4. O PROCESSO DE TRABALHO NO SAE: Os Trabalhadores, os Usuários, o Cenário e os Instrumentos do Trabalho	47
4.1. Caracterização dos trabalhadores entrevistados.....	47
4.2. O Cenário e os Instrumentos Necessários ao Desenvolvimento do Trabalho no SAE..	50

4.2.1. O cenário: a estrutura física, o atendimento inicial e os serviços oferecidos.....	51
4.2.2. Instrumentos necessários ao desenvolvimento do trabalho no SAE.....	54
4.3. Percepção dos trabalhadores sobre os clientes.....	59
5. O TRABALHO NO SAE: <i>O Núcleo e o Campo dos saberes no processo de trabalho em HIV/AIDS.....</i>	68
5.1. <i>O Núcleo e o Campo de trabalho das enfermeiras.....</i>	69
5.2. <i>O Núcleo e o Campo de trabalho das assistentes sociais.....</i>	73
5.3. <i>O Núcleo e o Campo de trabalho das psicólogas.....</i>	75
5.4. <i>O Núcleo e o Campo do trabalho médico.....</i>	77
5.5. <i>O Núcleo de trabalho das auxiliares de enfermagem.....</i>	80
5.6. <i>Finalidade do trabalho no SAE.....</i>	81
5.7. <i>Articulação e integração interna dos trabalhadores no SAE.....</i>	86
5.8. <i>Satisfação e privilégios no processo de trabalho no SAE.....</i>	96
5.9. <i>Organização e controle do processo de trabalho.....</i>	104
6. ESPAÇO SOCIAL DE TRABALHO DA ENFERMAGEM NO SAE.....	110
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	125
ABSTRACT.....	132
9. ANEXOS.....	

1. INTRODUÇÃO

1.1. Trajetória de Acesso à Temática

Durante o início da década de 80 do século XX a população mundial presenciou o surgimento, nos Estados Unidos, da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), causada por um vírus, denominado posteriormente com a sigla de HIV, tendo esta tomado proporções mundiais com casos registrados em todos os países do mundo, e que apesar dos avanços relacionados ao conhecimento do vírus, do desenvolvimento da síndrome e da terapia medicamentosa que possibilitou uma maior expectativa de vida para as pessoas contaminadas, as possibilidades de cura ainda são remotas. Estas afirmativas apontam para a necessidade de produção de pesquisas que possam contribuir direta ou indiretamente para o controle da epidemia, para reflexões sobre o processo de trabalho em HIV/AIDS e aperfeiçoamento da assistência dirigida às pessoas contaminadas.

No Brasil, casos da infecção pelo HIV foram registrados logo no início da década de 80, mas a política de assistência aos portadores do HIV/AIDS só foi estruturada 10 anos depois, no início da década de 90, e tinha como fundamento a obtenção da melhoria na qualidade de vida dos pacientes e na racionalização dos recursos humanos e financeiros (Brasil, 1998).

Os Serviços de Assistência Especializada (SAE) em HIV/AIDS foram implantados pelo Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de DST/AIDS em vários estados brasileiros a partir de 1994 com o objetivo de oferecer ao paciente portador do HIV/AIDS uma assistência diferenciada, realizada por uma equipe de saúde preparada para atender os casos. Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, no sentido de traçar o perfil das atividades e a estrutura desses serviços de 1994 a 1996, os resultados apontados afirmaram que estes estão,

de certa forma, cumprindo seu papel, mas foram identificadas distorções, principalmente, no processo gerencial (Brasil, 1998).

Nesse contexto essa pesquisa se insere como uma contribuição para discussão e reflexão do trabalho realizado pela equipe de saúde do SAE, em especial do seu saber e fazer tecnológico, visualizando sua totalidade. Temos a pretensão de estar, ainda, contribuindo, entre outras coisas, para o entendimento das relações e para uma melhor definição da prática destes trabalhadores e em específico da prática de enfermagem, que repercutirá na assistência prestada a clientes com soropositividade para o HIV e outros atendidos no serviço.

Nossa experiência anterior com o estudo da epidemia do HIV/AIDS teve início há 12 anos, ainda na graduação, quando tivemos oportunidade, juntamente com alguns professores e alunos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, de compor o primeiro grupo do projeto de extensão “AIDS: Educação e Prevenção”. A partir do projeto tivemos o primeiro contato com pacientes de AIDS e portadores do HIV, na realização de um estágio voluntário, por três meses, no Hospital de referência em HIV/AIDS do Estado, na época o único hospital que atendia este tipo de patologia. Na oportunidade, vivenciamos mais de perto a problemática da epidemia e do indivíduo infectado. Participando desse serviço, pudemos observar sua dinâmica, as relações, às vezes de ajuda, outras vezes de desentendimento, que ocorriam entre as diferentes categorias profissionais, as indefinições e os conflitos nos papéis desempenhados pelos trabalhadores, além de prestarmos assistência de enfermagem, tanto aos portadores do HIV atendidos no ambulatório, como aos doentes de aids hospitalizados.

Após concluirmos o curso de graduação, realizamos concurso para ingresso no Curso de Mestrado em Patologia na Universidade Federal do Ceará e passamos a estudar a problemática da AIDS. No trabalho de natureza epidemiológica que realizamos como dissertação de mestrado no serviço de referência em HIV/AIDS do Estado, pudemos visualizar aspectos sensíveis da assistência prestada aos indivíduos portadores do HIV e

doentes de AIDS, relacionados, principalmente, aos fatores que excedem ao campo biológico, destacando a ausência do acompanhamento psicossocial e das atividades relacionadas à educação e saúde, bem como sua repercussão no perfil epidemiológico, na qualidade de vida e na sobrevida destes indivíduos (Silva, 1996).

A partir deste olhar epidemiológico e das indagações citadas anteriormente, surgiu a motivação inicial para estudar o trabalho educativo em saúde realizado por enfermeiras com mulheres soropositivas, no serviço de referência em HIV/AIDS do Estado. Posteriormente, decidimos reorientar nosso propósito, o que foi despertado pelas observações de alguns examinadores por ocasião do exame de qualificação e também pela ida ao campo de pesquisa, quando realizamos o teste piloto. Constatamos a existência de alguns obstáculos operacionais, precisamente relacionados ao fato de que, no serviço estudado, o trabalho educativo em saúde, em princípio, seria realizado por todos os trabalhadores de saúde ali lotados. A partir de então, direcionamos a pesquisa no sentido de contemplar outras inquietações anteriormente citadas, referentes ao estudo aprofundado do processo de trabalho em HIV/AIDS e das relações estabelecidas entre as diferentes categorias de trabalhadores que atuam no serviço, bem como as relações entre o saber e fazer, caracterizando aqueles aspectos que são específicos de cada grupo de trabalhadores e aqueles que podem ser compartilhados.

Consideramos que o fazer profissional dos trabalhadores de saúde está intrinsecamente relacionado com o seu saber específico, no contexto da epidemia do HIV/AIDS, mesmo que sua operacionalização se materialize no seguimento de protocolos pré-estabelecidos pela Política Nacional de Saúde, que têm a pretensão de suprir uma necessidade identificada e prioritária para o presente momento histórico.

Desconhecemos pesquisas que tratem, com o devido aprofundamento, das questões ligadas ao processo de trabalho nos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS, ou mesmo das relações estabelecidas entre as categorias de trabalhadores que ali atuam. Com

esta pesquisa tivemos o propósito de intensificar as discussões sobre esse processo de trabalho.

Entendemos ser fundamental a produção de conhecimentos a partir de investigações que apontem inovações tecnológicas e uma releitura das relações que se estabelecem no processo de trabalho desenvolvido por uma equipe de saúde, para subsidiar essa complexa tarefa que é o trabalho em saúde no atual momento histórico.

Dentro de seu vasto campo profissional, o trabalhador da saúde deve relacionar, através da interdisciplinaridade, aspectos fundamentais de seu saber específico com outros saberes essenciais para a concretização do trabalho. Nessa relação o trabalhador poderá contribuir para elevar e acrescentar conhecimentos a seu saber profissional específico, que poderá refletir no processo global do trabalho.

1.2. Objeto e Justificativa do Estudo

A partir deste entendimento inicial, situamos o objeto específico deste estudo como a organização social do processo de trabalho em HIV/AIDS, realizado pela equipe de saúde que compõe o SAE, identificando a relação entre o saber, entendido como uma tecnologia em construção, e o fazer das diversas categorias de trabalhadores, a organização interna, as formas de controle do trabalho e as dificuldades na realização do mesmo.

A tecnologia é tomada no presente estudo conforme referida por Gonçalves (1994:65), como:

O saber e seus desdobramentos em técnicas materiais e não materiais que, ao darem um sentido técnico ao processo, dão-lhe um sentido social articulado.

Tivemos como pressuposto que neste campo específico, o trabalhador opera com um objeto ou saber novo e ainda em construção, como ainda está em construção o saber relativo à

origem, tratamento, formas de contaminação, período de incubação, relações de gênero, acompanhamento psicossocial e formas de tratamento da epidemia do HIV/AIDS. Nesse contexto, cada trabalhador constrói seu saber e fazer em maior ou menor articulação com os demais trabalhadores; a partir de experiências que apontam a forma de proceder de acordo com a especificidade de cada caso; e de acordo com a visão de mundo de cada trabalhador. Entendemos que nesse campo operam várias visões de mundo, enfrentamentos ideológicos e contradições. No processo de construção do conhecimento em HIV/AIDS os trabalhadores expressam pontos de vistas diferentes, divergências, contradições, concepções distintas e reprodução do poder e das forças hegemônicas que operam na saúde.

Privilegiamos no estudo o pensamento e a ação dos trabalhadores como indispensáveis para a compreensão do processo de trabalho e de sua articulação com o saber e o fazer profissional.

A produção científica sobre processo de trabalho em saúde é vasta, podendo ser citados trabalhos célebres como o de Gonçalves (1994) que trouxe grande contribuição para o entendimento do trabalho em saúde e sua dimensão tecnológica. Na área da enfermagem, a produção científica brasileira, na perspectiva de focalizar o processo de trabalho, teve início na década de 80 do século XX, com estudos clássicos, em que podemos citar as contribuições de Almeida e Rocha (1986), Fraga (1993), Almeida e Rocha (1997), Silva (1986), Melo (1986), Rezende (1986), Almeida et al (1991), Ramos (1999), entre outros, que trouxeram discussões importantes quanto ao trabalho específico do enfermeiro e sua relação com o trabalho em saúde.

Esperamos que este estudo facilite o emergir de algumas questões ligadas ao processo de trabalho em HIV/AIDS, que se comportam como entraves para a ação dos trabalhadores que compõem a equipe de saúde do SAE. É relevante realizar um estudo que possa revelar como se dá esse processo de trabalho e ajude a visualizar a amplitude da assistência dele

resultante, as mediações estabelecidas entre as categorias de trabalhadores que compõem a equipe, a execução final de suas ações específicas e coletivas e como se dá a articulação dos diversos momentos deste trabalho.

Temos a pretensão de que o conhecimento gerado por esse estudo possa servir como dispositivo importante a ser utilizado pelos serviços que prestam assistência especializada em HIV/AIDS, mais especificamente no entendimento da organização do trabalho e do saber tecnológico das diversas categorias presentes nestes serviços.

Ao estudarmos uma problemática integrante da realidade social, é preciso identificar suas contradições internas, estabelecer sua interdependência com uma totalidade maior e vislumbrar outros modos de estruturação.

Enfocamos no estudo o processo de trabalho em saúde dimensionado no interior da sociedade capitalista. Entendemos que as necessidades em saúde e o modo de serem satisfeitas dependem da estrutura econômica e do momento histórico vivenciado por cada sociedade.

Na próxima sessão realizamos um levantamento do conceito de trabalho, construído ao longo dos diversos momentos históricos vivenciados pela humanidade, evidenciando sua evolução e as diversas formas de entendimento, de acordo com o enfoque teórico-filosófico envolvido, que nos possibilitará compreender o trabalho e as relações entre seus agentes, no caso específico do trabalho em saúde, na contemporaneidade.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. *Objetivo Geral*

Analizar o processo de trabalho desenvolvido pela equipe de saúde, em um Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/AIDS em Fortaleza - CE.

1.3.2. *Objetivos Específicos*

- Identificar a percepção das diferentes categorias profissionais quanto ao seu trabalho no SAE.
- Verificar a articulação e integração entre as categorias de trabalhadores e sua repercussão no desempenho do trabalho.
- Apreender como se dá, no processo de trabalho em HIV/AIDS, a articulação entre o saber e o fazer profissional específico e coletivo dos trabalhadores atuantes neste processo.
- Discutir sobre o espaço social de trabalho da enfermagem no SAE e as mediações estabelecidas com os outros saberes.
- Identificar os fatores facilitadores e dificultadores do trabalho na visão das diferentes categorias profissionais.

2. FUNDAMENTAÇÃO DO PROBLEMA

2.1. Resgate sobre a História do Trabalho

O ser humano é um ser em constante transformação, decorrente não só de sua estrutura biológica, orgânica, mas fundamentalmente do trabalho humano e da produção material da sua existência.

O trabalho é objeto complexo, possibilitando várias abordagens e definições. Encontramos na história da humanidade, de acordo com a época e o momento histórico, várias formas de interpretação do processo de trabalho. Destacamos no estudo aquelas que consideramos mais relevantes para o entendimento do objeto de estudo.

Encontramos em Friedmann & Naville (1973), que na língua portuguesa a palavra tem origem do latim *tripalium*, definido como um instrumento feito com três paus aguçados, utilizado pelos agricultores para bater o trigo e o linho. Foi, também, utilizado pelos romanos como instrumento de tortura e sofrimento. Daí a ligação com o verbo *tripaliare* que significa tortura. Tortura e sofrimento foram o significado mais corrente do trabalho até o século XV.

Podemos visualizar, na sociedade atual, reflexos destas formas históricas de percepção das relações de trabalho. Quando acarretam exploração e dor para o trabalhador, seria a forma subjetiva de tortura e sofrimento advindos destas relações e quando expressam reconhecimento, valorização social e respeito às aptidões, seriam os aspectos subjetivos positivos ligados ao conceito do trabalho.

A subjetividade vivenciada nas atividades de trabalho vai desde os estados de insatisfação, tristeza, desafogo e raramente de alegria, oferecendo matizes numerosas que se manifestam de maneira variada, de acordo com os contextos históricos, sociais e culturais (Friedmann & Naville, 1973).

Em um resgate histórico temos que, durante a economia de subsistência, o trabalhador produzia para satisfazer uma gama limitada de necessidades. Raramente o tempo e o ritmo de trabalho eram sacrificados à satisfação de necessidades não elementares. Era uma economia simples de sobrevivência. Com a descoberta da agricultura, foram desenvolvidas as noções de propriedade e de produto excedente. Na segunda metade da Idade Média, com o desenvolvimento do comércio, verificam-se novas fontes de riqueza que não mais dependem diretamente da propriedade da terra e, ainda, o surgimento de uma nova classe social conhecida como burguesia. Inicia-se a fase de cooperação entre os artesãos e a burguesia, em que o artesão ainda domina o processo de trabalho, podendo decidir como produzir, mas perde o controle do que por ele é produzido (Schafer, 1998).

Ainda para o autor acima, a passagem da fase de cooperação para a da manufatura ou das indústrias, intensificada a partir do século XVI, traz consigo a divisão do trabalho, que trouxe consigo a divisão entre mão e cérebro, entre o pensar e o fazer. Cada trabalhador executa tarefas determinadas, perdendo o conhecimento global do processo de trabalho.

A divisão do trabalho é uma das características do mundo moderno, que teve início com o processo de industrialização e que repercute na organização dos processos de trabalho e diferencia os trabalhadores socialmente. Segundo Braverman (1987), a divisão do trabalho é o princípio fundamental da organização industrial.

No século XVIII ocorreu a Revolução Industrial, inicialmente na Inglaterra, e concomitantemente à instalação do capitalismo industrial. Neste período passam a ser usados outros tipos de energia, diferentes da humana, dividindo o trabalho, que antes era executado somente pelo homem, com as máquinas. O trabalhador passou a ter uma visão fragmentada do processo de trabalho e aumentou seu distanciamento do fruto de seu trabalho.

No capitalismo verifica-se uma relação de autoridade dos capitalistas, que detêm a propriedade dos meios e do produto do trabalho social, sobre os trabalhadores assalariados,

em que cabe ao capitalista gerenciar a produção em sua forma e conteúdo e aos assalariados vender sua força de trabalho, sendo esta encarada como uma mercadoria, que não dispõe da flexibilidade de mudar de dono, não se transmuta e é materializada no cotidiano através do salário (Ianni, 1988; Codo et al, 1993; Soares, 1991).

Com as primeiras crises sofridas pelo capitalismo industrial, no século XIX, surgiu a idéia de organizar o trabalho, no seio das empresas, de forma racional e científica. No século XX foi acrescentada a preocupação de organizar o trabalho individual, para que se pudesse obter do trabalhador o melhor desempenho possível.

Verificamos, assim, ainda no século XX, um predomínio dos processos de trabalho denominados de fordismo e taylorismo, devido às contribuições do americano Frederick Winslow Taylor e do engenheiro francês Henri Fayol, que contribuíram para que as indústrias e o sistema capitalista se consolidassem ao longo deste século. Os elementos constitutivos básicos do fordismo eram dados pela linha de montagem e de produtos mais homogêneos; controle dos tempos e movimentos que eram cronometrados; a produção em série exigida pelo taylorismo; o trabalho parcelar e as funções fragmentadas; verificava-se uma separação entre a elaboração e execução no processo de trabalho; constituição do trabalhador operário-massa e trabalhador coletivo fabril (Antunes, 1998; Schafer, 1998).

Para Dejours (1992:39):

O trabalho taylorizado engendra, definitivamente, mais divisões entre os indivíduos do que pontos de união. Mesmo se eles partilham coletivamente da vivência do local de trabalho, do barulho, da cadência e da disciplina, o fato é que, pela própria estrutura desta organização do trabalho, os operários são confrontados um por um, individualmente e na solidão, às violências da produtividade.

Segundo Antunes(1998:17) o fordismo foi o processo de trabalho que, junto com o taylorismo, predominou na grande indústria ao longo do século XX.

Atualmente, os estudos levantados sobre a temática trabalho apresentam posições variadas quanto às transformações atuais do mundo do trabalho, se seria um movimento de superação do fordismo e taylorismo ou seria apenas a readequação e ajuste deste sistema frente à crise no sistema de produção (Souza, 1999).

Novos processos de trabalho emergiram, entre eles podemos citar o paradigma produtivo denominado de especialização flexível, apresentado por Sabel e Piore e que teve a “Terceira Itália” como experiência concreta. Esta forma produtiva articula, o desenvolvimento tecnológico e uma desconcentração produtiva baseada em empresas médias “ artesanais” . Esse sistema produtivo supera o padrão fordista e recusa a produção em massa, recupera uma concepção de trabalho mais flexível e isenta da alienação do trabalho (Antunes, 1997:18).

No entanto, muitas críticas foram feitas a esse modelo, mostrando a impossibilidade de sua generalização. Clarke (1991:124-125), refere que a especialização flexível não é universalmente aplicável, possui incoerências entre seus vários elementos e não se sustenta empiricamente quando refere a superação do mercado de massa e adequação às mudanças econômicas. O autor também possui uma concepção ampliada do fordismo, que o entende não restrito à esfera fabril e tecnológica, mas também, abrangendo as relações sociais de produção.

No modo de produção capitalista identificam-se duas classes com interesses antagônicos, a burguesia com total controle do processo produtivo e do produto do trabalho social e o trabalhador assalariado que tinha que alienar a força de trabalho, sua única propriedade transformada em mercadoria e submetida às leis de circulação e de valor do mercado. Nessa situação o trabalho apresenta-se como elemento proporcionador de alienação, ao invés de ser um elemento de formação do cidadão.

O trabalho alienado é aquele mal escolhido, inadaptado ao indivíduo, que traz efeitos nocivos, em geral, é sentido como algo estranho a seu executor e as condições econômicas e

sociais em que é levado a efeito acarretam para o trabalhador a convicção de uma exploração. Enquanto que para não ser alienado o trabalho teria que aproveitar condições favoráveis do ponto de vista técnico, fisiológico e psicológico do trabalhador (Friedman & Naville, 1973).

No ápice do processo de industrialização e na consolidação do sistema capitalista, predominava o trabalho alienado em que para o trabalhador bastava um rápido adestramento e não uma aprendizagem na realização das tarefas. A força de trabalho era tida como uma mercadoria que possuía seu valor, sendo este determinado pelo tempo de trabalho necessário para sua produção. Verificamos o início da acumulação do capital, onde a burguesia amplia a jornada de trabalho ou a intensifica, para obter mais tempo excedente e mais capital.

Encontramos a contradição fundamental que move as relações e o modo de produção capitalista, quando os bens materiais e culturais produzidos a partir do trabalho não estão ao alcance de quem os realiza e produz, ou seja, do trabalhador.

Podemos encontrar na obra de Marx, o Capital (1989), a maior contribuição sobre a relação entre o homem, a natureza e a atividade de trabalho, bem como as várias facetas do trabalho no sistema capitalista. Segundo este autor, o trabalho é um processo em que o ser humano, através de sua ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. O ser humano atua sobre a natureza externa modificando-a, ao mesmo tempo que modifica sua própria natureza. O trabalhador figura em sua mente o trabalho antes de torná-lo realidade. No fim do processo do trabalho deve aparecer um resultado anteriormente idealizado na imaginação do trabalhador. São três os componentes do processo de trabalho: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; os meios de trabalho, o instrumental de trabalho.

Encontramos na evolução da humanidade uma interação entre os mundos político e econômico. Foram vivenciadas duas grandes guerras que permitiram uma reorganização mundial da economia e das relações de poder. O sistema capitalista permaneceu e consolidou-

se na forma financeira, monopolista, imperialista, proporcionando uma organização do trabalho que tem como ponto de partida a submissão ao capital e aos interesses dos grandes grupos econômicos (Schafer, 1998).

A evolução histórica do processo de trabalho nos permite considerar que este não se apresenta essencialmente como elemento de formação do homem, mas significativamente como elemento de alienação. O homem, como um ser social, tem plena capacidade de superar as iniquidades do mundo do trabalho, tornando esse adequado ao talento e ao gosto pessoal, visando a satisfação de quem produz e de quem consome.

O mundo vem passando por mudanças que trazem em seu bojo novos paradigmas, novos modelos de trabalho e de acúmulo de capital, em que não só as fábricas, mas outras formas de atuação, exigem cada vez mais do trabalhador uma especialização, uma multifuncionalidade e um grau de formação básica, de forma a se alcançar a qualidade no trabalho.

Cada modo de produção acompanha discrepantes condições de existência humana. No capitalismo, as divisões em classes sociais que se discriminam quanto à propriedade do material, instrumentos e produto do trabalho, trazem graves consequências sociais, verificadas na imensa proporção de trabalhadores miseráveis que são explorados e forçados a venderem sua força de trabalho por um valor monetário insignificante, reforçando cada vez mais o poder de alienação que esse sistema consegue impor ao homem.

Na sociedade contemporânea o mundo do trabalho vem passando por profundas transformações, enfrentando uma alteração radical em qualidade e quantidade, refletindo nos cenários sociais, econômicos e políticos. Na esfera produtiva visualiza-se um cenário globalizado, onde as grandes empresas vão sendo substituídas por outras menores e com produtividade maior ou equivalente. Incrementa-se o processo de terceirização do trabalho e a flexibilização produtiva leva ao aumento do espaço da informalidade nos contratos de

trabalho. Na esfera sócio-política verifica-se diminuição na sindicalização, devido aos impactos sofridos pelos sindicatos ao longo do processo, além do desemprego e da informalização corroendo o poder de agenciamento das máquinas sindicais (Cattani, 2000; Souza, 1999).

Na próxima sessão descrevemos o processo de trabalho em saúde e em HIV/AIDS de forma a ampliar nosso foco de reflexão sobre o objeto do estudo.

2.2. Organização do Trabalho em HIV/AIDS

Antes de tratarmos do processo de trabalho em HIV/AIDS, faremos alguns comentários sobre o processo de trabalho em saúde, pois a forma como se apresenta e é tratada a epidemia de AIDS, retrata a forma como a saúde é percebida e os paradigmas que servem de base para seu desenvolvimento. Guiados por uma concepção materialista de interpretar estes fenômenos no sistema produtivo operante, temos que o homem produz, pelo trabalho, as condições de sua existência e de sua consciência.

A reorganização do trabalho em saúde nas sociedades capitalistas se deu em torno de dois objetivos: como forma de recuperar individualmente a força de trabalho e como forma de controlar a doença, todos em escala social (Almeida & Rocha, 1997).

Portanto, a organização do processo de trabalho em saúde deve ser situada no contexto do desenvolvimento das sociedades capitalistas. São conhecidas duas vertentes que tomam a saúde-doença como seu objeto, mas que podem ser facilmente diferenciadas pela forma de compreensão teórica e de ação em seus condicionantes.

A primeira conhecida como modelo biomédico hegemônico nas práticas de saúde da maioria dos países ocidentais. Esse modelo considera o corpo humano como uma máquina, em que a doença é vista como um mal funcionamento dos mecanismos biológicos, estudados

do ponto de vista da biologia celular e molecular. Neste modelo, a doença é tomada individualmente não como produto social, mas como produto em um corpo biológico, considerada como alteração morfo-fisiológica, surge com o objetivo de recuperar os corpos doentes para o trabalho a serviço do capital. Para os trabalhadores da saúde o objetivo do cuidado é tratar, curar e devolver a normalidade deste corpo biológico (Capra, 1982; Ramos et al, 1999).

Esse modelo, apesar de ser, ainda, predominante nos serviços de saúde, vem revelando sua incapacidade de impactar as diversas realidades de saúde vigentes no mundo contemporâneo e fazer frente tanto aos problemas sanitários das regiões de pobreza e escassez, quanto daquelas em que, como efeito da transição epidemiológica, predominam as doenças e agravos oriundos do processo de desenvolvimento, como as doenças crônicas e as causas externas (Carvalho, et al, 1998).

A segunda vertente é o modelo epidemiológico que trata a doença como um fenômeno coletivo e social e tem a epidemiologia como um dos saberes fundamentais. Visa controlar a doença através de instrumentos como saneamento ambiental e a educação em saúde.

Esse modelo enfatiza a importância de vincular saúde e condições de vida, introduzindo um nexo entre a dimensão biológica das doenças e os processos sócio-econômicos e políticos subjacentes, abrindo caminho para as práticas sanitárias ligadas ao social, à consciência e às condutas. Evolui de uma concepção negativa da saúde, como ausência de doença e evoluindo das práticas centradas na assistência médica individual, para uma concepção afirmativa da saúde, como qualidade de vida e para as práticas capazes de intervir no processo por meio de ações integrais de saúde (Carvalho, et al, 1998).

Entendemos que não existe um modelo certo ou errado. Existem modelos adequados ou não à realidade social e sanitária onde estão inseridos, e as quais buscam transformar. Na contemporaneidade, o modelo que responde melhor às demandas da saúde é o

epidemiológico, pelo modo de intervir no processo saúde-doença como uma resposta social organizada aos problemas de saúde.

A organização do processo de trabalho em saúde está diretamente relacionada, principalmente, com estes paradigmas que sustentam as práticas neste campo e tem reflexo das várias formas de relações trabalhistas relatadas anteriormente. A necessidade em saúde e sua satisfação são transformadas de acordo com a estrutura econômica, política e social do momento histórico vivenciado. Nesse sentido, é necessário entender as contradições inerentes ao atendimento das necessidades em saúde no modelo de produção capitalista. Neste, a ação do trabalhador em saúde pode se inserir no indivíduo ou na coletividade, no ambiente e nas relações sociais estabelecidas. A forma de apresentação desse trabalho depende do apoio institucional, no tocante à valorização dos recursos humanos e materiais e, ainda, do compromisso social e satisfação do trabalhador, componentes essenciais ao bom desenvolvimento do trabalho em saúde.

O que influencia fortemente o processo de trabalho é a forma do homem perceber o mundo. Cada homem tem idealizado sua própria visão de mundo, que pode ainda sofrer influência dos grupos sociais, da religião, da cultura e de outras formas de participação, sendo esta dinâmica e determinante de seu processo de trabalho. Para Krapivine (1986), a visão do mundo é formada por um conjunto de princípios, convicções e conceitos que determinam a atitude do homem para com a realidade e para consigo, determinando suas ações como indivíduo, grupo social, classe ou sociedade.

Concordamos com Almeida e Rocha (1997) ao referirem que o processo de trabalho se traduz no modo como o homem produz e reproduz sua existência e comprehende as práticas de saúde articuladas ao modo de produção, às políticas sociais, fazendo parte de um processo histórico, coletivo e organizado socialmente.

Na tentativa de situar o trabalho dentro de um entendimento marxista, temos que este se traduz em uma ação intencional, pois o trabalhador o projeta conscientemente e seu resultado já existe idealizado em sua imaginação. Quanto à tecnologia utilizada no processo de trabalho, compreendemos, de acordo com Gonçalves (1994:20), “como sendo constituída pelo saber e por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção de serviços de saúde”. A atuação do homem durante o processo de trabalho opera uma transformação no objeto trabalhado e em si mesmo e está diretamente relacionada à sua visão de mundo e à realidade histórica vivenciada.

A organização do trabalho em HIV/AIDS deu-se, no Brasil, no início da década de 90 com a estruturação da política de assistência aos portadores do HIV, em que o Ministério da Saúde estabeleceu diretrizes e ações de intervenção, de responsabilidade dos diversos níveis da esfera governamental, junto à rede pública do SUS e através do desenvolvimento de um programa alternativo de assistência. Um dos grandes marcos no avanço da assistência ao HIV/AIDS foi a definição da política de medicamentos que se baseou na normatização de recomendação de condutas terapêuticas e na disponibilização gratuita de medicamentos anti-retrovirais. Esse Programa baseou-se, ainda, em projetos de implantação de serviços alternativos à assistência convencional, que apresentassem conceitos individualizados de níveis de atenção, resolutibilidade diagnóstica-terapêutica e estabelecessem mecanismos de referência e contra-referência com os serviços de rede pública de saúde (Brasil, 1996).

Foi então que, em nível ambulatorial, desenvolveu-se o conceito de Serviço de Assistência Especializada (SAE), em nível de hospitalização convencional, promoveram-se as alternativas de assistência dos tipos Hospital-Dia (HD) e Assistência Domiciliar terapêutica (ADT) desta forma em nível ambulatorial. Em comum, o atendimento nestes serviços deve ser assegurado por equipes multidisciplinares com o objetivo de oferecer uma assistência humanizada e de qualidade, baseada na atenção integral do paciente e de sua família. Com

propósitos secundários e de enfoque em custo-benefício, projetos como o HD e a ADT deveriam contribuir para a redução de demanda de internação hospitalar, de permanência nos leitos hospitalares e portanto, contribuir para a redução de gastos pelo SUS (Brasil, 1996).

2.3. Assistência em HIV/AIDS no Ceará

Nota: No Estado do Ceará, o primeiro caso de AIDS identificado foi em 1983. No entanto, de acordo com a Secretaria de Saúde do Estado, os serviços que atendem aos vitimados pelo HIV/AIDS ainda estão centralizados e, mesmo o maior serviço de referência do Estado apresenta carência, principalmente de pessoal e no atendimento de algumas especialidades como psiquiatria, obstetrícia, proctologia, entre outras.

As atividades de prevenção e controle das DST e AIDS no Ceará iniciaram em 1987, a partir das ações de vigilância epidemiológica. Iniciaram com duas linhas básicas de atuação, a vigilância e a assistência, em que eram desenvolvidas ações de vigilância epidemiológica de AIDS e treinamento na área preventiva. A equipe do Hospital São José de Doenças Infecciosas, em conjunto com os técnicos do nível central, ligados à vigilância epidemiológica e dermatologia sanitária, foram os principais atores envolvidos na implantação do programa de DST/AIDS (Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2000).

As ações de vigilância eram realizadas por técnicos das unidades de saúde e/ou das 14 Diretorias Regionais de Saúde, que coletavam e encaminhavam as notificações de casos de AIDS para o Departamento de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde. O hospital São José atuava na área assistencial, na época o único hospital do Estado que atendia este tipo de patologia.

O Programa foi oficializado em 1993, após a publicação da assinatura de um convênio firmado entre o Ministério da Saúde e o Governo do Estado, que tratava do funcionamento

das ações de prevenção e controle das DST/AIDS, desenhado através de um plano estratégico plurianual, no qual o Estado do Ceará foi beneficiado com um grande investimento monetário, para um período de três anos. Este convênio possibilitou que a Coordenação Estadual de DST/AIDS viabilizasse investimentos nas ações de prevenção, assistência, vigilância e desenvolvimento institucional (Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2000).

Para a implantação do Programa houve articulação entre a Secretaria de Saúde do Estado, Hospital São José, Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Organizações não Governamentais e Organizações Governamentais como FEBEMCE e Secretaria da Justiça, com objetivo de formar parcerias (Boletim epidemiológico, 1996).

O processo de trabalho no âmbito da epidemia do HIV/AIDS é amplo e complexo, exigindo formas diferenciadas de atuação e entendimento de seus elementos constitutivos, o que justifica a articulação de uma equipe de saúde que possa oferecer uma intervenção transformadora, atuando no foco das várias especificidades que a epidemia apresenta. A compreensão do trabalho desenvolvido por esta equipe pode contribuir para uma atuação específica nos pontos identificados como sensíveis e prejudiciais ao bom desenvolvimento do processo de trabalho.

Depreendemos, ainda, que no processo de trabalho em HIV/AIDS, mais do que avançadas instalações e modernos equipamentos, é essencial que haja um trabalho interdisciplinar que englobe excelência técnica no saber, no processo de humanização e de reflexão crítica do social. O saber, por sua vez, necessita estar situado num contexto político global e num contexto particular. Os agentes desse trabalho precisam entender e considerar as relações entre o saber e o poder institucional, como legitimadores da relevância das categorias profissionais.

O trabalho interdisciplinar favorece uma visão diferenciada do sujeito que necessita de atendimento e possibilita uma ampliação do conhecimento técnicoprofissional, otimizando o atendimento ao cliente.

É o caso das equipes de enfermagem que atuam no atendimento ao cliente, que, em sua realidade a, ainda se encontra em processo de evolução.

Segundo Pohl & Hruska (1990):

introdução de um empreendimento consistente é a utilização de um referencial teórico adequado ao problema investigado

3.1. Referencial Técnico-Médico

O referencial teórico-médico é essencial no atendimento ao cliente, que deve ser feito com a abordagem individualizada de pesquisa e seu campo de atuação clínico, no trabalho desenvolvido pela equipe de saúde que está em um Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em HIV/AIDS de Fortaleza - CE. A opção pelo atendimento individualizado deve-se à natureza do problema estudado e preponderância número e natureza das demandas, de acordo com Tróvilo (1990), de que a mesma incorpora melhor o que é de maior pertinência ao sujeito, a sua intencionalidade como necessidade para ações de telefones e às estruturas sociais. Tróvilo (1990) destaca que as estruturas sociais para a constituição de referências significativas, tanto em nível individual quanto social, são aquelas que permitem a possibilidade que libera suas transformações.

A pesquisa qualitativa parte do pressuposto de que a ação do cliente é resultado de suas crenças, percepções, sentimento e valores e que o conhecimento é o resultado da significação que produz-se entre o cliente e o profissional. Considera, ainda, a possibilidade de que o cliente é o sujeito que produz o seu conhecimento.

3. PERCURSO TEÓRICO-METODOLÓGICO

De tudo que se chega a compreender, resta sempre a certeza de que é mister compreender muito mais. A realidade social é muito maior que nossos métodos de captação. (Eric Fromm)

Entendemos metodologia, da mesma forma que Minayo (1996), como a constituição das concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas essenciais para a apreensão da realidade e, ainda, o potencial de criatividade do pesquisador.

Segundo Polit & Hungler (1995), a realização de uma boa pesquisa se faz por intermédio de um embasamento consistente a partir dos registros literários sobre a temática e de um referencial teórico adequado ao problema investigado.

3.1. Referencial Teórico-Metodológico

O referencial teórico-metodológico adotado na construção deste estudo relaciona-se com a abordagem qualitativa de pesquisa e tem como propósito caracterizar o processo de trabalho desenvolvido pela equipe de saúde que atua em um Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/AIDS de Fortaleza - CE. A opção pela abordagem qualitativa deveu-se à natureza do problema estudado e prende-se também à nossa compreensão, em acordo com Triviños (1990), de que a mesma incorpora melhor a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Toma ainda as estruturas sociais como construções humanas significativas, tanto em sua origem quanto na possibilidade que têm de serem transformadas.

A pesquisa qualitativa parte do pressuposto de que a ação das pessoas é reflexo de suas crenças, percepções, sentimentos e valores e que o comportamento dessas possui um significado que precisa ser desvendado. Considera, ainda, o pesquisador como instrumento

principal de investigação, necessitando para isto de estar em contato direto e prolongado com o campo de investigação, para que possa captar os significados dos comportamentos observados. Os dados qualitativos devem trazer descrições detalhadas de situações, eventos, pessoas, interações e comportamentos observados, além de citações literais do que as pessoas falam sobre suas experiências, atitudes, crenças e pensamentos (Patton, 1986).

Visualizando o processo de trabalho em HIV/AIDS, nossas reflexões apontam para a abordagem histórico-estrutural como fundamento teórico, uma vez que temos o propósito de repensar a realidade em apreço, buscando explicar as relações, interdependências e múltiplas determinações das características do processo de trabalho em HIV/AIDS do SAE.

Segundo Minayo (1996), o subsistema que maior ênfase e cuidados tem merecido dentro da abordagem histórico-estrutural é a saúde do trabalhador, tendo como eixo básico o Processo de Trabalho visto sob o ponto de vista histórico e a partir das unidades de produção, como determinante para o quadro de morbidade e desgaste dos trabalhadores. Refere, ainda, que são poucos os estudos de análises histórico-estruturais que, a partir dos sujeitos sociais e de suas representações, avaliam e questionam o sistema, os serviços e as práticas de saúde. Em geral os estudos privilegiam mudanças ao nível dos arcabouços políticos da dominação e da organização e administração do setor.

Para Triviños (1990), a pesquisa do tipo histórico-estrutural tenta captar não só a aparência do problema, mas também sua essência, explicando sua origem, suas relações e as consequências que terão para a vida humana. Esta abordagem sugere que o profissional, em sua prática, sofra transformações, não como simples objeto, mas, sim, como sujeito de sua transformação, ao mesmo tempo em que as transformações da sociedade impõem mudanças, na prática profissional. As transformações da prática profissional levam às mudanças sociais e vice-versa.

Para a abordagem histórico-estrutural, o ser social é o ator político na história e parte integrante da estrutura histórica. A estrutura, por sua vez, é a circunstância dada, e pode ser chamada de condições objetivas, no sentido de se imporem ao sujeito como dado encontrado. As condições subjetivas significam o espaço da criação humana histórica, que pode ser feito pelo ator social, dentro do dado. Nesta abordagem podemos agir em condições objetivas e subjetivas, reconhecendo que esta pode ser considerada um modo estruturado e lógico de pensar e de ser (Demo, 1995).

Ainda segundo este autor, para a dialética histórico-estrutural, a história é estrutura, não estática, mas dinâmica. Tanto a estática como a dinâmica fazem parte da realidade. A estrutura dinâmica que se aplica melhor à abordagem histórico-estrutural é a Unidade dos Contrários, que em termos sociais pode ser configurada pela desigualdade social, que torna a sociedade algo estruturalmente dado como algo estruturalmente dinâmico e provisório. Leva a compreender o cotidiano da sociedade como composto complexo das contradições diárias. Mesmo que a normalidade social seja mantida pelos que dela extraem vantagens, essa normalidade é contraditória, pois normal tende a ser uma sociedade desmobilizada.

Nesta abordagem compreendemos o processo de trabalho em saúde como uma prática social, histórica e crítica, podendo ser transformadora, a depender de toda uma conjuntura, conscientização e mobilização dos seus agentes em determinado setor de atuação, por exemplo, no combate à infecção pelo HIV/AIDS. Esta afirmação tende a ser relativa porque sempre existe nos agentes desta prática a contradição entre suas esperanças e a realidade concreta, entre a conquista da emancipação e as circunstâncias limitantes e impeditivas.

Um trabalho em saúde consequente, produtivo e livre exige uma reflexão, uma postura racional para a compreensão da realidade social, no sentido de identificar os problemas e avançar em busca de superá-los. Segundo Demo (1995), a realidade social não é determinada, mas condicionada, planejável e manipulável, podendo, em parte, ser feita pelo homem.

Para Gonçalves (1997) a concepção de que a realidade é historicamente construída, podendo, portanto, ser transformada, privilegia o conhecimento e o aproxima das verdadeiras necessidades do ser humano. O conhecimento centrado no ser humano, em seu processo de desenvolvimento histórico e nas suas condições reais de existência, valoriza-o como ser – sujeito, capaz de apreender a realidade social, de situar-se no mundo e de elaborar o saber à procura de circunstâncias de uma sociedade mais justa e democrática para todos. Em fim, o homem é o criador de sua própria história.

3.2. Espaço de Realização do Estudo e Dinâmica do Trabalho no Serviço

No estado do Ceará, segundo o Ministério da Saúde, existem três Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE), dois localizados na capital, Fortaleza, e um localizado no interior do estado, no município de Sobral. A partir de observações anteriores nestes serviços, verificamos que cada um possui características próprias, mas os princípios básicos que os orientam são os mesmos.

Escolhemos para viabilizar a pesquisa de campo um dos Serviços Assistência Especializada em HIV/AIDS de Fortaleza. Destacaram-se, como fatores determinantes para a escolha do local, o fácil acesso que temos à instituição e o vínculo que formamos quando de pesquisas anteriormente realizadas. O referido serviço foi escolhido, ainda, por ser referência e o mais completo no atendimento aos indivíduos com HIV/AIDS no Ceará, em termos de possuir as características para o SAE preconizadas pelo Ministério da Saúde/Coordenação Nacional de DST/AIDS, ou seja: presença de equipe multidisciplinar que presta assistência clínica e psico-social aos pacientes; atendimento ginecológico, pediátrico e odontológico (local ou formalmente referenciado); controle e dispensação de anti-retrovirais, dispensação de preservativos, atividades educativas para adesão à terapia anti-retroviral, as atividades

educativas para prevenção e controle das DST e AIDS e a operacionalização na realização de exames laboratoriais necessários ao monitoramento do tratamento anti-retroviral. Além disso, o SAE contribui para o estabelecimento de uma rede de referência e contra-referência de serviços no Sistema Único de Saúde para o atendimento aos pacientes.

O SAE escolhido funciona em horário comercial e conta com uma equipe de saúde composta por 17 médicos, 05 enfermeiras, 02 assistentes sociais, 03 psicólogas, 03 odontólogos, 06 auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio composto por 02 recepcionistas, 03 agentes administrativos e 03 atendentes. Conta, ainda, com várias formas de assistir os indivíduos com HIV/AIDS recomendadas pelo Ministério da Saúde, incluindo-se Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), Hospital-Dia (HD) e assistência em nível de hospitalização. Entre estas modalidades, a ADT iniciou-se apenas há cerca de um ano e está vinculada ao PAD (Programa de Assistência Domiciliar) da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

3.3. Fases de Desenvolvimento da Pesquisa

1^a fase: Contato com as Instituições e Realização do Teste-Piloto

Inicialmente realizamos visitas a todos os Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS, tanto da capital como do interior do estado, para escolha do serviço que mais se adequasse à pesquisa, ou seja, fosse mais completo no atendimento aos indivíduos infectados pelo HIV e com AIDS. Após a escolha do serviço, realizamos nos demais um teste-piloto para adequar o instrumento de coleta de dados, bem como, para treinamento da pesquisadora na condução das entrevistas. Participaram do teste piloto 03 enfermeiros, 01 assistente social e 01 médico. Este nos possibilitou fazer alguns ajustes nas questões do roteiro de entrevista para torná-las mais claras.

Esta fase compreendeu, ainda, a solicitação formal, por escrito, à Comissão de Ética da instituição, com vistas à obtenção de permissão para realizar a pesquisa, mediante entrega de uma via do projeto de tese e abertura do processo que recebeu o N° 04/01. Após o contato ser formalizado e o projeto analisado, discutido e aceito por membros da comissão, o acesso à instituição nos foi garantido.

2ª fase: Seleção dos Sujeitos do Estudo

Entre os sujeitos da pesquisa foram incluídos representantes das várias categorias de trabalhadores que atuam no SAE, compreendendo 04 enfermeiras, 08 médicos infectologistas, 02 assistentes sociais, 02 psicólogas e 04 auxiliares de enfermagem.

Utilizamos, como critérios para escolha dos sujeitos, os requisitos sugeridos por Spradley (1986), de forma a delinear as condições mínimas que devem ter proeminência no processo de escolha de um bom informante, quando se estuda um fenômeno social, vinculado ao desenvolvimento de uma comunidade, grupo social ou atividade específica. São eles: antiguidade na comunidade e envolvimento desde o começo no fenômeno que se quer estudar; conhecimento amplo e detalhado das circunstâncias que estão relacionadas com o foco de análise; disponibilidade adequada de tempo para participar no desenrolar das entrevistas; capacidade para expressar especialmente o essencial do fenômeno e os detalhes vitais que enriquecem a compreensão do mesmo; aceitação do participante.

No início da coleta dos dados, ao chegarmos ao serviço, fizemos uma pequena apresentação individual aos sujeitos, explicando o motivo de nossa presença e solicitamos sua colaboração na pesquisa. Nesses momentos iniciais, todos se mostraram bastante receptivos. Entretanto, tivemos algumas dificuldades para marcar e realizar a entrevista com alguns dos sujeitos escolhidos. Os obstáculos que ocorreram neste processo, estiveram ligados ao pouco

tempo disponível dos profissionais, à grande demanda por atendimentos e consultas diárias, entre outros aspectos.

Não foram incluídas como sujeitos da investigação outras categorias de trabalhadores como odontólogos e alguns médicos de especialidades como neurologia, pediatria, entre outros. Esta decisão ocorreu à medida em que nos inteirávamos melhor da dinâmica do serviço e percebíamos que, devido ao caráter bastante especializado do trabalho que realizam ou à carga horária bastante reduzida, alguns profissionais mantêm-se pouco integrados ao processo de trabalho que se realiza no SAE.

3^a fase: Procedimentos de Coleta dos Dados

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a julho de 2001. Para Alves - Mazzotti e Gewandsznajder (1998), a coleta sistemática de dados na pesquisa qualitativa deve ser precedida por uma imersão do pesquisador no contexto a ser estudado, o que possibilita uma familiaridade dele com o objeto em estudo e maior facilidade para captar sua estruturação. A partir desta observação e na certeza de que quanto mais próximo ao objeto de estudo, mais fácil sua apreensão é que demarcamos o período de coleta de dados, que consideramos suficiente para o propósito da pesquisa. Permanecemos no serviço durante 55 dias, alternando entre os turnos da manhã e da tarde, e em alguns momentos tínhamos que permanecer durante os dois períodos.

Quanto à operacionalização da coleta dos dados, concordamos com Gonçalves (1994) quanto às formas de se apreender um processo de trabalho em sua operação e lógica interna. Primeiro, pode-se recorrer à observação direta em que se acompanha, regista os movimentos, os discursos e as ações dos trabalhadores, suas relações recíprocas, os trajetos seguidos pelo objeto de trabalho, sua transformação em produto qualitativa e quantitativamente determinado.

Em segundo lugar, podemos lançar mão de técnicas menos ou mais fechadas, como a entrevista semi-estruturada, nas quais deve-se efetuar um controle sobre a observação a partir da elaboração dos instrumentos de pesquisa. No presente estudo utilizamos as duas técnicas de coleta de dados, observação direta do processo de trabalho e entrevista semi-estruturada, sendo que esta última teve como princípio norteador permitir aos trabalhadores atuantes no serviço discorrerem sobre a dinâmica de seu trabalho.

Inicialmente, utilizamos como técnica de coleta de dados a observação direta do local de trabalho, do fluxo dos trabalhadores, dos equipamentos, as relações interpessoais e funcionais vigentes, os aspectos relativos às características do processo de trabalho, a localização e caracterização geral da instituição e a dinâmica do trabalho no serviço. Realizamos, ainda, levantamento do número de atividades desenvolvidas pelos trabalhadores no semestre, a partir da consulta a fichas de produção do serviço.

Esta etapa foi realizada quando aconteciam atendimentos como: consultas realizadas pelas diversas categorias profissionais, atendimentos do Hospital Dia, pedidos de exames, encaminhamentos, entregas de exames, realização de procedimentos invasivos ou não invasivos, dentre outros. Na ocasião, observávamos a dinâmica do atendimento, a partir da entrada do cliente, até a saída deste do serviço. O local em que permanecemos maior tempo durante a coleta de informações foi a sala de recepção, já que todo atendimento é iniciado e concluído nesse setor. Em outros momentos e com a permissão dos envolvidos, tivemos oportunidade de assistir 06 consultas médicas, 03 consultas de enfermagem, 03 atendimentos do serviço social e, ainda, 05 aconselhamentos pré-teste 02 pós-teste para o HIV, realizados por enfermeiras e psicólogas, respectivamente, e participamos de dois encontros do grupo dirigido pelas assistentes sociais. Estes números devem-se ao fato de que em muitos momentos as observações que deveriam ser realizadas no consultório, não eram possíveis

devido ao constrangimento que poderiam trazer ao cliente, tendo em vista o caráter sigiloso destes atendimentos.

Os dados obtidos pela observação no decorrer das consultas tinham a finalidade de contextualizar o processo de trabalho e qualificar aqueles obtidos nas entrevistas, oferecendo informações esclarecedoras que nos permitiram apreender aspectos da realidade relacionados à problemática da investigação não contemplados na outra forma de coleta.

Paralelamente, realizamos entrevista semi-estruturada (Anexo I) com os trabalhadores que atuam no SAE, contendo perguntas sobre: visualização do próprio trabalho no serviço; as atividades identificadas como o sentido essencial do trabalho realizado; a finalidade do próprio trabalho no serviço; relação do próprio trabalho com outras práticas profissionais; concepções quanto ao objeto e aos instrumentos de trabalho; organização do trabalho e formas de controle; dificuldades para desenvolver o trabalho; e finalmente se o profissional consegue distinguir seu fazer específico do fazer coletivo.

A entrevista semi-estruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses, que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Assim, o informante começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (Triviños, 1990).

O conteúdo das entrevistas foi gravado em fitas cassetes mediante a devida permissão dos sujeitos, e ainda recorremos a anotações adicionais no roteiro que continha as questões norteadoras. Apenas um dos sujeitos não concordou com a gravação da entrevista, tendo sido feito registro do relato por escrito no decorrer da técnica com a preocupação de que fosse o mais fidedigno possível.

Procuramos estabelecer um cronograma para a realização das entrevistas, as quais foram agendadas com, no mínimo, uma semana de antecedência, em que abordamos

diretamente os trabalhadores que já haviam concordado anteriormente em colaborar com a pesquisa. Apenas duas das entrevistas não foram realizadas no serviço, devido à indisponibilidade de tempo dos sujeitos e nesses casos foram realizadas em tempo e local por eles sugeridos.

O registro das observações foi feito no decorrer de toda a coleta de dados, sendo estes lançados em diário de campo. Foram registrados, ainda, todos e quaisquer eventos e seus desdobramentos, bem como impressões que os mesmos despertavam, que estavam relacionados com o objeto de estudo, e que não foram contemplados nos demais momentos de coleta.

4^a Fase: Análise e Discussão dos Dados

Este tópico busca situar a perspectiva de análise dos dados empíricos. Implicou em um trabalho de transcrição de fitas, redução, organização e interpretação dos relatos à luz da abordagem histórico-estrutural que permitiu destacar dimensões e categorias iniciais de análise, iniciando já na fase exploratória e acompanhando toda a investigação. À medida em que os dados foram coletados, procuramos, tentativamente, identificar temas e relações, construindo interpretações, gerando e aperfeiçoando novas questões.

Procuramos articular os dados da pesquisa e o referencial teórico, com o propósito de responder às questões colocadas em nossos objetivos.

Todas as entrevistas foram numeradas segundo a divisão: trabalhadores de nível superior (T.N.S - 1 a 16) e trabalhadores de nível médio (T.N.M - 1 a 4) e estão identificados no texto conforme esta convenção.

Para a análise dos dados utilizamos, particularmente, os pressupostos da corrente analítica que focaliza o discurso, tendo este como ponto de articulação dos processos

ideológicos da estrutura social. Na análise do discurso, o importante é compreender a produção do mesmo, analisar as condições históricas que o condicionam e com as quais entra em relação (Breilh, 1997).

A análise do discurso situa-se como uma prática-teórica historicamente definida, tem um ponto de vista próprio de olhar a linguagem enquanto lugar do debate e do conflito. Nela, o texto é tomado enquanto unidade significativa e pragmática, isto é, é portador do contexto situacional expresso pelo sentido (Orlandi apud Minayo, 1994: 46).

Nessa perspectiva, consideramos como embasamento teórico do estudo, conceitos de teóricos da análise do discurso da linha européia, destacando entre eles: Mikhail Bakhtin, Michel Pêcheux, Michel Foucault, entre outros.

A Análise do Discurso se instalou na França na primeira metade da década de 70 do Século XX e teve como precursores os estudiosos da linguagem J. Dubois e M. Pêcheux. A Análise do Discurso francesa nasceu tendo como base a interdisciplinaridade, pois era preocupação não só de lingüistas como, também, de historiadores, filósofos e alguns psicólogos, unindo três áreas do conhecimento: a Lingüística, o Materialismo Histórico e a Psicanálise. Preconizou um quadro teórico que aliou o lingüístico ao sócio-histórico, em que dois conceitos tornaram-se nucleares, o de ideologia e o de discurso (Orlandi, 1997; Brandão, 1997).

Para Bakhtin (1997) tudo que é ideológico é um signo. Sem signos não existe ideologia. O signo ideológico por excelência é a palavra, sendo esta produto da interação social, caracterizada pela plurivalência. Por isso é o lugar privilegiado para a manifestação da ideologia, retrata as diferentes formas de significar a realidade, segundo vozes e pontos de vista daqueles que a empregam. Dialógica por natureza, a palavra se transforma em arena de luta de vozes que, situadas em diferentes posições, querem ser ouvidas por outras vozes. A

palavra é o modo mais puro e sensível de relação social e está sempre carregada de conteúdo ou de sentido ideológico ou vivencial.

Como instrumentos interpretativos utilizamos as categorias analíticas trabalho, processo de trabalho e processo saúde-doença, conceitos que materializam-se na prática dos trabalhadores do SAE, mediados pelas relações constitutivas da totalidade na qual se inserem. O entendimento destas categorias está inspirado em autores que concebem a forma dialética, histórica e estrutural de pensar o mundo, e representa nosso esforço de relacioná-los com a proposta deste estudo, evidenciando as inter-relações presentes nos contextos do processo de trabalho. Tais conceitos expressam-se no âmbito da pesquisa como:

Trabalho – Ação intencional do homem visando a um determinado fim, que utiliza em seu processo partes de seu corpo físico e/ou psicológico e ainda instrumentos da tecnologia e se dá pela interação direta ou indireta do homem com a natureza material, ambiental, social e humana e que em geral resulta na transformação dessa natureza, que por reflexo é transformado por essa interação.

Processo de trabalho - Caracterizado pelo conjunto de operações realizadas por um ou vários trabalhadores, orientados para a produção de uma mercadoria ou realização de um serviço. Tanto a mercadoria quanto o serviço, são reconhecidos pela sociedade consumidora como valores de uso, individual ou coletivo (Codo, et al, 1993).

Processo Saúde Doença - É a resposta dinâmica que as classes sociais manifestam de forma diferenciada, de acordo com sua inserção no sistema de produção frente aos determinantes sociais, resposta esta dada pelas características de riscos e de potencialidades que são reflexos do processo biológico de desgaste. Em nossa sociedade estratificada em classes sociais, a qualidade de vida de cada classe social é diferente, pois diferente é sua exposição aos processos benéficos ou potencialidades de saúde (Egry, 1996:64).

Esclarecemos, ainda, que a análise e discussão dos dados quantitativos foram realizadas através de descrição.

3.4. Aspectos Éticos da Pesquisa

A participação dos sujeitos na pesquisa foi voluntária, e tivemos o cuidado de esclarecermos quanto aos objetivos e contribuições desta, observando, desta forma, os critérios éticos para as pesquisas que envolvem seres humanos, conforme Resolução nº 196/96(Brasil, 1996).

Tendo por base a Resolução 196/96, incorporamos na pesquisa os quatro referenciais básicos da Bioética: *autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça*, assegurando os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Ressaltamos, ainda, que além de respeitar os princípios éticos emanados da Resolução 196/96, cumprimos todas as exigências setoriais e as regulamentações específicas do Comitê de Ética do serviço, ou seja, emitimos declaração de responsabilidade pelos eventos que viessem a ocorrer durante a coleta dos dados e que pudessem trazer algum prejuízo aos sujeitos, declaração de retorno dos resultados, sendo estes favoráveis ou não, e as contribuições da pesquisa para a instituição.

O referencial da autonomia foi observado a partir do esclarecimento aos sujeitos de sua participação voluntária e do direito de retirar-se do estudo, a qualquer momento, sem prejuízo algum. Registramos a anuência dos sujeitos por meio do consentimento livre e esclarecido que, na ocasião, era assinado e datado por estes.

A observância da não-maleficência deu-se pela forma de condução das entrevistas e dos momentos de observação, em que procuramos criar um ambiente de conversação informal, evitando constrangimento, mal-estar e os danos previsíveis. Na ocasião de realização das entrevistas demos todos os esclarecimentos necessários para a compreensão das questões. Antes de cada entrevista, solicitamos permissão para a utilização do gravador, como forma de viabilizar e facilitar a apreensão das respostas.

Quanto à beneficência, consideramos que foi atendida, na medida em que nos comprometemos com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos aos sujeitos. Exemplificando com os momentos em que não era possível observarmos as consultas dos profissionais, tendo em vista o caráter sigiloso destes atendimentos e o possível constrangimento que a presença do pesquisador pudesse trazer ao cliente.

O referencial da justiça nos permitiu garantir o anonimato e o respeito à individualidade dos sujeitos, assegurando, ainda, fidedignidade dos dados transcritos.

Como já exposto, o projeto de pesquisa foi submetido à Comissão de Ética da instituição, que expediu parecer favorável para a execução da mesma. Os resultados aqui relatados deverão ser divulgados e apresentados à instituição, independentemente do teor de suas conclusões.

4. O PROCESSO DE TRABALHO NO SAE: *os Trabalhadores, os Usuários, o Cenário e os Instrumentos do Trabalho*

4.1. Caracterização dos Trabalhadores Entrevistados

Trazemos nesta sessão alguns dados de identificação (idade, sexo e estado civil), dos trabalhadores entrevistados, a caracterização de sua experiência profissional e qualificação e dados relativos à estrutura física e o atendimento no serviço.

Do total de 20 trabalhadores entrevistados, 17 são mulheres, o que caracteriza a força de trabalho do ambulatório como majoritariamente feminina. A maioria dos trabalhadores (11), se encontra na faixa etária de 31 a 40 anos, 7 estão entre 41 e 50 anos e apenas 2 na faixa de 21 a 30 anos. Estes dados mostram ser uma equipe de trabalho formada, em sua maioria, por pessoas jovens, portanto, com muita energia para o trabalho.

A crescente participação das mulheres no mundo do trabalho é observada a nível mundial e no Brasil é marcante, o que tem alterado o quadro de trabalhadores em quase todos os setores da economia. A saúde acompanha esse processo e experimenta uma das mais altas taxas de feminização do trabalho, verificada em todas as sub-áreas da saúde, ressaltando-se a área médica, que ao longo da história mostrou ser uma prática de homens e hoje vem se alterando de modo progressivo, o que tem sido denominado de “transição de gênero” (Machado, 1997).

Quanto ao estado civil, constatamos que, entre os trabalhadores do sexo feminino, 4 são casadas, 9 são solteiras, 2 divorciadas e 2 são viúvas, enquanto que entre os homens temos 2 casados e 1 solteiro. Isso mostra que um número significativo de trabalhadores (13) não têm uma relação afetiva estável.

Quanto ao tempo de formado e de trabalho em saúde, constatamos que 6 trabalhadores da categoria médica e 1 psicóloga possuem entre 0 a 9 anos de formados, enquanto que 4

enfermeiras, 2 médicos, 2 assistentes sociais e 1 psicóloga estão entre 10 e 25 anos de formados. Duas auxiliares de enfermagem realizaram o curso profissionalizante entre 0 e 9 anos atrás e duas entre 10 e 25 anos. Verificamos que apenas um médico já trabalhava em saúde antes da formação profissional e uma psicóloga só passou a trabalhar nessa área anos após a formatura.

A maioria dos trabalhadores tem entre 0 e 9 anos de trabalho no SAE, e apenas 1 entre 10 e 25 anos. Como apenas 7 pessoas tem menos de 5 anos de trabalho e uma outra mais de 10 anos, podemos considerar que são trabalhadores com bastante experiência na especialidade e que também não estão exauridos por longos anos de trabalho.

A medicina no Brasil é exercida por jovens com menos de 15 anos de inserção no mercado de trabalho. Esse processo de rejuvenescimento do contingente médico traz para discussão questões sócio-econômicas ligadas a novas definições e novas inserções no mercado de trabalho, compatíveis com suas necessidades e perspectivas de estar no mundo do trabalho (Machado, 1997).

Apenas 2 enfermeiras, 2 psicólogas e 1 auxiliar de enfermagem trabalham só no SAE, enquanto que a maioria dos trabalhadores possui outros vínculos empregatícios, entre estes estão principalmente outros hospitais e consultórios particulares citados, principalmente, pela categoria médica que acumula até três vínculos empregatícios, seguindo-se instituições de ensino citadas por 2 enfermeiras e 1 auxiliar de enfermagem.

Devido à dinâmica dos serviços de saúde e aos baixos salários, a atividade e o processo de trabalho do trabalhador da saúde são múltiplos e sua vida profissional é constituída por inúmeras passagens por instituições de saúde. Segundo Machado (1997), a idéia de atividade ou emprego único, mesmo que em consultórios particulares, não é uma premissa social da mentalidade médica típica. Em geral estes profissionais têm jornadas longas e exercem atividades simultâneas em diversos locais.

Para Pitta (1999), os baixos salários para muitos e a ideologia de ascensão social, para outros, levam os trabalhadores a assumirem dois ou mais empregos e, consequentemente, ao sacrifício do descanso, lazer e da vida familiar.

A intensidade do trabalho é realidade em todas as categorias de trabalhadores da saúde. Em geral, eles desenvolvem diferentes atividades ao mesmo tempo. Este fato interfere, ainda, nas relações estabelecidas nos locais de trabalho, pois os trabalhadores não têm um maior envolvimento nas decisões e questões que se apresentam, gerando, muitas vezes, conflitos e desgaste físico e mental.

É válido acrescentar que entre os trabalhadores de nível superior, 8 possuem residência em infectologia, 4 são especialistas, 1 tem mestrado em saúde pública, 1 tem doutorado e apenas 2 não possuem formação adicional, enquanto que entre as auxiliares de enfermagem 2 fazem curso de graduação.

Em relação aos cursos de aperfeiçoamento e de reciclagem sobre HIV/AIDS nos últimos 5 anos, todos os trabalhadores afirmaram ter realizado alguns deles, tais como adesão à medicação anti-HIV, ética, relações humanas, biossegurança, assistência em HIV/AIDS, aconselhamento, entre outros.

A maioria dos trabalhadores informou ter realizado treinamento específico antes de iniciar o trabalho com HIV/AIDS. Vale ressaltar que os médicos referem o treinamento realizado durante a residência em infectologia que abrange outras patologias e os demais trabalhadores realizaram treinamentos menos extensos, porém apenas em HIV/AIDS. Portanto, embora as demais categorias não tenham treinamentos na forma de residência como ocorre com os médicos, as informações acima indicam que há um cuidado por parte da administração do SAE no sentido de qualificar todos os trabalhadores.

4.2. O Cenário e os Instrumentos Necessários ao Desenvolvimento do Trabalho no SAE

A presente sessão faz uma descrição do cenário onde ocorre o trabalho e, posteriormente, analisa os discursos dos sujeitos sobre a relação entre o trabalho no SAE e os meios de viabilidade do mesmo. Pensamos que um primeiro elemento de discussão sobre o assunto deveria ser quanto às características mínimas para o funcionamento de um serviço desta especialidade. Concordamos com Merhy & Onocko (1997), que os condicionantes estruturais têm importância na práxis dos trabalhadores.

A ênfase desse estudo está voltada, principalmente, para a apreensão e discussão dos aspectos tecnológicos não-materiais do processo de trabalho em HIV/AIDS. Entendemos, como já afirmamos anteriormente, o saber nessa especialidade como uma tecnologia em construção. No entanto, é preciso esclarecer que os meios materiais operantes, quando satisfatórios, podem intermediar a produção de resultados melhores desse trabalho. Quando o serviço oferece condições para o desempenho do trabalho, tanto do ponto de vista material quanto humano, respeitando a autonomia, os diferentes saberes e práticas, e propiciando ambiente para reflexões, debates e resolução dos conflitos, isso condiciona a uma maior qualidade na prestação da assistência e na forma dos trabalhadores perceberem seus clientes.

Nessa perspectiva, enfatizamos a forma de aquisição e distribuição de materiais e equipamentos, bem como a observância da vinculação destes às especificidades profissionais.

Iniciamos pela descrição do quantitativo dos clientes atendidos, já que o serviço deveria estar estruturado em função destes dados. Até julho de 2001, o total de clientes assistidos era de 4.295, sendo 3196 homens e 1073 mulheres. Ocorreram 1001 óbitos, sendo 828 de homens e 169 de mulheres. Encontramos fichas cadastrais de 102 crianças. Percebemos certa fragilidade do serviço na quantificação e qualificação dos usuários, pois, o

sistema informatizado não está suficientemente organizado para fornecer tais dados com precisão e agilidade.

Apesar do grande contingente de clientes que acorre ao serviço, constatamos em nossas observações de campo, predominantemente, a atitude acolhedora dos trabalhadores para com os clientes, traduzida por tratar o cliente pelo nome, receptividade a contatos informais por telefone, inclusive por telefone celular, buscando atendimento antecipado ao agendado na instituição, o que, em geral, era acertado.

Situações como essas diferenciam os trabalhadores deste serviço, no caso específico de facilitar uma proximidade maior com o cliente e revelam a especificidade do acompanhamento de uma patologia como o HIV/AIDS, que requer a disponibilidade e a flexibilidade dos agentes envolvidos, no sentido de favorecerem uma assistência mais próxima e coerente com as características da população acometida.

Para Campos (1992), verifica-se hoje em dia, nos serviços públicos e privados de saúde, uma nítida separação, um claro distanciamento, entre os profissionais e os clientes, entre as equipes de trabalho e a comunidade e, entre os trabalhadores e seus meios de trabalho. As observações realizadas no serviço indicaram o contrário do referido pelos autores, o que é extremamente positivo. Entretanto, é possível que não retratem a totalidade da realidade estudada, já que as observações ocorreram em momentos específicos do processo de trabalho, em nossa presença enquanto pesquisadora na instituição, o que pode ter influenciado a postura dos sujeitos.

4.2.1. O Cenário: Estrutura Física, Atendimento Inicial e os Serviços Oferecidos no SAE

A entrada para o SAE é a mesma do hospital. Na recepção uma funcionária aborda os usuários perguntando o motivo de sua estada ali, entregando, em seguida, adesivos de

identificação, podendo ser de visita ou de consulta. Observamos em vários momentos que muitos clientes, mesmo indo para consultas, preferiam utilizar adesivos que os distinguissem como visita. Isso mostra o constrangimento experimentado por eles em serem identificados como usuários do ambulatório de HIV/AIDS.

Após ser identificado, o usuário que vai para o ambulatório ou para o Hospital Dia se dirige para a esquerda, onde encontra uma ante-sala de espera com bancos, bebedouro e no final dois banheiros, sendo um masculino e outro feminino. Após esta, e separada por duas portas de vidro largas, encontramos uma sala de espera ampla, ventilada, com sofás, televisão, ventiladores de teto, um jardim de inverno bem cuidado. No mesmo ambiente há uma mesinha com garrafas de chá e café que os usuários podem se servir enquanto aguardam o atendimento.

No interior desta sala maior há o balcão de recepção do ambulatório, bem como uma porta larga que dá acesso ao Hospital Dia. Nesta recepção visualizamos armários, arquivos, bancada com computador, máquina de impressão, ventiladores de mesa e de teto, cadeiras e outros equipamentos de escritório. Na recepção trabalham duas recepcionistas cumprindo jornada de 10 horas diárias. Este setor é encarregado pela marcação das consultas médicas e odontológicas, tanto de primeira vez quanto de retorno, pelo atendimento telefônico, pela organização dos resultados dos exames anti-HIV realizados e entrega destes aos profissionais responsáveis pela comunicação aos usuários. As funcionárias da recepção também são responsáveis por encaminhamentos para outros setores do ambulatório ou do hospital, de acordo com o caso.

Ligado a esta sala maior há o corredor que dá acesso aos consultórios, sendo 03 consultórios médicos, 01 odontológico, 01 da psicologia, 01 do serviço social, 02 da enfermagem e 01 do serviço de DST. O consultório odontológico e o de DST possuem os equipamentos adequados para tais atendimentos, enquanto os demais têm a mesma

composição em termos de mobiliário e instalações. Todos são relativamente pequenos, apesar de aconchegantes com ar condicionado e boa iluminação. Ligados a este corredor estão os acessos ao Hospital Dia, a um compartimento onde ficam armários para cada trabalhador, à sala da Unidade de Vigilância Epidemiológica(UVE) e à sala dos arquivos dos prontuários.

O SAE funciona de segunda a sexta-feira, no horário de 7:00 às 19:00 horas. Dentre os atendimentos oferecidos estão consultas médicas, realização de outros procedimentos para DST, consultas odontológicas, consultas e outros atendimentos de enfermagem, atendimento do serviço social, atendimento psicológico, realização de vários exames, aconselhamento pré-teste e pós-teste para o HIV, entrega de preservativo, leitura de PPD e reação de Montenegro, entre outras. O ambulatório é de infectologia geral, atendendo não somente casos suspeitos ou comprovados de HIV, mas também casos de leishmaniose e outros, sendo a grande maioria para a primeira especialidade.

Assim, os dados indicam que o serviço procura, dentro de suas possibilidades, oferecer certo conforto aos usuários, um ambiente agradável para o atendimento e acolhida, o que, de certa forma, o diferencia da grande maioria dos serviços públicos de saúde do Estado.

Entretanto, vale ressaltar que em nossas observações identificamos um serviço com estrutura física e humana deficitária em alguns aspectos. Tendo em vista o aumento da demanda que o procura, a coordenação foi forçada a estabelecer certos critérios para o atendimento, que antes era por demanda espontânea e agora é restrito a gestantes, clientes encaminhados pelo setor de emergência do hospital, vítimas de acidente de trabalho, casos para colheita de segunda amostra de exame e parceiros ou filhos de pacientes do serviço. Para os que não se enquaram em tais critérios são fornecidas informações sobre outros serviços que também fazem atendimento na especialidade. Isso gerou insatisfação dos usuários que procuram o SAE. As dificuldades citadas limitam a ação e cobertura do serviço, influenciam

negativamente a qualidade da assistência, bem como causa impacto na qualidade de vida dos trabalhadores.

4.2.2. Instrumentos Necessários ao Desenvolvimento do Trabalho no SAE

Ao perguntarmos aos trabalhadores como apreciam os instrumentos utilizados na execução do seu trabalho, houve recorrência às condições do ambiente onde se processa o trabalho e aos recursos humanos, predominando alguns problemas:

Eu acho que os consultórios são extremamente pequenos, o próprio Hospital Dia é pequeno, a gente precisava de uma sala de reunião. Eu acho que a coisa foi muito improvisada e acabou não atendendo. Não é informatizada, se a gente quer saber alguma coisa, quantas grávidas tem, a gente tem que contar. Então é uma coisa, assim, do século trasado.(T.N.S.1)

Eu acho a quantidade dos profissionais insuficiente por que a demanda aumentou, mas a qualidadedez. A demanda aumentou e os funcionários não. Eu acho que eles, ainda se preocupam muito com os médicos, os médicos tiveram até um aumento, mas o restante não.(T.N.S. 3)

Eu acho essas salas inadequadas para atender, o psicológico então é um horror! Eu tenho que adaptar para a pessoa se sentir o mínimo à vontade. Pessoas batem na porta na hora do atendimento, eu já perdi várias clientes por conta disso, eles dizem eu não aguento mais, pois eu estou lá chorando, colocando minhas emoções, aí vem uma pessoa e abre a porta (...) Salas para grupo, poderia ter salas melhores para poder atender.(T.N.S.4)

A gente tem falta de espaço físico e falta de recursos humanos. No momento, o espaço físico está inadequado, está pequeno. A gente precisa de mais salas e precisa de mais profissionais.(T.N.S. 10).

Os discursos revelam trabalhadores insatisfeitos quanto ao espaço físico e ao número insuficiente de recursos humanos. Consideram a estrutura ultrapassada, não atendendo às necessidades atuais das práticas ali desenvolvidas. O espaço não é suficiente nem adequado

ao desenvolvimento de atividades de aconselhamento e de sessões terapêuticas por parte de alguns trabalhadores, forçando a um atendimento precário e sem respeito à privacidade, ferindo as dimensões éticas. Esta é uma realidade encontrada na grande maioria dos serviços públicos de saúde no Brasil. Pelas características da epidemia e devido às necessidades emocionais da clientela com HIV/AIDS, sobressaem-se a insuficiência e inadequação dos espaços à realização de sessões terapêuticas. Ressaltamos, ainda, que um trabalho desempenhado sem condições adequadas pode se tornar exaustivo física e psologicamente para os sujeitos envolvidos, com o agravante do trabalhador estar lidando com pessoas acometidas por uma patologia cujo saber vai sendo construído no cotidiano da prática dos diversos núcleos de saberes, no contato entre trabalhador e usuário.

Nos chama atenção a similaridade da maioria dos discursos, no que diz respeito à lógica da necessidade de recursos humanos. O aumento no número de usuários tem provocado sobrecarga de trabalho para todos, modificando a assistência prestada, o que demanda necessidade da contratação de novos profissionais.

O fato do serviço não dispor de profissionais suficientes para o desempenho das diversas práticas tem reflexo na redução dos atendimentos, conforme o discurso de uma enfermeira:

Para o enfermeiro não tinha limite de atendimento, mas a gente tentou estipular um limite pela qualidade. A gente estava tendo uns quinze atendimentos, mais consulta e não estava dando. Então a gente estipulou atender cinco de aconselhamento e um de consulta. Só que isso nunca foi respeitado, porque a gente diz assim: puxa! Esse paciente vai voltar, isso é justo? Quanto tempo ele passou para fazer o exame dele, como foi pesado ele vir até aqui. Então, como o enfermeiro tem essas coisas, aí a pessoa acabava não voltando, e ela acabava estressada, acabava com acúmulo, mesmo, de serviço, e isso é a forma de produtividade do serviço.(T.N.S. 1).

Segundo os trabalhadores, o quantitativo, bem como a qualidade e manutenção dos materiais e equipamentos também se sobressaem:

Tem esse grupo. Nós fomos pedir recursos para a coordenação, ela disse: de jeito nenhum. Então, às vezes, eu tenho vontade de fazer um trabalho com lápis, vários materiais não tão caros como pincel, tinta, cartolina, revista à gente pode arranjar, para fazer um trabalho que use a criatividade, mas não tem. Às vezes, quando eu quero trazer um filme, eu alugo, eu sinto uma necessidade também de um vídeo, uma locadora que a gente pudesse alugar filmes, que trouxesse alguma mensagem específica para o portador, que a Secretaria de Saúde subsidiasse isso. (T.N.S. 3)

Muito precário. Horrible. Péssimo! Hoje teve até uma reunião aqui para a gente sensibilizar as mulheres de HIV para o uso da camisinha feminina. Então a gente vai precisar de uma pelve, de recursos para demonstrar como usa. Às vezes falta camisinha para demonstrar. Falta até para eles, os usuários. Material educativo para distribuir é muito precário(...) dentro do material didático falta materiais específicos. A gente atende aqui, crianças, adolescentes, adultos, mulheres, homens, de vários lugares, de várias culturas... pelo menos ter o mínimo de diversidade neste material. Não temos nem material, imagina diversidade. (T.N.S.4)

Em termos de material, a gente, às vezes, tem dificuldades com lanternas, com otoscópio, com oftalmoscópio. Quer dizer, não que fique sem, mas porque você tem um para todos os consultórios. (T.N.S.7)

A gente precisa de um laboratório que funcione melhor, a gente precisa de uma estrutura hospitalar que funcione melhor, a gente precisa de um serviço de contagem de CD4 que funcione melhor, a gente precisa de uma farmácia que funcione melhor, a gente precisa de papéis que sejam mais fáceis de serem preenchidos, a gente precisa melhorar tudo isso. (T.N.S.15)

Tais relatos demonstram que o desenvolvimento de formas diferenciadas de assistência aos usuários está diretamente relacionado aos recursos materiais disponíveis para viabilizar o atendimento. A falta de instrumentos específicos para determinadas práticas inviabiliza ou limita a criatividade do trabalhador em diversificar suas ações na assistência aos usuários, que visariam contemplar tanto aspectos de promoção e prevenção, como especificidades relativas à faixa etária, gênero, entre outras.

No entanto, apesar das deficiências estruturais apontadas, foi predominante a atitude acolhedora dos trabalhadores para com os usuários, conforme referenciada anteriormente. O que demonstra o compromisso e a ética desses profissionais com os clientes e o serviço.

Por outro lado, os discursos permitem inferir que os problemas relacionados à estrutura operacional dos serviços denunciam que há forte negligência dos que fazem e decidem sobre as políticas públicas de saúde, no tocante ao adequado suporte material dos serviços de saúde, em consonância com as necessidades da clientela. Assim, fica clara a importância, para esses serviços, de contarem com trabalhadores críticos, com competência técnica e política, que saibam reconhecer todas as limitações de sua prática, inclusive aquelas derivadas da instituição e do sistema de saúde.

Outros trabalhadores reconhecem a deficiência de recursos humanos, mas percebem o espaço e os materiais e equipamentos do serviço de forma diferenciada. Assim falam:

O número de profissionais é pouco, mas os recursos materiais são bons. (T.N.S. 2).

O material, graças a Deus, não falta. A gente tem à vontade, máscara, luva, avental, óculos protetor, material tem suficiente, nunca falta. A gente trabalha bem protegida. (T.N.M.3)

A estrutura física melhorou bastante. Hoje nós temos salas razoáveis para atendimento ao paciente, temos um suporte laboratorial muito bom. Temos uma opção terapêutica muito ampla. Os meios estão muito bons. (T.N.S.13)

Você não vê em nenhum lugar por ai consultórios como esses aqui, que dão conforto, não só ao profissional, mas principalmente ao paciente. O paciente chega aqui e se sente satisfeito, não só em ter essa privacidade dentro do consultório, ter ar condicionado para ele ficar sozinho com o profissional. Isso eles chegam a falar: "nossa! Aqui a gente parece que está no primeiro mundo. Eu nunca fui num serviço público para ser atendido num consultório que tenha ar condicionado, que tenha uma equipe com médico, psicólogo, dentista, enfermeiro! Nunca tive isso e aqui eu estou tendo essa oportunidade(...) A carência que eu vejo aqui no momento é de pessoal. Eu acho que a equipe está pequena. (T.N.S. 14)

Constatamos que os discursos dos trabalhadores, referentes aos meios materiais e aos recursos humanos disponíveis no serviço, se intercruzam, se contradizem e, muitas vezes, completam-se e se afastam de várias maneiras. A lógica que conduz essas divergências revela concepções diferenciadas e particulares sobre essa realidade, que por sua vez estão relacionadas com os diferentes estilos de atuação dos trabalhadores. Algumas formas de atuação demonstram acomodação aos limites colocados pelo serviço, revelando, assim, dificuldade desses trabalhadores em criar, através de sua prática, opções terapêuticas mais coerentes com a demanda e com as especificidades de cada núcleo de saber.

O último discurso faz referência às características positivas do serviço. Desse discurso emerge certo conformismo com a estrutura do serviço, considerada como ideal para o desenvolvimento dos diversos núcleos e campos de saberes. Isso demonstra certo desconhecimento por parte de alguns trabalhadores em relação às necessidades das demais categorias profissionais quanto às condições adequadas ao desenvolvimento de suas ações específicas e às demandas da clientela.

Durante o tempo em que permanecemos observando o serviço, pudemos perceber a problemática dos trabalhadores no atendimento às necessidades de saúde da clientela. Constatamos as dificuldades, principalmente, no que se refere ao número reduzido de funcionários e a inexistência de recursos e apoio da instituição para algumas práticas que excedem ao campo biológico, exemplificando com o trabalho com grupos realizado, principalmente, pelas trabalhadoras do serviço social.

O estabelecimento de prioridades que viabilizam a execução de determinadas práticas está relacionado aos interesses e à forma de interpretação das necessidades em saúde, pelos que possuem o poder de gerenciar os recursos financeiros na instituição, que ao optarem pelo modelo clínico, priorizam e demandam recursos para o fortalecimento das práticas que reforçam este modelo.

Entendemos, ainda, que essas dificuldades estruturais e de recursos humanos são reflexos da situação sócio-político-econômica do país, visto que os dirigentes políticos, vêm adotando medidas econômicas restritivas nos investimentos do setor público, entre eles o setor da saúde, o que acarreta prejuízos no atendimento à saúde da população.

Nesta perspectiva, cabe aos trabalhadores da saúde, refletir sobre as condições de trabalho vivenciadas no SAE, propor soluções alternativas e buscar junto à coordenação do serviço os meios para solucionar os problemas possíveis.

Concluímos que o serviço oferece aos usuários um clima acolhedor e certa diversidade nos atendimentos necessários aos acometidos pelo HIV/AIDS, mas apresenta dificuldades estruturais que inviabilizam a realização de algumas práticas. A mudança dessa estrutura é essencial para a qualidade dos atendimentos. Concordamos com Demo (1995), quando afirma que a sociedade não se desenvolve com acomodação e submissão, mas pela competência do confronto. O sujeito deve ter competência para perceber que direito não é dado, mas conquistado. Quem não luta pelos próprios direitos permanece massa de manobra. É mister que profissionais e usuários cientes de suas necessidades possam conquistar os meios e um espaço adequado às práticas e às demandas da clientela que acorre ao serviço.

4.3. Percepção dos Trabalhadores Sobre os Clientes

No nosso entendimento, a tarefa de assistir os indivíduos com HIV/AIDS exige dos trabalhadores de saúde conhecê-los, entender os fatores tanto biológicos quanto sociais que determinam a contaminação, tendo como referência a determinação social do processo saúde-doença. Consideramos que a forma como o trabalhador percebe o usuário influencia na forma deste assisti-lo, refletindo no processo global da assistência.

Ao perguntarmos aos trabalhadores como eles visualizam o usuário do serviço, de acordo com o depoimento da maioria, acreditam que ocorreu, nos últimos anos, mudança nas

características da população assistida, antes constituída de pessoas pertencentes a todas as classes sociais e hoje majoritariamente constituída pela classe pobre. Assim falam:

A maioria esmagadora dos pacientes são de nível social baixo, que não têm plano de saúde e precisam daquele ambulatório para consulta e acompanhamento. Aquela divisão do homem para mulher diminuiu muito. Hoje nós temos muitas mulheres com HIV, antes era 16x1 e hoje 2x1, então a gente vê muita mulher. (T.N.S. 8)

Logo no inicio era completamente diferente, até pela própria situação econômica e cultural. A gente tinha professor, estudante universitário, professor de línguas da UFC, então, eu vejo essa diferença. Tinha, ainda, pacientes com situação financeira um pouco melhor, com nível de educação melhor. Agora a gente vê que eles estão indo muito para o atendimento particular, os planos de saúde. Quem está mais aqui é aquele paciente mais carente. (T.N.S. 11)

Tem mudado um pouco. Antigamente a gente via pacientes de um nível sócio-cultural mais elevado. Hoje a gente vê pacientes de um nível sócio-cultural mais baixo. (T.N.S. 12)

No início da epidemia de HIV/AIDS, na década de 80 do século XX, aconteceram no Estado do Ceará os primeiros casos de contaminação pelo HIV e de AIDS, sendo o serviço pesquisado o único que atendia os indivíduos vitimados pela epidemia, já que é referência no tratamento e acompanhamento de doenças transmissíveis do Estado. Devido ao desconhecimento sobre a patogenicidade do vírus e sobre a nova síndrome, à época, havia certa resistência de outros serviços, tanto públicos como privados e dos planos de saúde, em atender os indivíduos vitimados pela síndrome. Com o passar dos anos, houve avanços no conhecimento das características específicas do vírus e da AIDS, bem como na legislação que passou a obrigar tanto planos de saúde como outros serviços a atenderem essa clientela. Estes são os principais fatores responsáveis pela pauperização da clientela que atualmente procura o serviço especializado, fato este que aparece nos discursos anteriores. A classe média-alta, que inicialmente tinha que se dirigir também àquele serviço, passou a buscar atendimento em

consultórios particulares e/ou serviços conveniados com os planos de saúde. Isso corresponde ao que tem sido convencionado denominar de pauperização da epidemia de HIV/AIDS.

Consideramos que as pessoas não estão sob o mesmo risco ou apresentam o mesmo grau de vulnerabilidade à infecção pelo HIV. Fatores como o empobrecimento da população, falta de acesso a serviços de saúde, o acometimento por patologias decorrentes da fome, entre outros, devem ser considerados para o entendimento da epidemia.

A pauperização e a feminilização são características da epidemia na América Latina, o que tem forte impacto nas comunidades e entre os grupos sociais que vivem à margem da sociedade e se encontram sujeitos a diversas formas de opressão e exploração. A concentração de renda no Brasil é a principal forma de violência estrutural praticada pelo Estado constituído, levando à opressão de pessoas e grupos, negando-lhes bens e oportunidades, tornando-os vulneráveis às mazelas sociais, ao sofrimento e à morte. A violência estrutural mostra uma sociedade de democracia aparente, que apesar de possuir leis que garantem teoricamente liberdade e igualdade entre os cidadãos, na prática não garantem a todos o pleno acesso a seus direitos. Com isso, institui-se um processo seletivo com o poder de decidir quais os cidadãos que desfrutarão do bem-estar social e os que se juntarão à grande massa de excluídos (ABIA, 2000; CÁCERES, 2000)).

Para Demo(1985), a desigualdade social torna a sociedade um fenômeno estruturalmente dinâmico e definitivamente provisório. O ser social como ator político na história não é o que perturba a estática, mas é parte integrante da estrutura histórica. É necessário um processo profundo de conquista popular e de formação de uma base com consciência crítica para que se possa mudar este quadro social.

Entretanto, outros discursos mostram que a demanda do serviço especializado compõe-se, também, de pessoas de outras classes sociais:

Tem uns que têm condições financeiras boas, outros são pobres mesmo. De um certo tempo para cá, tem muito rico, tem muito pobre, é uma misturada danada. (T.N.M.1)

Aqui é tudo misturado, tem pobre, tem rico. Um tempo desses, era mais homossexual, mas agora eu acho que tem mais mulher. (T.N.M.3)

O paciente de HIV que vai utilizar medicação do governo ele precisa ser cadastrado no ambulatório de HIV mesmo que seja acompanhado em clínicas privadas, eles passam pelo ambulatório tem que ter uma consulta, então no ambulatório a gente vê pessoas de nível alto porque tem HIV e é difícil você comprar aqueles medicamentos todos, porque sai muito caro mensalmente para o paciente. (T.N.S.8)

O nosso usuário é aquela pessoa pobre. Agora tem pessoas com a condição socioeconômica melhor que vem aqui também por conta dos anti-retrovirais, mas os que são acompanhados mesmo aqui são pessoas pobres, humildes, carentes. (T.N.S. 14)

Para essas trabalhadoras, (ou esses trabalhadores) muitos indivíduos pertencentes à classe média e alta procuram o hospital para se inscrever no programa de distribuição dos anti-retrovirais. Muitos são acompanhados em consultórios particulares, mas, devido ao alto preço da medicação e ao tempo prolongado de uso, torna-se inviável e muito oneroso o tratamento. Confirmamos essas afirmações pelas observações diárias no serviço, em que pudemos evidenciar várias inscrições de indivíduos com planos de saúde e que eram acompanhados em serviços particulares.

A distribuição gratuita e de forma universal dos anti-retrovirais combinados e de última geração aos indivíduos com HIV/AIDS é realizada no Brasil, desde 1996, pelo Ministério da Saúde, através da rede pública de serviços. Como são medicações caras e que precisam ser usadas diariamente, muitos indivíduos, mesmo aqueles com elevada situação financeira, recorrem aos serviços públicos para recebê-las. Para facilitar a distribuição, aquisição, controle, dispensação, estoque e o cadastramento de clientes nas instituições de saúde, foi criado o sistema informatizado de controle logístico de medicamentos (SICLOM).

Para se inscrever neste sistema, o indivíduo precisa ser cadastrado em uma unidade dispensadora, mesmo que não faça acompanhamento da doença ali. Assim, muitos indivíduos de classe média alta comparecem a este serviço, apenas para receber os medicamentos, fazendo o acompanhamento em clínicas e consultórios particulares (Ação anti AIDS, 2000).

Vários trabalhadores entrevistados também visualizam os usuários como pessoas diferenciadas quanto à percepção e defesa de seus direitos. Vejamos alguns de seus discursos:

Acho que são pessoas que estão tendo consciência da importância de ser bem tratadas. Elas reclamam quando não têm um atendimento que acham que deveriam ter. Eu acho isso positivo. Eu acho que tem que reclamar mesmo, se a camisinha não está boa, se o atendimento não foi feito. Eu acho que eles reclamam bastante, porque eu vejo lá na ouvidoria. Por que aqui nós temos uma ouvidoria. É um canal de reclamação que eles podem fazer reclamação formal sobre uma pessoa específica e lá eles têm como saber encaminhar esta reclamação e também a gente escuta nos corredores. (T.N.S.4)

Às vezes as reclamações são mais agressivas, mas eu acho que eles lidam com tanta dificuldade, se a gente não compreender... a gente não está aqui para fazer julgamentos. (T.N.M.4)

É um paciente que não fica calado também. Eles reivindicam as coisas, eles não se calam. E eu acho que é uma característica do portador do HIV. Não sei se devido a alguma influência de algumas lideranças que eles têm na história da infecção pelo HIV, se isso foi passado pelos demais. Mas a gente percebe que apesar de serem pessoas pobres, carentes, eu não sei dizer assim... em termos percentuais, mas eles são conscientes dos direitos deles como pacientes (T.N.S. 14).

Entendemos que um dos fatores que explicam porque muitos indivíduos com HIV/AIDS se portam de forma mais crítica e em defesa de seus direitos é o fato de participarem de organizações não governamentais(ONGs) vinculadas ao trabalho de amparo social, bem como de conscientização política e sobre prevenção e tratamento aos vitimados pela epidemia.

Para Silva (1998), uma das características de uma ONG/AIDS é o fato dela ser organizada e mantida por indivíduos atingidos pela epidemia, gerando novas formas de atuação política. Ressalta que, independente da sorologia dos ativistas, a luta em defesa das pessoas com soropositividade para o HIV é um princípio que organiza aquele coletivo, cria matrizes de solidariedade, oferece, ainda, respostas aos preconceitos e às discriminações, contribuindo para reforçar a auto-estima e para manter e/ou exigir o reconhecimento dos direitos e da cidadania das pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Os discursos, acima, revelam as contradições diárias da realidade de um serviço que, embora mantenha sua normalidade, é contraditória no sentido dos conflitos gerados por usuários insatisfeitos.

Há uma trabalhadora que, discordando dos discursos anteriores, menciona em sua fala:

É um usuário mais pobre, mais carente, um usuário com poder de discurso, de percepção mais precário (...) é um usuário mais carente, com menos poder de crítica, de se colocar, de escolher. Esse papel de ter escolhas é quando você tem um leque maior, um poder de cognição melhor, para perceber quem você é e poder escolher essas questões de saúde. Eu acho que é um outro patamar. A gente está com clientes ainda primários, com aquelas necessidades primárias que não estão supridas ainda. (T.N.S.1)

Consideramos que este depoimento se configura na realidade histórica da maioria dos usuários dos serviços públicos de saúde que, devido o baixo nível social e econômico, mantêm uma normalidade dialética reprimida, são massa de manobra que se privam do potencial emancipador, se configurando em objeto de cuidados e material de espoliação.

Outros trabalhadores, ao descrever o usuário, se reportaram à situação inicial da descoberta da contaminação e suas consequências. Assim falam:

A grande maioria da nossa clientela já vem com muito sofrimento clínico. É essa a clientela que a gente atende, pobre, que não tem recursos, e com a descoberta do HIV, a gente raciocina que muitas coisas vão dificultar ainda mais, porque o preconceito vai existir. Então aquela pessoa que está empregada, perde o emprego porque o preconceito é muito grande, a discriminação é muito grande. Então aquela pessoa, na hora que precisa mais ter um recurso financeiro, vai ficar com uma mão na frente e outra atrás. (T.N.S.13)

Eu vejo o usuário muito carente, tanto emocionalmente, como financeiramente, cercado de questões dolorosas e de preconceito(...). Eu olho para alguns deles e fico me perguntando como eles conseguem viver. São tantas coisas difíceis, tantas adversidades que as pessoas que a gente atende aqui enfrentam, que eu acho admirável como eles conseguem viver. (T.N.S.4).

De acordo com os discursos, o sofrimento e a discriminação que sofrem estes indivíduos, principalmente quando da descoberta da contaminação pelo HIV/AIDS, interferem no curso normal de suas vidas. A epidemia de HIV/AIDS desde o início de sua aparição tem-se mostrado como um poderoso fator de discriminação. O preconceito e a intolerância se encontram estampados nos discursos e nas propagandas que condenam estes indivíduos, considerando-os sem utilidade para o desenvolvimento social. Verifica-se, ainda, a divisão entre os contaminados por conta da homossexualidade, da prostituição e das drogas e os contaminados pelos maridos, crianças e hemofílicos, sendo estes últimos, socialmente, mais aceitos.

O estigma e a discriminação acompanham diariamente os indivíduos com HIV/AIDS, afetando o acesso aos serviços de saúde e ao emprego, e influenciam efetivamente na forma como estes são tratados pela comunidade, por grupos sociais e pela família (Ação anti AIDS, 2001).

Outros trabalhadores ao caracterizar o usuário comentam a forma como estes se portam no serviço e o que representa o atendimento para estes. Assim falam:

Eu acho que o usuário aqui, de certa forma, tem regalia em relação a outros hospitais. Por que o que fazem naqueles hospitais da prefeitura ou no hospital geral, é o pessoal se matando, é uma coisa desumanizante, de quem precisa mesmo. (T.N.S.3)

O usuário ele é mal acostumado, ele foi mal acostumado. No começo a gente tinha poucos pacientes e em 96, muitas pessoas tiveram que ser cadastradas, tiveram que procurar o hospital.... eles não vem às consultas, se atrasam, deixam de tomar as medicações, porque não era o dia da consulta ele não vem buscar (...) Então eles são mal acostumados e mal educados nesse sentido. (T.N.S.15)

participação da comunidade

Encontramos, nestes discursos, características que descrevem alguns usuários como mal educados, que não levam a contento seu tratamento, sendo indiferentes a horários de consultas e de tomadas de medicações, demonstrando total descaso pelo serviço.

O adiamento ou a recusa do cumprimento da prescrição dos anti-retrovirais deve ser analisado a partir do processo de aceitação do indivíduo quanto a sua doença e a percepção de si como sujeito no tratamento da doença. O fato do indivíduo soropositivo sentir-se paciente no processo da assistência remete a uma situação de marginalidade e de indiferença, estabelecendo uma relação de tutela com o médico que oferece a assistência sob a forma de cuidados, exames e prescrições, cobrando obediência, definindo normas e remédios a serem tomados. (Guimarães & Acurcio, 1999)

Podemos inferir, ainda, destas falas que o trabalhador imputa a alguns clientes o fracasso na continuidade do tratamento, visto como uma falha apenas do cliente e não do profissional, que pode ter falhado na relação profissional-cliente. É necessário que o trabalhador esteja sensível à compreensão das situações que envolvem os comportamentos verificados, reveja sua prática e conheça suas deficiências, antes de atribuir as falhas do processo ao cliente ou tentar achar culpados pelo fracasso do tratamento.

Analizando o outro discurso verificamos que o trabalhador se refere ao tratamento recebido por este paciente, no serviço, como sendo uma regalia, já que foge à rotina da

maioria dos serviços públicos de saúde, ou seja, é obrigação do serviço público tratar mal e quando atende bem é considerado regalia, vantagem, em fim é privilégio e não obrigação se ter um bom atendimento no serviço público de saúde.

Podemos concluir que os indivíduos com HIV/AIDS assistidos no serviço, de acordo com os trabalhadores, são caracterizados por pertencerem à classe econômica baixa, alguns possuem certo poder de barganhar por um serviço de qualidade estando ligado a sua participação em outras organizações que lutam por esses direitos, outros são limitados e passivos à situação e ao serviço, são, ainda, vítimas da discriminação social o que faz com que muitos se portem como mal educados e algumas vezes agressivos.

Entendemos de acordo com Campos (2000: p219), que “os usuários devem ser vistos como cidadãos de direito e donos de uma capacidade crítica de reflexão e de eleição mais autônoma de modos de levar a vida”.

Os trabalhadores precisam conhecer o usuário e considerá-lo como sujeito do seu tratamento, entender as situações que envolvem a contaminação pelo HIV tais como discriminação, as mudanças na rotina, a fragilidade social pela perda do emprego entre outras já comentadas. Isto irá favorecer um melhor relacionamento entre profissional e cliente, consequentemente uma melhor assistência e um serviço público digno e de qualidade, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde. Para isso é necessário ainda que os usuários se portem como sujeitos do seu tratamento e que as contradições operantes nesse processo consigam transformar essa prática.

5. O TRABALHO NO SAE: *o Núcleo e o Campo dos Saberes no Processo de Trabalho em HIV/AIDS*

Buscamos nesta sessão analisar o trabalho realizado no cotidiano do SAE, o núcleo e o campo de atuação dos trabalhadores, a finalidade do trabalho, os saberes e suas articulações, bem como a organização e o controle do processo de trabalho.

Segundo Campos (2000: p.220), para escapar do risco de isolamento e da fusão desordenada de certos saberes e práticas a “institucionalização dos saberes e sua organização em práticas pode se dar mediante a conformação de núcleos e de campos”. Entende-se como núcleo uma aglutinação de conhecimentos que demarca e identifica uma área de saber e de prática profissional. Já o campo seria um espaço de limites imprecisos, em que cada disciplina e profissão buscara em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas, seriam os saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades. Assim, esse autor esclarece que essa nova forma de organização do trabalho na equipe de saúde representa ficar entre a especialização e a polivalência.

Acrescenta o autor que, nesta forma de organização, tanto o núcleo quanto o campo seriam mutantes e se interinfluenciariam, não sendo possível detectar limites precisos entre um e outro. No entanto, no núcleo haveria uma aglutinação de saberes e práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar. O núcleo é percebido através do que definem como atividades específicas os conselhos profissionais das disciplinas específicas de cada categoria e que formam um dado profissional. O campo é mais aberto, em geral, definido a partir do contexto em que operam certas categorias de trabalhadores.

Os conceitos de campo e de núcleo de competências fornecem subsídios importantes para a análise, compreensão e operacionalização de intervenções no âmbito da interdisciplinaridade. Estes conceitos permitem considerar simultaneamente as especificidades que conformam cada categoria de trabalhador ou área e suas articulações

possíveis dentro dos espaços definidos por demandas complexas, que extrapolam as fronteiras estabelecidas pelos núcleos de determinadas profissões (Furtado, 2001).

A partir deste entendimento e visualizando a prática desenvolvida no SAE por cada categoria de trabalhador, constatamos ser possível diferenciar e agrupar os diferentes campos e núcleos de saberes ali identificados, bem como as relações entre estes. Foram agrupadas como atividades que compõem um núcleo profissional aquelas apontadas pelo trabalhador como específicas de sua categoria e como atividades que compõem o campo aquelas apontadas por eles como coletivas, podendo ser realizadas também por outras categorias profissionais.

5.1. O Núcleo e o Campo de Trabalho das Enfermeiras no SAE

As enfermeiras expressaram-se sobre as atividades que realizam do seguinte modo:

Coletivo seria o aconselhamento que outras equipes fazem. E meu, específico, só eu faço, a consulta de enfermagem, só eu oriento. O coletivo é formal, mas na prática cada um coloca sua visão naquilo, mesmo ele sendo compartilhado por outra categoria. (T.N.S.1)

A consulta de enfermagem e o PPD só quem faz é a enfermeira. A psicóloga pode até fazer a consulta, mas é a consulta dela, já o aconselhamento, a psicóloga, a enfermeira e assistente social podem fazer. O médico não faz porque acha que não tem tempo. (T.N.S. 2)

Fazer coletivo tem o aconselhamento, entrega de preservativo. Específico tem o PPD, o eletrocardiograma, consulta de enfermagem, quimioterapia, imunoglobulina, Reação de Monte Negro. (T.N.S. 5)

O que é específico da enfermagem mesmo é o desenvolvimento da consulta de enfermagem e esse coletivo é mais o acompanhamento que a gente desenvolve aqui, esses atendimentos que a gente faz em conjunto como o aconselhamento. (T.N.S. 14)

Os discursos acima confirmam o que constatamos na observação do trabalho realizado pelas enfermeiras, em que se destacam como núcleo de suas atividades a consulta de enfermagem, a realização de testes cutâneos PPD e Reação de Montenegro e atividades de

possíveis dentro dos espaços definidos por demandas complexas, que extrapolam as fronteiras estabelecidas pelos núcleos de determinadas profissões (Furtado, 2001).

A partir deste entendimento e visualizando a prática desenvolvida no SAE por cada categoria de trabalhador, constatamos ser possível diferenciar e agrupar os diferentes campos e núcleos de saberes ali identificados, bem como as relações entre estes. Foram agrupadas como atividades que compõem um núcleo profissional aquelas apontadas pelo trabalhador como específicas de sua categoria e como atividades que compõem o campo aquelas apontadas por eles como coletivas, podendo ser realizadas também por outras categorias profissionais.

5.1. O Núcleo e o Campo de Trabalho das Enfermeiras no SAE

As enfermeiras expressaram-se sobre as atividades que realizam do seguinte modo:

Coletivo seria o aconselhamento que outras equipes fazem. E meu, específico, só eu faço, a consulta de enfermagem, só eu oriento. O coletivo é formal, mas na prática cada um coloca sua visão naquilo, mesmo ele sendo compartilhado por outra categoria. (T.N.S.1)

A consulta de enfermagem e o PPD só quem faz é a enfermeira. A psicóloga pode até fazer a consulta, mas é a consulta dela, já o aconselhamento, a psicóloga, a enfermeira e assistente social podem fazer. O médico não faz porque acha que não tem tempo. (T.N.S. 2)

Fazer coletivo tem o aconselhamento, entrega de preservativo. Específico tem o PPD, o eletrocardiograma, consulta de enfermagem, quimioterapia, imunoglobulina, Reação de Monte Negro. (T.N.S. 5)

O que é específico da enfermagem mesmo é o desenvolvimento da consulta de enfermagem e esse coletivo é mais o acompanhamento que a gente desenvolve aqui, esses atendimentos que a gente faz em conjunto como o aconselhamento. (T.N.S. 14)

Os discursos acima confirmam o que constatamos na observação do trabalho realizado pelas enfermeiras, em que se destacam como núcleo de suas atividades a consulta de enfermagem, a realização de testes cutâneos PPD e Reação de Montenegro e atividades de

suporte ao Hospital-Dia como aplicação de imunoglobulina, de quimioterapia, realização de eletrocardiograma e aplicação de vacinas. Como atividades de campo emergiram o aconselhamento pré-teste e o pós-teste para o HIV, entrega de preservativos às pessoas acompanhadas no serviço, orientação sobre o uso de anti-retrovirais, orientação a alunos de graduação e a familiares de pacientes.

É importante acrescentar também os trechos dos discursos em que as enfermeiras apontam as atividades com as quais elas mais se identificam:

Eu entendo o aconselhamento, não só soluções de problemas para o cliente, eu acho que o aconselhamento é uma coisa tão mais ampla, tão mais fantástica, que trabalha a prevenção, que trabalha o indivíduo como um ser, como pessoa. Eu acho a consulta, também, fundamental. (T.N.S. 1)

Todas são importantes, mas esse momento que eu tenho com o paciente, na consulta, é o que eu acho mais importante. O aconselhamento, eu acho, também, que é importante, as outras atividades são mais rápidas. (T.N.S. 2)

O momento da consulta de enfermagem, onde você lida com o paciente, tira dele todas as angústias e dá o suporte psicológico, tem ainda a confiança que acaba adquirindo entre enfermeiro e paciente. O paciente entra angustiado e sai aliviado. (T.N.S. 5)

Tem duas atividades importantes ... eu acho assim ... a realização do aconselhamento que é o primeiro momento que a gente tem com o paciente (...) quer dizer, antes do exame e depois do exame, e a consulta de enfermagem, que eu acho assim essencial, acho assim muito importante mesmo no desenvolvimento das nossas atividades a nível ambulatorial. (T.N.S. 14)

Verificamos nos discursos que a consulta de enfermagem e a prática do aconselhamento são as atividades que mais identificam as enfermeiras enquanto categoria. É surpreendente verificar que as enfermeiras se identificaram e valorizaram não só atividades que compõem o núcleo, mas também o aconselhamento, uma atividade que compõe o campo, atividade esta que também é valorizada por outros trabalhadores. Imaginávamos que elas iriam valorizar as atividades de núcleo.

Leopardi et al. (1992) referem que quando os enfermeiros falam sobre seu trabalho, revelam pelo menos duas tendências: uma que privilegia o trabalho individualizado e especializado tecnicamente e outra que privilegia uma visão coletiva, na qual o trabalho é dividido com outras categorias, determinado pela instituição e parte do processo de assistência à saúde. Além disso, os autores afirmam que existe uma tendência, entre os enfermeiros, a se sentirem gratificados somente quando estão junto ao paciente, na assistência direta. O que, na assistência em HIV/AIDS, pode ser propiciado tanto no momento da consulta, como do aconselhamento.

A identificação, também, com o aconselhamento, demonstra que nesta área específica de atuação, onde o saber está em construção, as enfermeiras têm uma postura flexível, o que possibilita a realização de um trabalho interdisciplinar. Entendemos flexibilidade, de acordo com Peduzzi (2001), como a coexistência de ações privativas das respectivas áreas profissionais e ações que são executadas, indistintamente, por agentes de diferentes áreas de atuação. Ou seja, os profissionais realizam intervenções próprias de suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintas áreas.

A consulta de enfermagem é uma atividade que exige julgamento e decisão a nível de formação profissional, através da qual são identificados problemas de saúde e doença para implementação de medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, recuperação ou reabilitação do cliente, da família ou da comunidade.

A qualidade da consulta de enfermagem realizada com a clientela está na dependência da capacitação específica do profissional, pelo conhecimento, aceitação e normalização desta atividade pela instituição.

Portanto, é compreensível a valorização da consulta de enfermagem e do aconselhamento, pelo que já foi dito e, ainda, por ser a consulta de enfermagem uma atividade privativa do enfermeiro, que está prevista na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem desde 1986. É importante lembrar que há cerca de 15 anos vem ocorrendo uma mobilização significativa da categoria tentando implantar, documentar e dar visibilidade à consulta de enfermagem nos serviços, pois há o entendimento de que a mesma dá maior valorização e autonomia aos enfermeiros. No próprio SAE houve mobilização das enfermeiras para implantar formalmente a consulta de enfermagem. Até 1998 a consulta era realizada de forma verbal e sem registro. Atualmente é registrada em um formulário próprio, que foi elaborado a partir de adaptações feitas de um protocolo baseado na teoria do auto-cuidado de Orem, e integra o prontuário do paciente.

A valorização e identificação com o aconselhamento, por sua vez, é compreensível, tendo em vista sua definição:

Como um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente e pressupondo a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores visando ao resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação (BRASIL, 1999).

No âmbito da epidemia de HIV/AIDS, o processo de aconselhamento contém três componentes: o apoio emocional; educativo; e avaliação de riscos, que propicia a reflexão sobre valores, atitudes e condutas incluindo o planejamento de estratégias de redução de riscos. O aconselhamento pauta-se em uma relação de confiança entre profissional e clientes e se estabelece por meio da atitude de escuta e de uma comunicação clara e objetiva (CN-DST/AIDS, 1997).

Embora sendo uma atividade que compõe o campo, se realizado conforme está previsto, o aconselhamento é uma referência importante para o trabalho com HIV/AIDS, na medida que propicia uma relação de confiança entre profissional e usuário, e torna o indivíduo sujeito no processo de prevenção e no cuidado de si.

5.2. O Núcleo e o Campo de Trabalho das Assistentes Sociais

Para as trabalhadoras do serviço social está clara a divisão das atividades entre as específicas da categoria e aquelas que, também, podem ser realizadas por outros profissionais. Assim, falam:

O que é comum é a entrega de preservativo e o aconselhamento. O que é específico, é exatamente esse tipo de ajuda que a gente dá, que a gente faz, orientar, encaminhar para outras instituições e problemas de benefícios. (T.N.S.3)

Dentro do serviço social uma coisa que a gente trabalha que é bem específico do serviço social é a entrevista individual que também é feita por outros profissionais, mas só que é diferente, porque a gente busca mais avaliação das questões sócio-econômicas e, também, das relações interpessoais dele, como também das relações familiares. Então a gente busca isso e no trabalho de grupo também, a gente procura a socialização, a maior integração deles. Isso a gente trabalha na universidade. O coletivo, que eu vejo, uma prática que é de todos aqui é o aconselhamento. O aconselhamento contempla o nosso trabalho, porque aqui ele é direcionado para questão do HIV/AIDS, de dar o apoio, de aliviar o stress de quem recebe o resultado positivo. (T.N.S.11)

De acordo com os discursos acima, no trabalho das assistentes sociais, podemos agrupar como atividades de núcleo os atendimentos aos soropositivos visando à orientação e acesso aos diversos benefícios, o trabalho com grupos e os encaminhamentos dos clientes para outras instituições. Compõem as atividades de campo do serviço social o aconselhamento pré-teste e pós-teste, a entrega de preservativos, orientações a famílias e a alunos de cursos de graduação.

O trabalho com grupos aparece como núcleo, embora saiba-se que esta atividade pode ser desenvolvida por outras categorias profissionais, o que a aproxima mais do conceito de campo. Mas para efeito desta pesquisa a classificamos como núcleo porque na realidade do SAE constatamos que apenas as assistentes sociais desenvolvem tal atividade com regularidade e só elas a apontam como núcleo.

Os discursos abaixo demonstram com que atividades as assistentes sociais mais se identificam:

Bom, eu acho que todas são importantes porque a gente fala da questão do benefício, e as pessoas não são orientadas acerca de seus direitos. A gente nunca tem consciência dos direitos da gente, tem dos deveres, às vezes, mas não tem dos direitos. A gente não tem formação para isso. O trabalho preventivo eu acho muito importante. (T.N.S. 3)

Eu gosto do trabalho no grupo. Eu acho que permite a gente discutir mais as questões relacionadas ao cotidiano das pessoas com HIV, como as questões relacionadas à finitude, à sexualidade e também o momento, assim, inicial deles, dá um apoio, para fortalecer nessa caminhada que vai ser viver com o HIV. (T.N.S.11)

Verificamos uma forte tendência desse grupo em valorizar as atividades de núcleo, apesar da referência feita ao trabalho preventivo realizado na atividade de aconselhamento e que está ligado ao campo, o que demonstra, de certa forma, a dificuldade dessas trabalhadoras em abrir mão de seus espaços profissionais, bem como, de um trabalho interdisciplinar.

No entanto, tal como as enfermeiras, também as assistentes sociais valorizam o aconselhamento, apontando do mesmo modo para uma tendência de valorização do trabalho cooperativo e interdisciplinar.

O trabalho do serviço social torna-se cada vez mais complexo e, especificamente neste serviço, não está reduzido ao estabelecido pelas condições estruturais da instituição, haja visto o trabalho realizado com grupos, mesmo sem qualquer apoio material do serviço. No entanto, ele precisa se apresentar como um saber estratégico que necessita situar-se num contexto

político global e num contexto institucional particular, visualizando as relações de saber e poder. Para alcançar seus objetivos o trabalhador social como integrante de uma equipe de saúde necessita interagir com outros trabalhadores, valorizar tanto o saber de seu núcleo como o saber de campo e reforçar o trabalho em equipe.

Concordamos com Peduzzi (2001), segundo a qual o trabalho em equipe não pressupõe abolir as especificidades dos trabalhos, já que as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção, o que para o trabalho em HIV/AIDS é fundamental por ser um saber ainda em construção.

O desafio das trabalhadoras do serviço social e outros trabalhadores deste serviço, consiste justamente na reorientação de seu cotidiano de acordo com a correlação de forças existentes, para facilitar seu acesso aos recursos disponíveis, ao poder de decisão e autonomia, em um processo de acumulação de forças capaz de se traduzir contra o sistema hegemônico operante.

5.3. O Núcleo e o Campo de Trabalho das Psicólogas

As psicólogas expressam-se sobre o trabalho que realizam no SAE:

Eu vejo o aconselhamento dessa forma, ele é com a equipe, mas cada profissional, cada categoria, põe o seu olhar. Então o aconselhamento que é feito pela psicóloga, enfermeira e assistente social, ele tem um eixo comum, mas ele tem também aquele olhar particular. A gente põe um olhar particular, dentro de uma atividade que é coletiva . O aspecto de apoio emocional, que é bem específico mesmo, é mais voltado para a psicoterapia.(T.N.S.4)

O coletivo é o aconselhamento que todo mundo faz, já o específico é realmente, o acompanhamento psicológico .(T.N.S.13)

Dentre as atividades realizadas pelas psicólogas, acrescentamos àquelas que emergiram dos discursos as que foram por nós observadas. Como núcleo tivemos o atendimento psicológico de clientes que têm o HIV, extensivo aos companheiros e familiares e como de campo constatamos aconselhamento pré-teste e pós-teste, entrega de preservativos, orientações à família e acompanhamento de alunos de graduação.

Quanto as atividades com as quais mais se identificam como categoria:

Eu sinto quando eu vou entregar um exame positivo, que eu acho que é quando pesa mais em relação ao paciente, é assim como você dar um certo suporte àquele paciente, como ele vai agüentar aquela barra daqui para adiante. Acho que nesse ponto o psicólogo é essencial. Ele vai mostrar outros prismas, que talvez aquela pessoa, naquele momento, não esteja conseguindo enxergar. (T.N.S. 4)

O atendimento psicológico em si, porque trabalhar com AIDS requer este suporte, eu acho que é o que está deficiente aqui. Quando eu descubro que estou com HIV, mexe com minha sexualidade, mexe com eu como pessoa, minha existência, minha finitude. Então são coisas que estão muito ligadas ao suporte psicológico, então eu acho que esse é um serviço muito importante, unido aos outros, eu acho que tem uma contribuição muito grande. (T.N.S.13)

Verificamos que as psicólogas têm tendência a valorizar mais o que já apontamos como o trabalho de núcleo, ou seja, o atendimento psicológico. Verificamos que, mesmo quando se reportam à atividade de aconselhamento, que é o campo comum também às enfermeiras e assistentes sociais, tentam ressaltar como mais importante sua atuação como psicólogas sobre a psicodinâmica do indivíduo atingido pelo HIV.

Observamos, ainda, na forma de agir desse grupo de trabalhadoras, que apesar da valorização do seu núcleo, existe uma disposição e um desejo de estar em interação com outros trabalhadores, como uma forma de fortalecer os distintos trabalhos.

5.4. O Núcleo e o Campo do Trabalho Médico

As atividades médicas relatadas foram:

O específico é a formação. O outro profissional não pode fazer aquilo que eu faço e vice-versa. Agora uma coisa que é comum aqui do ambulatório, que pode ser feito, é o saber ouvir, que é formalizado, só não pela categoria médica, pela história do grande vilão da demanda. Porque se eu prescrevo, se eu examino, se eu ausculta, se escuto as queixas, porque que eu vou ouvir, se tem mais gente me esperando. O paciente já sabe que a psicóloga, a enfermeira e assistente social vão ouvir mais. (T.N.S.6)

Olha, o coletivo... eu posso chegar e meu paciente não estar pesado e eu posso pesar. O médico pode medir pressão e a enfermeira também, mas a consulta de enfermagem eu não posso fazer e nem a enfermeira pode fazer a do médico. (T.N.S.7)

O trabalho do médico é um trabalho muito importante, porque se houver uma boa relação médico e paciente, o paciente fica mais aderido ao tratamento. Então, aquilo que o médico recomenda, aquilo que o médico diz e determina, tudo isso interfere demais no tratamento do paciente. O fazer coletivo é você trabalhar integradamente, você seguir as normas e rotinas da equipe, da instituição. (T.N.S. 9)

O diagnóstico clínico é a coisa que a gente faz mais independente. Em relação a fazer o tratamento, a prescrever o medicamento, dizer como é que toma, eu até prescrevo, aí eu vou ensinar ele a tomar que é o mais difícil. (T.N.S.12)

O coletivo é a gente trabalhar pelo grupo todo, pelos pacientes de uma maneira geral, tendo uma rotina e o individual é eu sentar mais esse paciente. (T.N.S.15)

De acordo com os discursos acima, no trabalho dos médicos, podemos agrupar como atividades de núcleo as consultas clínicas visando a prescrição da medicação, exame físico. A partir das observações realizadas podemos incluir nesta categoria também a solicitação de exames para controle de CD4 e carga viral. Compõe as atividades de campo da categoria médica o acompanhamento de alunos. Apesar de um dos discursos citar atividades de pesar, medir, verificação de pressão, entre outras, como sendo do campo desta categoria, constatamos que no serviço eles não as fazem com freqüência. Percebemos nos discursos

certa dificuldade dessa categoria em definir, principalmente, as atividades ligadas ao campo, já que no serviço estes trabalhadores, em geral, se limitam a atividade de núcleo.

As atividades de núcleo foram citadas nos discursos como muito importantes para o que os entrevistados supõem deve ser o trabalho do médico. Em nossas observações verificamos que, tendo em vista a demanda que acorre ao serviço e dado o número reduzido desses trabalhadores, fica inviável para eles desempenharem atividades de campo como aconselhamento, entre outras, citados por outras categorias profissionais. No entanto, é preciso que esta categoria esteja sensibilizada para a importância das atividades de campo e possam, de forma integrada, estarem discutindo a implementação de ações conjuntas ou referenciadas com outros categorias de trabalhadores, de forma a contemplar toda a especificidade e a complexidade da assistência ao indivíduo com HIV e AIDS.

Observamos, ainda, que, em geral, os médicos mostram-se pouco interessados sobre tudo o que se passa no SAE, para além dos limites estritos de suas obrigações. Praticamente todo tempo que passam no serviço é empregado nas consultas de pacientes, sendo, via de regra, pouco produtivo obter sua participação em qualquer outra atividade. No entanto, desempenham seu trabalho de núcleo com notável interesse, mostrando compromisso efetivo com o que fazem, mostram-se tecnicamente atualizados e as consultas são realizadas em clima de respeito e desenvolvidas utilizando tempo suficiente para a escuta de problemas, anamnese com ênfase no exame físico e identificação de sinais e sintomas e prescrição de medicamentos.

Os médicos que passam mais tempo no serviço, embora sejam minoria, diferenciam-se do conjunto dessa categoria por serem mais interessados e mais dispostos à participação eventual em outras atividades além da consulta.

Atividades que mais identificam os médicos como categoria:

Eu acho que o ambulatório é tudo que eu faço e eu não vejo nada que eu esteja fazendo aqui que seja desnecessário. (T.N.S. 7)

Eu acho que o próprio ambulatório de HIV eu gosto muito de fazer e as próprias atividades dentro do hospital, com os pacientes internados. Nós fazemos visitas com os estudantes, com os internos que são estudantes e com os residentes que estão fazendo especialização em infectologia e também eu gosto muito desta atividade de visitas com o estudante. (T.N.S. 8)

Eu acho que o acompanhamento ambulatorial, porque se você tiver um bom acompanhamento ambulatorial, se você conduzir bem o paciente, ele dificilmente vai se internar, ele dificilmente vai adoecer, a não ser que ele por si só não faça o tratamento correto. (T.N.S. 9)

Eu acho que o mais importante é você tentar conseguir manter o paciente com uma qualidade de vida boa. É assim, tentando acompanhá-lo da melhor maneira possível em relação ao tratamento, em relação ao paciente. Digamos que você faça ele se sentir realmente amparado. Não só do ponto de vista da doença, mas ele tem uma segurança de que ele não está sozinho, tem como ele contar com o hospital. Isso eu não digo só em relação a mim, mas contar com o serviço de uma maneira geral. (T.N.S. 12)

O que é essencial para o meu trabalho de médico é a consulta clínica. (T.N.S. 15)

Na verdade, é só o ambulatório de HIV. O que é essencial é a respeito do quadro clínico, psicológico e biológico do paciente, ou seja, ele está clinicamente e imunologicamente bem, se o CD4 dele vem se mantendo e se a carga viral dele vem reduzindo. (T.N.S. 16)

Os últimos discursos mostram que os médicos identificam-se essencialmente com as atividades que compõem o núcleo de saberes da categoria, cujo eixo é a consulta clínica e a prescrição do tratamento. As consultas clínicas são agendadas previamente e, em geral, os clientes permanecem com o mesmo profissional durante todo o acompanhamento que pode levar vários anos, possibilitando a criação de um vínculo maior entre estes.

Como ocorre a hipervalorização das consultas clínicas e do ato de prescrever, consequentemente, alguns médicos desvalorizam e até mesmo não se apercebem de um

conjunto importante de atividades de campo oficialmente previstas para serem desenvolvidas em um SAE e citadas anteriormente, porque são realizadas pelas enfermeiras, assistentes sociais e psicólogas.

Portanto, inversamente à disposição dos trabalhadores, os médicos têm pouca motivação para o compartilhamento de saberes e para o trabalho interdisciplinar. Está clara, ainda, a importância atribuída ao núcleo das atividades dessa categoria, tanto por eles, quanto pela coordenação do serviço, quando determina que atividades devem ser realizadas por qual categoria, reforçando o modelo clínico e os aspectos biológicos da infecção pelo HIV, convergindo com o contexto real em que acontecem a maioria das práticas de saúde.

5.5. O Núcleo de Trabalho dos Auxiliares de Enfermagem

As atividades que compõem o núcleo do trabalho das auxiliares de enfermagem são: preparar o cliente para a consulta de enfermagem, verificar sinais vitais e pesar os clientes, auxiliar o médico nos procedimentos de pequenas cirurgias, administrar medicações endovenosas e distribuir prontuários dos clientes a serem atendidos em cada dia nos consultórios médicos.

Quanto às atividades mais importantes e que as identificam como categoria, foram citadas:

Eu acho que é a administração de medicações, punção venosa, preparar um paciente para ser internado, organizar papelada. Eu acho que tem muita burocracia. Mas eu acho que me identifico mais quando eu vou preparar, assim, uma hidratação, uma medicação, administrar uma medicação. (T.N.M. 1)

É na administração da medicação, é o que eu gosto mais. (T.N.S. 2)

É da medicação do paciente. Às vezes, a gente até conversa com ele, procura dar um apoio psicológico(...) Eu me sinto muito bem em trabalhar aqui e dar essa assistência que eles precisam(...) E se todo mundo tivesse medo, como é que ia ser a situação do paciente, sem medicação, sem apoio? (T.N.M.3)

A identificação dos auxiliares de enfermagem com o trabalho no SAE é com o preparo e aplicação de medicações. Vale ressaltar que as auxiliares de enfermagem realizam atividades que outros trabalhadores até menos qualificados poderiam cumprir, como distribuir prontuários dos clientes a serem atendidos em cada dia, as quais na verdade constituem o campo de trabalho. É importante destacar que estas trabalhadoras se mostram satisfeitas com o trabalho que realizam.

A identificação das atividades que compõem o núcleo e o campo dos saberes de cada categoria permite-nos vislumbrar as aproximações e distanciamentos destas no cotidiano do processo de trabalho no SAE. Podemos, assim, afirmar, que o trabalho das categorias de trabalhadores se reproduz a partir de ações que caracterizam o núcleo e o campo de trabalho em HIV/AIDS, em que observamos certa disposição das trabalhadoras de enfermagem, do serviço social e da psicologia no compartilhamento do trabalho de campo e certo distanciamento do trabalhador médico, que se limita ao trabalho de seu núcleo profissional.

5.6. Finalidade do Trabalho no SAE

Ao perguntarmos aos trabalhadores qual a finalidade do seu trabalho no SAE, os discursos reforçam as duas visões do processo saúde–doença, que estão de acordo com os paradigmas do trabalho em saúde.

Assim, alguns trabalhadores falam que a finalidade do trabalho é:

É um trabalho curativo, a pessoa já vem contaminada e doente. É uma assistência curativa. (T.N.S.5)

É o acompanhamento dos pacientes com HIV ou AIDS, em termos do acompanhamento da infecção ou da doença, se já tiver caracterizado como doença. Sua evolução, início da terapêutica com os anti-retrovirais, acompanhamento de intercorrências clínicas ou relacionadas com medicação, devido aos efeitos colaterais. (T.N.S.8)

A finalidade é manter o paciente o mais estável possível, evitando as múltiplas internações e tendo uma boa resposta clínica aos antirretrovirais. (T.N.S.9)

É dar continuidade ao tratamento dos pacientes com HIV, orientando eles qual a melhor terapia que a gente usa, como não adquirir, como não transmitir a infecção, transmitir para eles a melhor forma, a melhor qualidade de vida que eles podem ter. (T.N.S.12)

Eu acho que a finalidade do meu trabalho é vigiar se os pacientes que estão sob a minha responsabilidade estão evoluindo no ponto de vista clínico, imunológico e biologicamente, se eles estão tendo uma boa adesão ao tratamento. E isso se refere não só à freqüência ao ambulatório, mas, também, a tomarem os medicamentos. (T.N.S.16)

Nesses discursos a finalidade do trabalho remete a uma atenção curativa, baseada na saúde como ausência de doença, ligada à importância da terapêutica medicamentosa como responsável pela qualidade de vida e saúde do indivíduo soropositivo. Isso deve-se às questões específicas da epidemia do HIV/AIDS, que por não ter cura, tem na terapêutica medicamentosa um forte aliado para o aumento da sobrevida dos indivíduos acometidos, já que esta responde à necessidade de controle da replicação viral e, concomitantemente, ao não aparecimento das doenças oportunistas.

No entanto, outro ponto a ser analisado é o fato dos discursos acima terem sido produzidos, em sua grande maioria, pela categoria médica, o que confirma ser o trabalho dessa categoria e, portanto do próprio serviço, baseado no paradigma biomédico da saúde, pela ênfase dada ao modelo clínico de assistir os indivíduos com HIV/AIDS.

Para Sayd (1999), abandonar essa ideologia médica é muito mais do que abandonar uma visão estreita e ultrapassada de Ciência. Seria abandonar uma visão de mundo, uma cultura, mesmo uma ética. Portanto, dizer aos trabalhadores de saúde que devem atentar para a não-mecanização de suas opções terapêuticas é sugerir que o médico vá não só contra suas próprias crenças cristalizadas e legitimadas por seus pares, mas, também, contra o desejo de

pacientes. É, portanto, falar para ouvidos surdos, pois raramente se abandona uma crença partilhada por uma verdade que implicará distanciamento do seu grupo nativo.

Assim, entendemos que a saúde e a enfermidade refletem uma teia de relações, particulares, ligadas aos indivíduos tomados somatopsíquicos e sociais, em sua complexidade real, em suas queixas, afecções, tristezas e alegrias, que devem ser levadas em conta por todos e sobretudo pelos médicos e profissionais de saúde.

No entanto, não são todos os trabalhadores que consideram que essa seja a finalidade de assistir os indivíduos com HIV/AIDS. Assim falam:

A finalidade é tentar dar uma boa oportunidade ao portador, que além de estar com a doença, tem, ainda, a pobreza - gente que necessita de conforto, de orientação. Ajudar no que for preciso, com informações, esclarecer aquelas pessoas da discriminação. Em geral, são pessoas bem discriminadas, pelo fato, também, da opção sexual delas. (T.N.S.3)

Atender as pessoas que têm HIV/AIDS, através do suporte psicológico e do aconselhamento. (T.N.S.4)

Eu acho que a finalidade é contribuir junto com a equipe do hospital. É tentar melhorar a vida dessas pessoas soropositivas e, de certa forma, tentar prevenir doenças mesmo. (T.N.S.12)

A finalidade é contribuir, junto com os demais profissionais, na informação e recuperação desses pacientes. A gente trabalha aqui tanto no nível primário de prevenção, como no nível secundário também. (T.N.S.14)

Sobressaem nesses discursos uma tendência à valorização dos aspectos sociais, psicológicos e humanos do processo saúde-doença, o que os aproxima dos movimentos ideológicos recentes no campo da Saúde Coletiva como a promoção da saúde.

Essa visão do processo saúde-doença vai além da perspectiva biológica e multicausal. Compreende-se este processo como sendo relacionado a determinações sociais e pela ação dos distintos sujeitos em suas relações entre si e na sociedade em que vivem, em espaço

sócio-político-econômico-culturais específicos, em tempos determinados e submetidos a condições de vida diferenciadas (Almeida et al, 1999).

Quanto à finalidade do trabalho ser ou não atingida, os trabalhadores assim se expressam:

Quando começam a fazer a medicação bem direitinho, sem faltar, eles melhoram. Quando o paciente começa a faltar, a gente já começa a ver que ele começa a piorar. E a gente mostra que quando eles faltam eles ficam pior. (T.N.M.1)

Acho que pelo que a gente nota, pelo acompanhamento de um paciente inicialmente sintomático com sintomas importantes, perda de peso, diarréia crônica, febre e com inicio do tratamento antiretroviral, o paciente se recupera, melhora seu quadro clínico, aumenta de peso, os sintomas desaparecem, se eles seguirem realmente a terapêutica que a gente manda. (T.N.S. 8)

Acho que sim. Eu não tenho isso mensurado em números, mas eu observo com o retorno, que meus pacientes não se internam tanto. A maioria está bem, está estável, faz um bom acompanhamento, é motivado, usa medicação regularmente, mas sempre tem aquela minoria que adere mal ao tratamento, ou então é paciente que já tem 6 ou 7 anos de acompanhamento e que não responde mais a nenhuma terapia. Infelizmente esses daí estão fora de possibilidade terapêutica, em qualquer serviço do mundo eles vão continuar se reinternando, vão continuar com alto risco de óbito pela AIDS. (T.N.S.9)

Eu acho que em 80% sim. Em outros pacientes, apesar do nosso esforço, eles não têm adesão e outros que, apesar do nosso esforço e da adesão, eles não têm uma boa resposta. Então, quer dizer, apesar dele tomar remédio, apesar da gente procurar fazer uma medicação que seja efetiva, a gente não está tendo uma resposta do ponto de vista nem clínica e nem laboratorial do paciente. (T.N.S.16)

A partir dos discursos acima podemos perceber que a finalidade do trabalho, no âmbito da terapêutica medicamentosa, é apenas parcialmente atingida, devido a fatores que independem do trabalhador da saúde, como a falta de adesão do cliente à terapia medicamentosa e porque alguns clientes já não respondem à terapia devido anos prolongados de uso.

Os discursos revelam, ainda, a limitação da terapêutica medicamentosa no acompanhamento do cliente com HIV/AIDS, já que existem outros aspectos que devem ser

considerados no processo de assistir esses indivíduos, ligados às questões psicológicas, sociais e culturais e ao modo de vida desses.

Outros trabalhadores também mencionam que a finalidade é parcialmente atingida, mas destacam outros aspectos:

Eu considero que sim. Tem portadores que vivem em um mundo alienado, de muita droga, de muito sexo e, quando eles se descobrem portadores, eles passam a ter uma visão de mundo diferente, ficam mais conscientes de seus direitos, passam a ter uma vida mais ativista e mais politizada. Então, eles passam a ter uma vida mais responsável consigo e com os outros. (T.N.S.3)

Se eu fosse levar em conta todas as pessoas que buscam o serviço, não. Eu acho que ainda é uma coisa que tem que caminhar, que tem que evoluir, desde a estrutura do serviço, o local do atendimento, até questões da própria pessoa. (T.N.S.4)

Não 100%, mas com algumas pessoas a gente consegue trabalhar a questão de sentimento, de informação e a gente consegue melhorar a auto-estima do paciente. (T.N.S.11)

Não 100%. Eu acho que, de certa forma, a gente acaba atingindo alguma coisa. Com toda dificuldade a gente consegue acompanhar um número grande de pacientes, consegue fazer com que eles se tratem, com que eles se cuidem. (T.N.S.12)

Apenas um percentual. Eu acho que quando o paciente também está disponível a se ajudar, você atinge. Os objetivos são alcançados com mais facilidade. Quando o paciente ainda está muito resistente, ai os objetivos podem ser alcançados, mas não tanto. (T.N.S. 13)

Eu acho que sim, apesar da gente saber que o trabalho é com uma doença que não tem cura, mas a gente consegue fazer com que esses pacientes se mantenham em um nível bom, tanto no aspecto emocional como no físico mesmo. (T.N.S.14)

Muitas vezes sim, porque existe uma série de fatores que isso depende, entre eles, o nível socioeconômico da pessoa. Então, você dizer para uma pessoa que não tem o que comer, que não tem onde morar que ela precisa ter uma boa qualidade de vida, isso é muito difícil. Mas a gente tenta orientá-lo de que no momento que ele identifica o HIV não é o fim de tudo, é o começo de uma nova fase da vida deles. (T.N.S.15)

Os discursos revelam que os trabalhadores consideram a finalidade do trabalho como parcialmente atingida, também, nos aspectos que transcendem a terapêutica medicamentosa. Ressaltamos a importância atribuída pelos trabalhadores a questões econômicas, sociais e psicológicas, como interferência no processo de acompanhamento e de uma melhor qualidade de vida para os indivíduos acometidos. Assim, novamente emerge a aproximação do pensamento desses trabalhadores ao paradigma da Saúde Coletiva.

Os atendimentos prestados pelas instituições de saúde são, em geral, desmobilizadores e fragmentadores, utilizando mecanismos de informação, encaminhamento e preenchimento de fichas que servem tanto para controle da administração dos recursos, fiscalização dos bens ou propriedades implicados, como para controle dos trabalhadores quanto ao quantitativo do trabalho realizado.

5.7. Articulação e Integração Interna dos Trabalhadores no SAE

As formas de articulação e integração que ocorrem no espaço do SAE foram apreendidos nos discursos dos trabalhadores e a partir da nossa observação das relações do trabalho.

Entendemos como Peduzzi (1999), que o trabalho em equipe se apresenta como uma forma de enfrentamento do processo de especialização na área da saúde. Processo esse que prioriza a verticalização do conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação e a integralidade das ações e dos saberes.

Segundo a mesma autora, existem duas modalidades de trabalho em equipe: equipe agrupamento, em que ocorre a fragmentação das ações e o agrupamento dos agentes, e equipe integração, em que ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes. A articulação

refere-se às situações de trabalho em que o agente elabora correlações e coloca em evidência as conexões entre as diversas intervenções executadas.

Com a intenção de melhor clarificar o processo de interação e articulação dos campos disciplinares no SAE, encontramos em Vasconcelos (1996) uma adaptação da classificação evolutiva das alternativas de interação ou integração de distintos campos disciplinares de Jantsch (1972), a partir da observação da própria prática científica, e definiram as etapas que seguem:

Multidisciplinaridade é entendida como o conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, problema ou assunto, sem o estabelecimento de relações efetivas no campo técnico ou científico. Ele funciona através da justaposição de disciplinas.

Pluridisciplinaridade seria a justaposição de diferentes disciplinas científicas, que em um processo de tratamento de uma temática unificada, desenvolvem efetivas relações entre si. Nesse caso os objetivos são comuns, podendo existir algum grau de cooperação mútua entre as disciplinas.

A interdisciplinaridade seria uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas, que tem suas relações definidas a partir de um nível hierárquico superior, ocupado por uma delas, que atua não somente como integradora e mediadora dos discursos disciplinares mas, principalmente, como coordenadora do campo disciplinar. Existe reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos disciplinares implicados.

Interdisciplinaridade auxiliar corresponde à “interação de diferentes disciplinas científicas, sob a dominação de uma delas”, que se impõe às outras enquanto campo integrador e coordenador. Ocorre dentro de um quadro de relações bem desiguais entre as diversas disciplinas.

Os discursos a seguir revelam a percepção dos trabalhadores quanto à articulação e integração do trabalho no SAE e indicam a etapa que mais se aproxima da forma de interação que ocorre no serviço:

Eu já venho esgotada, muito cansada de estar nessa questão, de saber que a coisa deveria ser mais coesa, sabendo que o foco deveria ser o paciente, mas, assim, entendendo isso como uma ilusão. Na verdade é cada um dentro da sua especialidade, cada um fazendo seu papel, estancando, esbarrando até onde vai, porque o outro não dá continuidade. (T.N.S. 1)

No real essa integração é parcial. Se o eixo do meu trabalho é o aconselhamento e atendimento psicológico, então é importante que os outros profissionais me refiram e eu dê um retorno a eles. Então, a minha sensação no real é que isso se dá de forma mais concreta entre a equipe multidisciplinar ... enfermeira, assistente social e psicólogo (...), a gente consegue ter essa integração(...) conversa, troca idéias, sugere. Nas condutas que eu tenho dúvidas, eu chego e pergunto. Mas já entre os médicos isso é mais distante. Eu não sei se é exagero meu dizer que é desvalorização do atendimento psicológico, mas às vezes eu acho que sim. (T.N.S. 4)

Eu não percebo atrito aqui na equipe, eu acho que a gente se dá muito bem. A psicóloga, o serviço social, a enfermagem, a gente se dá bem, procura conversar, discute as situações. (...) Não estou falando da equipe total, porque os médicos, eles são mais distantes. (T.N.S.11)

A falta de articulação dos trabalhadores no SAE também é admitida pelos médicos:

Eu acho que não é uma equipe de trabalho, principalmente a parte médica e odontológica que é mais distante. Eu acho que o pessoal da enfermagem, da psicologia e do serviço social interage melhor. (T.N.S.10)

Esse é um problema que nós temos, nós realmente somos um tanto quanto dispersos, nós não sabemos o que cada um está fazendo, o que cada um está pensando porque ninguém se comunica. Falta comunicação. (T.N.S.15)

Existe uma relação de intercâmbio nesse sentido, a gente encaminha para a psicóloga, para o serviço social, quando o teste é positivo. Encaminha para outros colegas para fazer medicação no Hospital Dia. Acho que talvez a gente tenha mais contato com o pessoal da recepção do ambulatório. Mas eu acho que existem falhas e pouca comunicação interprofissional. (T.N.S.16)

Podemos inferir a partir dos discursos que a equipe que compõe o SAE pode ser caracterizada como equipe agrupamento e isto fica claro principalmente quando evidenciamos o que caracteriza a relação da categoria médica com as outras categorias profissionais. Apesar de, no âmbito pessoal, as relações entre os trabalhadores parecerem amistosas, no âmbito profissional são reconhecidas por eles como relações de indiferença e distância. Isto acontece, entre outros fatores, devido à falta de comunicação, falta de tempo para se envolver no serviço, por não considerarem o outro como parceiro e aliado e devido a posturas hierarquizadas, identificadas no cotidiano do trabalho da categoria médica.

Para Campos (1992), a resistência dos médicos às diretrizes organizacionais do SUS, entre essas as relativas ao trabalho em equipe, são decorrentes de posturas profissionais neoliberais e de uma cultura clínica predominante nas instituições de saúde, que resistem à incorporação das dimensões psicológicas e sociais ao cotidiano dos serviços. Tais posturas têm relação com o corporativismo da formação de cada categoria e no caso da categoria médica as posturas hierarquizadas existem e se reforçam também pelo sistema de privilégios do qual falaremos mais adiante, e pela hegemonia do saber e do modelo clínico predominante na saúde.

Trabalhar de forma integrada e interdisciplinar, para a categoria médica, é difícil, tendo em vista, a fragmentação do saber na formação desses profissionais, as dificuldades individuais e a falta de preparo e disponibilidade dos mesmos para compartilhar o entendimento e a resolução de problemas comuns no cotidiano do trabalho.

Em nossas observações percebemos, ainda, que os médicos que permanecem mais tempo no serviço conseguem estabelecer uma relação mais próxima e em alguns momentos conseguem trabalhar articulados com os demais trabalhadores, havendo, nesse caso, uma aproximação com o conceito de equipe integração. Isso ocorre porque permanecendo mais

tempo no serviço, eles assumem outras atribuições, fazendo com que tenham uma apreensão mais realística do processo de trabalho como um todo.

Podemos identificar, ainda, uma aproximação ao conceito de equipe integração quando visualizamos as relações estabelecidas entre as categorias de enfermagem, serviço social e psicologia, pois identificamos um avanço no processo de articulação entre estes trabalhadores. Nessas relações, chamou-nos a atenção o relacionamento pessoal amistoso, de cortesia, de respeito e em vários momentos de articulação e integração do trabalho.

As questões referentes à integralidade representam, hoje, um dos maiores desafios do trabalho em saúde. Um desafio cultural, que possa romper com as ações especializadas, principalmente na categoria médica, pois estas traduzem o isolamento do trabalho. A ação especializada deriva de conhecimento de campo restrito. Sem esquecer das conquistas que fizeram a ciência e as tecnologias médicas nos campos específicos, é preciso lembrar que é também desse isolamento que derivam os impactos negativos da ação especializada, seja pelo alto poder de manipulação dos corpos e dos doentes, quanto por ser sempre atuação parcial, necessitando reconhecer seus limites e as complementariedades obrigatórias a cada intervenção (Schraiber, 1999).

Para Merhy & Onocko (1997), o ato de cuidar se constitui por processos de cooperação, de interdependência, de solidariedade, de complementariedade e de autogoverno. Nos serviços de saúde o ato de cuidar é permeado por disputas de espaço e capacidade de negociação e de impor interesses próprios aos demais núcleos de saberes.

Para Japiassu (1976:29) a interdisciplinaridade permite a troca de informações e de críticas, favorecendo a reorganização do meio científico, as transformações institucionais a serviço da sociedade e do homem; amplia a formação geral dos profissionais, favorecendo e favorece a descoberta de suas aptidões, definições de papéis dentro da sociedade, maior

compreensão e crítica a respeito do mundo de hoje; leva a uma melhora na preparação do profissional, gerando instrumentos para análise e resolução de problemas da equipe; e desenvolve a educação continuada dos profissionais.

Em outros discursos percebemos justificativas, de alguns trabalhadores da categoria médica, para a falta de articulação no processo de trabalho no SAE. Assim falam:

Com eles me articulo muito bem, solicito. Com as enfermeiras eu não tenho muito contato porque, na verdade, eu venho e faço o ambulatório, eu não preciso muito da enfermeira. As auxiliares, a gente precisa para pegar um prontuário. Às vezes eu atendo um paciente que chega com diarréia(...) ela pega o acesso, faz a hidratação com soro, é mais assim..(T.N.S. 8)

O trabalho do médico é mais específico. O médico, às vezes, tem vários locais de trabalho. Então, ele não tem tempo para ficar se relacionando, mais ou menos semelhante ao dentista. É um trabalho mais específico, então, você faz mais só. (T.N.S.10)

Você não pode acompanhar o paciente só do ponto de vista da infecção, porque tem toda uma implicação social, psicológica, de orientação. Eu acho que vem a se complementar(...), fica longe do ideal a relação entre os profissionais que trabalham aqui no serviço, por conta da demanda. Então, nem todo paciente que eu acompanho eu consigo fazer com que ele tenha um acompanhamento com a psicologia, com a enfermagem e com o serviço social, que seria o ideal. (T.N.S.12)

Para a psicóloga, talvez a freqüência que a gente encaminhe seja menor que a ideal, porque alguns pacientes, apesar de estarem deprimidos, às vezes não se sentem à vontade em ter que repartir esse problema com o médico, imagina ter que repartir com outro profissional, às vezes não é o desejo dele. Já outros, até expressam o desejo de ter o acompanhamento psicológico.(T.N.S. 16)

Os discursos revelam os pontos sensíveis da articulação entre os médicos e as outras categorias no processo de trabalho que ocorre no SAE. Apesar de alguns trabalhadores reconhecerem, no discurso, a importância de um trabalho articulado, ressaltam algumas dificuldades que encontram para conciliar um atendimento integrado ao usuário. A ênfase deles recai sobre a grande demanda como prejudicial a uma maior articulação, mas não

chegam a admitir que existem questões de outra ordem, como o corporativismo e a falta de reconhecimento de que os saberes são complementares e reciprocamente necessários.

Outro fator a ser analisado é quanto ao reconhecimento, pelos profissionais médicos, da resistência de alguns usuários, ao acompanhamento psicológico. Por serem as infecções pelo HIV e a AIDS situações irreversíveis que modificam e causam enorme impacto psicológico à vida das pessoas, na medida que trazem para reflexão as concepções ligadas à vida e à morte, esse acompanhamento é essencial. Entendemos que a resistência referida pelos médicos deve-se a questões culturais, ligadas ao desconhecimento, à distância e à falta de acesso a essa prática para a maioria das pessoas atendidas nos serviços públicos. Então, muitas pessoas não se sentem à vontade para expor seus problemas, mesmo sabendo que são profissionais preparados para ouvi-los. Isto requer esforço maior de todos os trabalhadores do SAE no sentido de referenciar ao atendimento psicológico as pessoas mais vulneráveis, pois para o indivíduo contaminado pelo HIV, este acompanhamento é decisivo para a forma de perceber e aceitar as mudanças exigidas para alcançar uma melhor qualidade de vida.

O primeiro discurso revela que o médico não reconhece a necessidade freqüente do trabalho da enfermeira, enquanto o segundo discurso procura justificar a distância do trabalho médico em relação a outros trabalhos desenvolvidos no SAE. Nesse sentido, concordamos com Campos (1992), segundo o qual o fato da prática médica ser excessivamente centrada na atenção individual, na ênfase nos procedimentos curativos e na valorização dos componentes biológicos do processo saúde-doença, faz este trabalhador encarar cada caso como um problema a ser resolvido exclusivamente dentro da relação médico-paciente, dificultando as possibilidades do trabalho em equipe.

Concordamos com Schraiber (1999) quanto a que reconhecer os limites e as articulações com outros saberes e técnicas requer um raciocínio crítico que não pode se dar apenas por parte de cada profissional, mas nas suas interfaces com o paciente e com os demais

profissionais cujas ações lhe são complementares. As ações técnicas não só dependem do conhecimento e dos saberes específicos, mas são momentos de interação entre profissionais na aplicação de disciplinas científicas.

Entendemos que o processo de trabalho do SAE ocorre no contexto de situações objetivas, nas quais estão presentes diferentes tipos de articulação entre as diversas categorias de trabalhadores. Consideramos que há possibilidade de mudanças na direção do conceito de equipe integração. O esboço disso é claramente perceptível no tipo de articulação que já vem sendo desenvolvida por enfermeiras, assistentes sociais e psicólogas, havendo, ainda, o fato positivo representado pelo reconhecimento de alguns médicos quanto ao distanciamento dessa categoria em relação aos demais trabalhadores e quanto aos prejuízos daí resultantes para a assistência à clientela.

As repercussões geradas dessa forma de articulação da equipe no SAE podem ser exemplificadas nas falas:

Eu acho que repercute de forma negativa, porque um trabalho depende do outro, um trabalho complementa o outro. Quando não há esse interesse, fica uma coisa estanque. (T.N.S. 1)

Eu acho que é uma repercussão negativa, por que acaba formando blocos, o bloco médico e o bloco não médico e isso prejudica o trabalho (...), as pessoas, geralmente, colocam o médico numa posição de superioridade, e um trabalho feito com uma aproximação traria um resultado bom para meu cliente. (T.N.S. 4)

Eu acho que ela repercute bem. Agora há momentos de atritos, por conta de ter poucos profissionais. Eu acho que todo mundo se dá o máximo, e tem até menos problema do que o que era para ter, porque tem déficit de médico, déficit de auxiliar, déficit de enfermeira, mas todo mundo consegue se dar ao máximo e resolve. (T.N.S. 7)

Eu não sei. Eu acho que de uma forma geral está repercutindo bem, agora talvez com certa distância, eu acho que por conta da demanda mesmo. (T.N.S. 12)

Eu acho o seguinte, se o paciente conseguisse ter um acompanhamento efetivo multidisciplinar, ele teria uma resposta melhor. Essa pouca comunicação acaba tendo uma aderência no paciente menor. Se eu tenho um acompanhamento multidisciplinar poderia fortalecer no paciente a idéia de adesão ao tratamento. (T.N.S. 16)

Estes depoimentos apontam para uma reflexão, no que se refere às repercussões negativas do processo de trabalho quando os trabalhadores não estão integrados. A orientação da assistência dirigida ao indivíduo com HIV/AIDS deve estar voltada para o cuidado integral, exigindo a articulação entre os diversos saberes de forma a contemplar este aspecto.

Alguns trabalhadores percebem diferente a articulação e integração entre os trabalhadores e os seus saberes no SAE.

Eu acho que o trabalho aqui é uma seqüência, um depende do outro. Quando o médico vai consultar um paciente, ele precisa ter o prontuário em mãos, os exames para ele ver, isso faz parte do trabalho do auxiliar de enfermagem e do pessoal de apoio. Então, ele é uma seqüência. A consulta de enfermagem que é feita pela enfermeira ... então é bom quando o paciente entra na sala do médico e já tenha essa consulta. (T.N.M. 2)

Eu percebo que nós somos uma equipe. É importante trabalhar bem, porque trabalhamos em benefício do paciente, o interesse aqui de todo mundo é que o paciente tenha um atendimento de qualidade (...). Então eu acho, assim, que todo mundo é uma seqüência e que essa seqüência não deve ser quebrada, ninguém deve falhar, todo mundo deve executar o seu papel e muito bem, para que o trabalho saia perfeito. (T.N.M. 4)

Olha, os médicos, quando eles atendem pessoas que estão precisando de benefícios, aposentadoria, eles mandam para cá, algum problema de transtorno, também vem conversar com a gente, problema de exame, de ter que se locomover para algum lugar e não ter como ir, ver a distribuição do carro para levar. A enfermeira do mesmo jeito. (T.N.S. 3)

É um trabalho de equipe, é um trabalho complementar, as coisas se completam. Quando eu tenho alguma dificuldade social ou psicológica com o paciente, encaminho para a psicóloga, para a assistente social, ou encaminho para a enfermeira. É um trabalho complementar, é um trabalho de equipe e vice-versa. (T.N.S. 9)

A gente trabalha muito em conjunto, em parceria, a gente trabalha muito junto, médico com o enfermeiro, com o psicólogo e às vezes acontece muitas vezes da gente atender paciente junto, entendeu? Às vezes, o médico chama o enfermeiro para dar um parecer, para fazer um aconselhamento e para pedir algumas informações. Com os psicólogos também. Inclusive a gente dá resultado de exame junto com os psicólogos. (T.N.S.14)

Esses discursos revelam formas diferenciadas de percepção do processo de articulação e integração no SAE, mas que não representa a maioria dos trabalhadores. Principalmente para os auxiliares de enfermagem, os diferentes saberes e fazeres são articulados de acordo com as necessidades do cotidiano do trabalho. Para esses trabalhadores as repercussões do trabalho no SAE, que consideram como sendo articulado entre as diversas categorias profissionais, são positivas e necessárias para o atendimento aos indivíduos com HIV.

Embora nos discursos acima seja perceptível a existência de certa cumplicidade, os discursos das auxiliares de enfermagem remetem à idéia do trabalho em seqüência, portanto, parcelar, orientado pela produtividade, o que certamente compromete a noção de trabalho integrado.

A forma de articulação e integração dos distintos campos disciplinares do SAE pode ser classificada como uma interdisciplinaridade auxiliar, pois identifica-se claramente a interação de diferentes disciplinas científicas, sob a dominação de uma delas, que se impõe às outras enquanto campo coordenador. Ocorre dentro de um quadro de relações bem desiguais entre as diversas categorias de trabalhadores, evidenciado pelos recursos, valorização e privilégios dispensados à categoria médica.

Nesse caso o sistema apresenta dois níveis e pode-se reconhecer a posição superior de uma disciplina em relação às outras. Evidenciamos pelos discursos dos trabalhadores do SAE o destaque da categoria médica em relação às outras. Segundo Almeida Filho(1997), muitas práticas de saúde apresentam a colaboração entre os profissionais classificada como auxiliares

e acontecem dentro de um quadro de relações de poder muito desiguais entre as disciplinas. Geralmente se utiliza a expressão paramédica para caracterizar esta colaboração.

Nossas observações quanto a dinâmica do serviço deixaram evidente a necessidade de posturas profissionais que não bloqueiem o processo de interação e integração dos núcleos disciplinares no SAE, principalmente dos trabalhadores que compõem a disciplina hegemonicamente favorecida. É mister que cada especialidade profissional possa repensar seu saber específico e que a partir de saberes mais estruturados, mais humanizados, possa surgir uma assistência integral ao indivíduo com HIV e AIDS, que possa reconhecê-lo enquanto ser histórico, político, físico, mental e social, pois, só assim, poderão ser atingidos os objetivos do trabalho em saúde.

Portanto, compreendemos o processo de trabalho em saúde como uma prática social, histórica e crítica, podendo ser transformadora, integrada e interdisciplinar a depender de toda uma conjuntura, conscientização e mobilização dos seus agentes. Esta afirmação tende a ser relativa porque sempre existe nos agentes desta prática a contradição entre suas esperanças e a realidade concreta, entre a conquista da emancipação e as circunstâncias limitantes e impeditivas.

5.8. Satisfação e Privilégios no Processo de Trabalho do SAE

Satisfação é o estado em que o trabalhador se sente motivado e satisfeito no contexto do processo de trabalho (Antunes, 1996). Dada a especificidade da epidemia do HIV/AIDS, que mobiliza sentimentos profundos no indivíduo, é preciso que este, ao procurar um serviço de saúde, encontre trabalhadores satisfeitos, prontos a ajudá-lo a superar os momentos difíceis da contaminação. Um trabalhador insatisfeito e desmotivado pode afetar o ambiente de um

serviço, desempenhar suas funções de forma inadequada, afetar seu relacionamento com o cliente e, ainda induzir outros trabalhadores a adotarem postura semelhante.

A satisfação dos trabalhadores no desenvolvimento do trabalho no SAE está expressa nos discursos:

Eu adoro trabalhar com saúde pública, trabalhar com Aids. Eu acho que é um desafio. Eu gosto de trabalhar com paciente que não está doente ainda, de colocar algumas coisas para ele sobre prevenção, trabalhar com o que já está soropositivo, a nível dele ter uma qualidade de vida melhor, de trabalhar com o doente e com a família desse doente. (T.N.S.1)

Eu me identifiquei muito com esse trabalho. É uma experiência gratificante, porque a gente lida com muitos fatores sociais, por mais que você saiba que não deveria se envolver. Então, até por uma questão de humanização, a gente se envolve até demais. É muito gratificante, porque eu mudei muito, assim como pessoa, como profissional. (T.N.M.4)

Eu me sinto muito bem porque eu sinto que a minha função é importantíssima na recuperação desses pacientes, no acompanhamento desses pacientes. E eu acho que é essencial mesmo a assistência de enfermagem no trabalho com o portador do HIV. (T.N.S.14)

Os trabalhadores referem satisfação com o trabalho por reconhecerem neste uma significação humana importante. Sentem-se, ainda, gratificados pela sensação de estarem contribuindo, entre outras coisas, para uma melhor qualidade de vida e para uma melhor aceitação das limitações e mudanças nos indivíduos contaminados pelo HIV e com AIDS.

Em outros discursos percebemos a satisfação do trabalhador, devido ao reconhecimento do seu trabalho pela instituição e pelos usuários do serviço. Assim falam:

Eu acho que ele é um trabalho bem aceito, tanto por parte da clientela e também por parte da chefia, a chefia direta que conhece o nosso trabalho, a coordenação do ambulatório. Não só uma aceitação, como eu não sei se reconhecimento, mas ela coaduna com aquilo que a gente coloca. Eu acho que ela aceita, sim. (T.N.S.1)

Eu acho que há um reconhecimento de que a gente está fazendo a coisa certa. Eu acho que os pacientes, eles dizem que estão melhorando, que é uma coisa realmente boa, eles acham que iam morrer porque estavam com essa doença, depois com o tratamento estão bem melhor, tendo uma vida normal, alguns deles que estavam numa fase bem avançada da doença. (T.N.S.8)

Eu nunca me esqueci de uma coisa que um paciente me disse: "sabe doutora, a senhora me disse coisas tão duras, tão fortes, mas de uma maneira tão delicada, tão gentil, que hoje eu estou sabendo aguentar e levar esse HIV, porque antes quando eu me deparei com o exame, para mim nada ia existir, e eu consegui ver de outra maneira". Isso para mim é impagável, não tem dinheiro no mundo que pague isso, o reconhecimento deles. Agora em relação à instituição, geralmente o reconhecimento não é tanto, porque eles visam mais a parte orgânica do paciente, a parte clínica. (T.N.S.13)

Os discursos das trabalhadoras revelam que o cotidiano do trabalho no SAE traz retorno importante para as mesmas, pois é um trabalho que produz resultados concretos na vida dos usuários, ainda que não a cura, pois sabem que em HIVAIDS ainda não é a cura, mas conforto e uma forma de aceitar conviver com a nova situação e com as mudanças advindas. Para Campos (1997), a questão do reconhecimento pelo trabalhador do resultado do seu trabalho, é uma condição necessária para sua realização profissional e existencial e que a falta desse reconhecimento leva os trabalhadores a ficarem deprimidos, destruídos e desanimados com o trabalho.

Alguns trabalhadores referem satisfação com o trabalho, mas acompanhada de outros sentimentos:

Olha, eu me sinto bem, apesar, de ser um serviço digamos, assim, desgastante, porque você tem uma carga muito grande perto de você. Quando você faz um aconselhamento pré-teste e um pós-teste ou uma consulta, ou você atende para orientar um familiar, ou uma pessoa que chega aqui, você ouve muitas histórias pesadas, muitas coisas que a pessoa conta e às vezes quer que a pessoa resolva aquela situação. Só que não depende de mim, a gente faz o que pode. (T.N.S.2)

Olha, é o seguinte, eu como pessoa e eu como profissional, hoje eu me sinto sofrendo, eu acho que trabalhar com AIDS é um trabalho difícil, a gente não tem um suporte emocional para fazer o trabalho que a gente faz, tem que buscar fora, por iniciativa própria. A instituição não nos dá a oportunidade de ter este suporte. Então eu, hoje, me sinto, muitas vezes, impotente em relação às pessoas que eu atendo. Em geral são pessoas carentes, são pessoas com poucas perspectivas. Então como eu psicóloga, posso trabalhar e dar apoio a uma pessoa que chega em casa, a casa está alagada, que o filho está com fome, que ela tem medo de morrer e deixar os filhos? Fica muito limitado e eu sinto isso muito vivo na minha função. (T.N.S.4)

Até que eu me sinto bem realizando esse trabalho, mas é extremamente difícil, porque você convive com situações extremas, quer dizer, não só a doença em si, mas todo contexto social que tem. Então, você, muitas vezes, se sente muito impotente, muito mesmo. Então, a gente se sente bem por estar fazendo alguma coisa, agora é difícil. (T.N.S.12)

Ao mesmo tempo em que é muito desgastante é muito gratificante. É desgastante porque você tem que estar muito centrada nas suas emoções tem que estar realmente bem disponível para esses pacientes, que eles tem uma carga negativa muito grande. E quando eu digo gratificante é quando você vê que realmente batalhou por aquele paciente melhorar o seu astral, o seu fortalecimento e ele sai satisfeito, acreditando que ele vai ter uma qualidade de vida. (T.N.S.13)

Identificamos nesses discursos que os trabalhadores, apesar de estarem satisfeitos com o trabalho que realizam, reconhecem o desgaste que este causa, principalmente no âmbito psicológico. O desgaste é devido, entre outras coisas, ao sentimento de impotência diante de problemas complexos que acompanham os vitimados pelo HIV, ligados a questões sociais, psicológicas, culturais e familiares.

O contato intenso com pessoas afetadas psíquica e fisicamente pelo HIV e pela AIDS mobiliza sentimentos e ansiedades profundas nos trabalhadores da saúde, e requer o estabelecimento de um ajuste no psiquismo destes para alcançar um grau mínimo de satisfação com o trabalho.

Entendemos que o corpo torna-se vítima das obrigações impostas pelo trabalho, pelas pressões hierárquicas, pelas circunstâncias profissionais, dentre outras. Isto pode causar

esgotamento físico e emocional nos trabalhadores e comprometer o seu desempenho no trabalho.

Outros trabalhadores referem satisfação com o trabalho, mas fazem ressalvas sobre as condições de realização do mesmo:

Satisfeita totalmente não, porque uma coisa é você trabalhar e outra coisa é você trabalhar com qualidade. Infelizmente dada à demanda infartada.... acho que isso é reflexo de todo quadro nacional da saúde (...), a minha qualidade de trabalho de 3 anos atrás não é a mesma de hoje (T.N.S. 6).

Neste momento eu estou cansada, eu queria mudar 360°, sair da assistência. Eu gosto de trabalhar com a prevenção, trabalho educativo, o trabalho que eu faço no projeto, de estar promovendo cursos e treinamentos, discussões em grupo entre os profissionais. Eu estou mais a fim disso, do que estar aqui. Se você pudesse dizer assim, eu vou trabalhar no ambulatório, minha proposta é assim, mas não, aqui é aquela coisa de você atender a demanda, tem o aconselhamento que você vai fazer, eu acho que vai tendo aquele desgaste.(T.N.S.11)

Eu acho que eu me sinto bem. Eu gostaria apenas que algumas alterações fossem feitas, na verdade são muitos pacientes (...) existe um bom atendimento da forma como as consultas são marcadas, do volume de pacientes que a gente tem, mas de uma certa forma eu acho que a gente consegue ter um resultado satisfatório com menos paciente.(T.N.S.15)

Percebemos em um dos discursos que a satisfação dessa trabalhadora com o trabalho está comprometida, devido a não poder diversificar suas atividades o que se apresenta como um fardo. De acordo com Faleiros (1997), quando a organização do trabalho concebida pela empresa é estranha aos trabalhadores, choca-se frontalmente com a vida mental e, mais precisamente, com a esfera das aspirações, das motivações e dos desejos. A organização temporal do trabalho, a escolha das técnicas operatórias, os instrumentos e os materiais empregados permitem ao trabalhador, dentro de certos limites, é claro, adaptar o trabalho às suas aspirações e às suas competências.

Ainda segundo o autor, em termos de economia psíquica, esta adaptação espontânea do trabalho ao homem corresponde à procura, à descoberta, ao emprego e à experimentação de um compromisso entre os desejos e a realidade. Quando isso não acontece, podemos perceber nos trabalhadores um movimento consciente de luta contra a insatisfação ou contra a indignidade, a inutilidade, a desqualificação e a depressão, graças aos privilégios de uma organização do trabalho deixada, em grande parte, a discreção do trabalhador.

Os demais discursos revelam satisfação com o trabalho, mas indignação com as condições oferecidas para realização do mesmo. O que remete ao raciocínio de Faleiros (1997), segundo o qual o cansaço com o trabalho origina-se não só dos esforços musculares e psicossensoriais, mas sobretudo do estado dos trabalhadores taylorizados na execução de uma tarefa sem investimento material ou afetivo.

Entendemos que o trabalho é capaz de produzir satisfação quando condições adequadas permitem aos trabalhadores perceberem que suas tarefas são socialmente valorizadas. Encontramos em alguns discursos referência a privilégios dispensados à categoria médica, pela coordenação do serviço, o que traz insatisfação para outros trabalhadores. Estes comentários, de certa forma, vêm de encontro às questões anteriormente discutidas nesse estudo, quanto a uma maior valorização, pela coordenação do serviço, desta prática e do modelo que a ampara, ou seja, o modelo biomédico da saúde. Assim falam os demais trabalhadores:

Nas reuniões mensais tudo gira em torno das questões médicas, é muito médico reclamando, é muito médico se queixando que está muito sobre carregado, que estão cansados, que só vão atender seis. Eles dizem, ah! tem que estar o prontuário em cima da mesa tem que estar o material em cima, tudo bonitinho(...), lá é assim produtividade médica e produtividade não médica. Então, eu não participo de reunião. (T.N.S. 1)

Eu acho que o enfoque ainda é muito o atendimento médico. (...) a sensação que eu tenho é que a gente vai remando, remando, para mostrar que aqui o serviço é importante, para mostrar um bom trabalho, enquanto o médico não tem que mostrar isso, porque já é dado. Eu vejo o ambulatório como um ambiente fragmentado em partes e essas partes apoiadas de forma desigual, pela instituição. Por exemplo, eu tenho um agendamento para o médico, por que eu não posso estender para o enfermeiro, por que eu não posso estender para o psicólogo? Existe até uma resistência interna de fazer esse agendamento. (T.N.S.4)

(...) o paciente teria uma consulta 08:00 h o médico chega 10:00 h, eu sei que isso causa transtorno. Não é muito comum, em determinados dias, porque quem atrasa a gente já sabe, são sempre os mesmo dias deles. Isso aí eu vejo, assim, que teria que melhorar. (T.N.M.4)

O grupo médico, eles podem chegar atrasados, eles podem sair cedo, é diferente dos outros profissionais, acho que eles chegam já de outros plantões, chegam, já tem um bocado de paciente esperando. Eu sinto que é diferente, é uma maior flexibilidade com o horário deles (...), você atrasar meia hora tudo bem, mas às vezes é uma hora e meia de atraso. Então, acho que eu não aceitava. (T.N.S.11)

trabalhadores no trabalho

Para Merhy et al (1999), o trabalho nos estabelecimentos de saúde, tradicionalmente, se apresenta de forma parcelada e em eixo verticalizado. Assim, organiza-se o trabalho do médico e, entre estes, de cada especialidade médica e, sucessivamente, em colunas verticais, vai se organizando o trabalho de outros trabalhadores. Acrescenta que essa divisão do trabalho se dá pela consolidação nos serviços das corporações profissionais e especialização do saber. Em nosso ponto de vista, essa forma de organização do trabalho é facilmente identificada em vários aspectos, principalmente no sistema de privilégios sedimentados no processo de trabalho do SAE.

Quanto aos discursos que referem atrasos da categoria médica na chegada ao serviço, encontramos em Campos (1992) algumas justificativas para esta ação. Segundo o mesmo, a resistência dos médicos às diretrizes da instituição e do SUS é justificada pelas posturas profissionais neoliberais e pela cultura clínica. Esses aspectos fazem com que, em quase todo

o Brasil, eles não cumpram o horário completo para o qual são contratados. Essa situação obriga os dirigentes do sistema a aceitar mil formas negociadas de acordos como: o cumprimento parcial do tempo estipulado, definição de produtividade mínima, após o que estariam liberados do compromisso com o horário. Acrescentamos, ainda, a constatação de uma maior remuneração na produtividade quando comparada à dos outros trabalhadores.

Acrescenta o autor que, na prática, não há jornada fixa para os médicos e os transtornos decorrentes dessa situação têm inviabilizado a legitimação dos ambulatórios dos órgãos públicos, pois os médicos tendem a encarar seu próprio trabalho nos serviços públicos como um complemento daquele realizado no setor privado, justificado pela baixa remuneração e pelas precárias condições de trabalho nas unidades públicas.

Entendemos que os privilégios da categoria médica tornam mais distante o objetivo estratégico da atenção integral à saúde e comprometem a autonomia e a satisfação dos trabalhadores no trabalho.

Segundo Faleiros (1997), no campo de trabalho em saúde, para manutenção da ordem e do controle político institucional conforme as forças presentes, o profissional deve submeter-se às normas da instituição, criando-se uma hierarquia de subordinação e de poder numa rede de controle de cima para baixo. Esta subordinação se dá entre agentes privilegiados e agentes complementares. Os agentes privilegiados de uma instituição são aqueles que por sua prática legitimam a existência da instituição. O médico com sua prática vai legitimar a existência de um serviço de saúde. Estes agentes privilegiados, cujas práticas são centrais para a própria instituição, se autolegitimam sem necessidade de agentes ou atores complementares, profissionais que têm de se submeter às práticas dos agentes privilegiados. Estes dificilmente podem ser mandados embora da instituição, porque isto implicaria o seu fechamento. A prática complementar caracteriza certas profissões como a enfermagem e o serviço social.

Ainda, para esse autor, a hegemonia de uma disciplina se define pela junção do econômico e do político, pela organização de um bloco orgânico que se torna capaz de condicionar os grupos e indivíduos a seus interesses. Isso pressupõe a tomada de consciência dos adversários, de suas estratégias e de si mesmos, de seus próprios interesses, para traduzi-los em mecanismo de poder na prática cotidiana. No caso em estudo, o sistema de privilégios do qual goza a categoria médica pressupõe, para fins de mudança, que os demais trabalhadores se conscientizem desse fato e lutem para mudar a situação existente.

Podemos concluir que a maioria dos trabalhadores do SAE se sentem satisfeitos com o trabalho que realizam, mas revelam, também, desgaste psicológico causado pela situação de estar lidando com o sofrimento da clientela advindo de problemas sociais, biológicos e psicológicos conseqüentes à contaminação pelo HIV, diante dos quais, muitas vezes, cada trabalhador se sente impotente, tendo em vista as condições de trabalho e a supervalorização da prática médica em detrimento das demais, entre outros aspectos.

5.9. Organização e Controle do Processo de Trabalho no SAE

Para Gonçalves (1994), todo trabalho desenvolvido coletivamente por divisão de funções exige necessariamente um posto de trabalho, que cuide para que o conjunto possa chegar organizadamente aos objetivos esperados. É possível distinguir duas funções neste posto de trabalho, uma função de controle, que estaria associada à reprodução social e uma função de supervisão, associada à dimensão técnica.

Portanto, foram identificados na coordenação do SAE tanto atividades de controle quanto de supervisão. As atividades de controle foram aquelas relativas às condições necessárias para que o trabalho se realize de modo estável. Essas atividades figuram entre os entrevistados como as mais desagradáveis, principalmente, porque, aplicam-se com critérios

e rigor diferentes a diferentes categorias de trabalhadores e são marcadas pelo signo da contradição e da desigualdade.

Encontramos em um discurso referência às funções da coordenadora do SAE:

A parte administrativa, de controle de chegada e saída, é feita pelo setor pessoal. Coordenar o serviço é você ver tanto a parte administrativa como a parte de funcionamento. É uma orientação, é um contato para fora, é o contato com a Secretaria de Saíde, é um contato com o Ministério da Saúde. Seria, assim, um ponto de referência no caso de alguma necessidade (...) já a liberação do funcionário, dependendo para o que for, ou é feita pela Direção, lógico que eu tenho que dar o aval, ou então, pela Secretaria de Saúde. Todo profissional tem direito a duas liberações por ano no hospital como um todo, na Secretaria como um todo, para treinamento. Isso para congresso curto, com um espaço de tempo pequeno. (T.N.S.10)

No entanto, apesar do discurso referir que o controle de entrada e saída dos trabalhadores estaria ligado à parte administrativa e de responsabilidade do setor pessoal, em outros discursos percebemos o poder que a coordenação possui de alterar os cartões, justificando as entradas e saídas atrasadas:

Ela não é uma coordenação muito presente, ela acaba tendo muitas outras funções. Porque coordenação, na minha idéia, é aquela coisa diária, que todo dia estivesse lá, que tivesse local fixo lá, entendeu. Então é uma coordenação que não é fixa, quando se tem um problema se vai até ela e, na medida do possível, ela tenta resolver. (T.N.S.1)

O controle que existe é hierárquico, de cima para baixo, da chefia com os profissionais que somos nós. Eu faço meu trabalho, cumpro meu horário, tento cumprir minha obrigação e eu acho assim, na hora que qualquer pessoa falta ou tem uma falha, tem uma cobrança da chefia, ela cobra. (T.N.S.3)

A chefia do ambulatório de HIV, ela se reúne mensalmente e avalia as normas e rotinas do ambulatório. Uma norma ou rotina que precisa ser alterada, aperfeiçoada, ela divulga sempre as mudanças que ocorrem no Ministério da Saúde do programas de DST/AIDS. Ouve as reclamações da ouvidoria em relação ao funcionamento do ambulatório, o que está havendo de errado, o que não está a contento para a clientela, leva estas reclamações para a reunião, ou então leva diretamente ao profissional envolvido com a reclamação, então é dessa maneira. (T.N.S. 9)

Aqui é rigoroso, se quiser sair um pouco antes ou sair atrasada, depois tem que ficar, se não perde a produtividade. Então é bem rigoroso. Se você precisar de uma coisa aqui, também, o acesso é um pouco difícil. Acho que é pelo próprio contrato de trabalho que você tem. A escala de trabalho, também, é a coordenação que organiza. (T.N.S. 11)

Há uma centralização de controle muito grande aqui. Tudo que você vai fazer você tem que comunicar. Se você vai chegar mais tarde, você tem que comunicar. Eu não acho que isso seja errado, não acho que seja errado você comunicar, mas tem que comunicar sempre à coordenação e nem sempre ela está aqui. Ela não está aqui todo dia, o dia todo, ela está todo dia, mas não o dia todo. (T.N.S.14)

A forma de organização e controle do processo de trabalho no SAE pode facilitar ou dificultar a realização do trabalho. Percebemos pelos discursos certo rigor quanto ao horário de chegada e saída dos trabalhadores, sendo que tal rigor não se dirige a todos, conforme ressaltamos anteriormente quando os discursos falavam da grande flexibilidade de horário para a categoria médica. Quanto a isso, observamos que o controle é realizado pelo setor pessoal do hospital através da utilização do cartão de ponto. No entanto, esse cartão pode ser alterado pela coordenação quando se faz abono de faltas, saídas e chegadas atrasadas.

Entendemos ser preciso uma coordenação que possa integrar os diferentes núcleos de saber e, ainda, evitar abusos de trabalhadores descompromissados com o serviço, que se aproveitam da flexibilidade da instituição para tirar vantagens. No entanto, é preciso também que essa mesma coordenação reconheça todos os trabalhadores do SAE como sujeitos do processo de trabalho, dando-lhes autonomia e liberdade de escolha dentro de certos parâmetros. Conseqüentemente, isso seria uma forma de diminuir a distância entre os que comandam, planejam e decidem e a maioria executante das ações no SAE.

Segundo Pitta (1999), uma forma de delegar ao trabalhador sua condição de sujeito no processo de trabalho, seria permitindo que este participasse do processo de tomada de decisão no planejamento das atividades e no conhecimento dos diversos passos da organização do

trabalho. Isso iria contribuir para a desalienação e redução do sentimento de “estranhamento” ao trabalho.

Foi referida por vários trabalhadores e constatada em nossas observações a ausência da coordenação no SAE em períodos de tempo relativamente extensos. Entendemos, como Pitta (1999), que a ausência da coordenação pode significar um abandono da equipe à sua própria sorte, ampliando em muito as ansiedades advindas da falta de suporte técnico e administrativo para que esses trabalhadores correspondam às inúmeras demandas dos pacientes e familiares. Entretanto, a presença do chefe pressionando pode levar a uma sobrecarga de trabalho. Assim, deve haver certa coerência quanto à presença efetiva da coordenadora no SAE, no sentido de que esta possa trazer segurança e resolutividade para algumas questões apresentadas e possa visualizar de forma abrangente o processo de trabalho e os trabalhadores.

A coordenação deve trabalhar para que todos sejam, em alguma medida, gerentes no processo de trabalho, redistribuindo o poder de decidir, atribuindo a cada grupo a livre organização do seu próprio processo de trabalho (Cecílio et al, 1994).

Em nosso entendimento a função de coordenação inclui, além do controle, um trabalho de acompanhamento e suporte técnico aos trabalhadores, para que estes tenham um *feed-back* de seu trabalho. Para que isso ocorra sem que os trabalhadores tenham exacerbados sentimentos persecutórios, é necessário existirem metas claras, um plano de qualificação e de ascensão em que todos se vejam com possibilidade de serem contemplados, bem como os privilégios unilaterais devem ser abolidos.

Encontramos em alguns discursos referências positivas quanto à flexibilidade da coordenação para demandas de mudança de turno de trabalho, de acordo com a necessidade do trabalhador e quanto ao número de atendimentos diários para cada trabalhador no SAE. Especialmente a categoria média e os auxiliares de enfermagem fizeram referência aos aspectos positivos da coordenação. Exemplos:

Nós somos uma família, porque a coordenadora não separa. Para ela tanto faz, o atendente como o psicólogo, como o médico tudo tem o mesmo valor, ela valoriza do mesmo jeito e ela confia muito no trabalho da gente. (T.N.M.1)

A coordenadora não tem hora certa, a qualquer hora ela chega por aqui. Ela anda o hospital todo. Quando alguém chama é que ela vem, ela é polivalente. Sinceramente eu acho muito bem organizado, porque para uma pessoa só fazer tudo como ela faz é difícil. (T.N.M.3)

Os gestores da instituição são pessoas extremamente em sintonia com a grande maioria dos profissionais, são pessoas sérias, pessoas puramente técnicas, não são políticas, foram escolhidas para estar ali porque fazem bem aquilo. Eu acho que são pessoas que sabem a realidade e são extremamente pressionadas por nós. (T.N.S.6)

Alguns discursos criticam o fato da coordenação ficar sempre a cargo de médicos:

Eu acho que a coordenadora se esforça, mas ela é reflexo da categoria que ela pertence. Então, se ela é da categoria médica, ela tem aquele mesmo pensamento corporativo da equipe médica. Se fosse de outra categoria, seria diferente, porque a visão de outros profissionais, ela não é tão corporativa. (T.N.S.1)

Eu acho que seria importante que outras categorias também ficassem na coordenação. (...) Eu vejo que não só a equipe de enfermagem, mas toda a equipe que trabalha no ambulatório, já se acostumou com ela com uma coordenação geral do ambulatório, que parece que não sente falta disso, eu sinto falta disso. Isso me incomoda muito. (T.N.S.14)

Os dois discursos acima fazem restrição ao fato de a coordenação pertencer sempre a uma mesma categoria de trabalhadores, o que leva ao risco da utilização do corporativismo para beneficiá-la. Mesmo as más condições de trabalho são, no conjunto, menos temíveis do que uma organização de trabalho rígida e imutável.

Para Campos (1992), profissionais como psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e outros, têm se constituído na base sobre a qual se assenta um conjunto de práticas voltadas para a humanização e incorporação de novos procedimentos técnicos necessários à superação

dos limites da atenção individual curativa. Isso reforça a idéia de que uma coordenação exercida por um desses trabalhadores teria grande chance de transformação e superação do modelo hegemônico da saúde, atualmente vigente nesta prática.

Para Faleiros (1997), no âmbito institucional, percebe-se uma guerra de posições, configurada nas lutas pelo poder de decisão e de manipulação de recursos e se manifesta claramente no processo de escolha dos nomes para os cargos de chefia. Em geral, nessas lutas fica excluído o público a quem se dirige a própria instituição, ou seja, não são os clientes que elegem os médicos administradores dos hospitais.

Acrescenta o autor, que o controle e o poder de uma disciplina, na instituição, é um processo que se fortifica e se enfraquece. A assistência é um objeto que se modifica na luta pelos recursos e pelos direitos sociais. A acumulação de forças é um processo político de formação de uma organização ou de uma equipe de trabalhadores que manifestam vontade coletiva no próprio cotidiano, que se articula em projetos concretos de questionamento da burocracia, do autoritarismo, do manobrismo, da centralização e do aparelhismo.

Portanto, faz-se essencial entender a equipe de saúde como uma rede de relações, entre trabalhadores que portam saberes diferenciados e desenvolvem práticas distintas, tornando-se necessário certa disponibilidade para que estes reconheçam e respeitem tanto suas desigualdades no trabalho, quanto os problemas que se apresentam na sociedade contemporânea (Fortuna, 1999).

6. ESPAÇO SOCIAL DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

A partir do entendimento da dinâmica organizacional do SAE, apreendemos o espaço social da enfermagem naquela unidade de saúde e as mediações estabelecidas entre seu saber e fazer específicos e o saber de campo que é partilhado pelos trabalhadores que atuam em HIV/AIDS. Estamos tratando de um pequeno recorte do processo de trabalho da enfermagem e seu saber, que no âmbito da epidemia do HIV/AIDS, consideramos em construção.

Entendemos prática de enfermagem de acordo com Egry & Shima (1992:12), como:

Um trabalho coletivo desenvolvido por diferentes trabalhadores de Enfermagem e de saúde e seus processos de trabalho estão fortemente articulados aos demais processos de trabalho das outras práticas da área da saúde. É um conjunto de práticas com instrumentos próprios e procedimentos baseados em conhecimentos científicos, voltados para o entendimento de carecimentos e a prestação e a assistência à saúde do homem. Como qualquer outra prática social, constitui-se pelo conjunto das relações sociais da sociedade em que se insere, assim, é histórica e está socialmente determinada. Visa à intervenção plena, planejada e consciente no processo saúde/doença, para a manutenção da integridade humana, independente da classe social.

Assim, compreendemos enfermagem como uma prática social. Para Almeida et al (1999), quando falamos em prática social de enfermagem nos referimos a uma prática que vai além de uma aplicação imediata e direta dos conhecimentos técnico-científicos. Tomam em consideração as inter-relações de cada âmbito de prática com as demais, seja na produção do conhecimento, na reprodução sócio-econômica e política, quanto na inserção dos sujeitos. Nessa perspectiva de prática social, a categoria trabalho é tomada como referencial para a saúde. O trabalho em saúde tem uma finalidade social e se traduz por uma determinada concepção do processo saúde-doença, na perspectiva da multidimensionalidade-psicossocial, cultural, biológica e coletiva, tendo a finalidade de promoção da saúde e a emancipação dos sujeitos.

Também entendemos, como Sá (1999), que um dos grandes desafios da enfermagem é o de produzir um conhecimento e assim estruturar-se enquanto prática, dentro da capacidade de tecer em conjunto os diversos saberes, numa visão pluralista e multifacetada do mundo. Acrescentamos: a enfermagem deve compreender que, no sentido dialético, o processo de trabalho em saúde pode avançar para operar de forma interdisciplinar, dada à luta de contrários. Deve perceber a realidade do serviço como um todo estruturado e dialético, no qual um fato qualquer pode vir a ser racionalmente compreendido.

Os discursos de duas enfermeiras retratam a percepção que estas têm sobre o trabalho da categoria no SAE:

Eu acho que é um trabalho que tem um certo respeito, é um trabalho que não é de qualquer jeito, se tem uma metodologia por trás, a gente tenta falar a mesma língua (...), mas eu acho que reclamações chegam, com certeza, porque o serviço não é perfeito. Mas eu acho que, pesando na balança, tem muito mais qualidade, tem muito mais ponto positivo do que negativo(...). Um dia chegou uma mulher, e muito chateada, falando: "Olha, eu gostaria de saber por que minha filha não tem direito à consulta de enfermagem. Por que ela é desprivilegiada". Então, não é toda vida que se cobra à consulta. Mas um caso desses, ou dois (...), eu acho que um só é importante acontecer. (T.N.S.1)

Em relação ao cliente eu vejo assim, que nós aqui no ambulatório, nós desenvolvemos um trabalho que as pessoas, que a comunidade de uma maneira em geral, a sociedade, não tem costume de ter, não recebem isso em outros locais. Inclusive, às vezes muitos falam: eu não sabia que enfermeiro fazia consulta. Porque nos serviços que eu já andei, até hoje, eu nunca vi enfermeiro fazendo consulta. (T.N.S. 14)

Os discursos não deixam dúvidas quanto à importante contribuição que a enfermagem vem incorporando à construção do saber em HIV/AIDS e na valorização que a categoria vem alcançando perante os usuários, os demais trabalhadores e a instituição.

De acordo com Machado (1999), a noção de utilidade social é de suma importância para se obter o domínio do saber e da prática profissional. Tornar-se útil, socialmente relevante e confiável perante os clientes, são elementos-chaves para o sucesso de qualquer profissão que queira se firmar no mercado de trabalho.

Assim, com base nos discursos e conforme constatamos nas observações, as enfermeiras conseguem, de certa forma, articular seu saber específico com o saber de campo que é partilhado pelos trabalhadores que atuam em HIV/AIDS, pois utilizam metodologia assistencial com suporte teórico consistente. Isso lhes rende certa valorização social, revelada, principalmente, pela procura dos clientes pelo trabalho da categoria.

Não são todas as enfermeiras, porém, que percebem desta forma seu trabalho no SAE. Verificamos isso em alguns discursos relativos quanto às dificuldades vivenciadas no cotidiano do trabalho dessa categoria. Assim falam:

A gente fica mais confortada com o reconhecimento do paciente. A equipe não é a mesma coisa, porque tem a questão do poder no meio, você colocando o outro no patamar de mais status. Isso não é bom, porque ele[médico] pensa que é perda de poder, ele não pensa em equipe, ele não pensa de forma interdisciplinar. Ele pensa de forma corporativa. Se o outro está muito... eu estou perdendo meu espaço, eu estou perdendo poder. (T.N.S 1)

Existe uma dificuldade muito grande de aceitação, acho que da própria sociedade, do enfermeiro como um profissional que tem a competência de fazer uma consulta, que é respeitável, no mesmo nível que é o médico, por exemplo, que é o psicólogo. Porque aqui, o profissional que eu vejo como... assim é... que as pessoas têm mais resistência de chamarem de doutor é o enfermeiro. (T.N.S. 14)

Os discursos remetem a dificuldades concretas que as enfermeiras enfrentam, indicando que elas percebem a ampliação do espaço social do seu trabalho ameaçada, e isso se expressa principalmente pela falta de reconhecimento e de valorização tanto interna quanto externa ao SAE.

Outros discursos fazem referência a dificuldades relacionadas à continuidade da assistência de enfermagem aos clientes que são tratados no SAE:

O que eu consigo fazer dentro da minha limitação é marcar com ele o retorno. Então, assim, eu atendo a primeira vez, faço todas as minhas orientações e marco com ele: "Olha, daqui a um mês eu vou querer lhe ver. Quando vai ser sua consulta médica?" Então, pronto. Se for um mês e pouco, a gente marca com a consulta médica, se não, eu estabeleço com ele um mês e vou rever todas as orientações, revejo as medicações que ele está tomando, faço orientações, mas é uma coisa pessoal. (T.N.S.1)

A gente também não faz muita força para acontecer os agendamentos, mesmo achando que são necessários, devido à demanda ser muito grande, gente de todos os lugares, de todos os bairros vinham fazer anti-HIV aqui. E o número de profissionais não era tantos, nós não temos condições de atender. (T.N.S. 2)

Eu diria que a continuidade da assistência é regular, devido à demanda que é muito alta. A gente marca aqui na agenda da gente. Eu faço assim, anoto num papel e dou para a pessoa o dia que ela deverá me procurar. O aprazamento das consultas de enfermagem não começou devido o pessoal de apoio que não dá valor à categoria(...) elas têm dificuldade de ver o enfermeiro como um profissional igual ao outro, que são agendadas as consultas também. (T.N.S. 14)

Os relatos também revelam os limites do espaço social do trabalho das enfermeiras.

Embora a insuficiência de recursos humanos associados à grande demanda seja um fato que constatamos, na verdade o que mais pesa na questão é a falta de reconhecimento de outros trabalhadores, da coordenação e até mesmo das enfermeiras quanto à importância do agendamento do acompanhamento de enfermagem aos clientes.

Quanto a isso, existe um certo conformismo e até uma percepção equivocada por parte das enfermeiras ao atribuírem a responsabilidade por essa falha às recepcionistas, que no processo de trabalho do SAE não possuem poder de decisão, mas devem obediência a uma pesada hierarquia institucional. Se a coordenação do serviço reconhecesse a importância do

agendamento das atividades das enfermeiras, o problema seria resolvido. Reconheceremos, no entanto, que as dificuldades operacionais que limitam o espaço social do trabalho de enfermagem e a continuidade da assistência podem ser reduzidas, quando as enfermeiras perceberem seu trabalho como essencial a concretude da assistência e lutarem por esse reconhecimento.

Nessa perspectiva, o enfermeiro deve reconhecer-se como profissional ativo do processo e gerador de mudanças necessárias, o que é fundamental para romper com a herança de uma prática subordinada aos interesses das instituições ou a outras práticas profissionais (Lima, 2001; Chiesa et al, 2000).

Concordamos com Faleiros (1997), ao referir que uma força se constitui na dialética da identidade e da oposição, descobrindo interesses próprios em conflito com o adversário, defendendo e conquistando posições, sendo necessário a consciência da posição que se tem, da força do adversário e do processo global das condições de manobra, dos avanços e recuos imediatos e das mediações necessárias, procurando articular organização, mobilização e saber. Entendemos que só assim as enfermeiras poderão legitimar a continuidade no seu trabalho, mostrando o valor de tal atividade no processo global da assistência aos soropositivos.

Entendemos que o trabalho de enfermagem não é realizado apenas por enfermeiros. Observamos que, nesse serviço, os auxiliares de enfermagem chegam a referir como chefia imediata a própria coordenação do ambulatório e as próprias enfermeiras referiram, em discursos anteriores, a necessidade de uma coordenação específica para a equipe de enfermagem. Devemos admitir que se as próprias enfermeiras têm dificuldades de lutar pela ampliação do espaço social e pelo reconhecimento do trabalho de enfermagem, o mesmo ocorre por parte das auxiliares de enfermagem, um dos segmentos sobre os quais mais pesa a hierarquia institucional.

Podemos inferir que o Processo de Trabalho de Enfermagem em HIV/AIDS está em construção e legitimação, necessitando para sua organização tecnológica um repensar e refletir criticamente sobre a totalidade de sua prática, o que requer o desenvolvimento desses sujeitos não apenas do ponto de vista técnico, mas principalmente do ponto de vista teórico e político, visando a uma práxis crítica, criativa e transformadora dos aspectos de opressão.

A enfermagem manifesta potencial para transitar em diferentes campos de conhecimento para prestação do cuidado. Tendo como foco a pessoa de quem cuida, a enfermagem pode estabelecer mais intensivamente canais de interlocução com agentes de outras disciplinas e, em conjunto, buscar tecnologias necessárias à assistência, estabelecendo relações com a equipe e com a família, atuando no processo de transformação da realidade (Matumoto et al, 2001).

O trabalho de enfermagem fundamenta-se em princípios científicos ligados ao seu núcleo e ao campo do saber coletivo em HIV/AIDS e, na presente pesquisa evidenciou-se que no cotidiano do trabalho no SAE esse trabalho é complementar aos outros saberes da área de saúde.

Reconhecer que o trabalho de enfermagem é complementar ao trabalho médico não implica em reconhecer que seja subordinado a ele, é reconhecer que o trabalho médico é incompleto, que necessita do saber e da prática de enfermagem para realizar um plano terapêutico coletivo. Como ao trabalho médico, o trabalho de enfermagem é complementar também ao trabalho das demais categorias e vice-versa e isso é válido tanto para os que trabalham com HIV/AIDS no SAE, como em outras especialidades e instituições de saúde.

O contexto de luta pelo fortalecimento do poder social da categoria não se reduz ao reconhecimento legal do benefício prestado, mas se traduz numa questão política mais ampla. A garantia dos direitos é um processo constante de enfrentamento e implica a luta pela garantia da comunicação entre os seres humanos, da organização, da liberdade de palavras e

ações de opinião. Cada grupo de profissional deve fazer uma análise concreta da situação, das forças, pressões e enfrentar o desafio de ser o interlocutor e ator da transformação (Senac Chompré e Egry, 1998).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procuramos, neste trabalho, apresentar uma contribuição ao estudo do processo de trabalho em HIV/AIDS realizado pela equipe de saúde de um Serviço de Assistência Especializada. Essa discussão não é simples, pois a realidade do processo de trabalho no SAE é extremamente complexa e rica, carecendo, inclusive da aproximação através de outras construções teóricas.

Fizemos um recorte do micro espaço, centrado no cotidiano do processo de trabalho em saúde realizado no serviço. Analisamos o objeto de intervenção, as ações dos trabalhadores, a articulação entre eles, a organização e o controle do processo de trabalho, sua finalidade e aprofundamos o estudo da enfermagem enquanto trabalho, seu espaço social de trabalho no SAE e as relações, entre seu saber e fazer, com o conjunto mais amplo das práticas de saúde.

Utilizamos como fundamento teórico a abordagem histórico-estrutural e para análise dos dados, a análise do discurso recorrendo também aos conceitos de campo, núcleo, equipe integração e equipe agrupamento segundo os autores referidos. Nesta abordagem compreendemos o processo de trabalho em HIV/AIDS como uma prática histórica, crítica e socialmente determinada que pode ser transformadora, a depender de toda uma conjuntura, conscientização e mobilização dos seus agentes.

Constatamos, no estudo do processo de trabalho no SAE, que a força de trabalho é majoritariamente feminina, a equipe é formada, em sua maioria, por trabalhadores jovens com bastante experiência na especialidade e que acumulam mais de um vínculo empregatício. Todos os trabalhadores realizaram treinamentos e reciclagens na área do HIV/AIDS, nos últimos cinco anos. O serviço conta com estrutura física e humana deficitárias, porém, dentro de suas possibilidades, procura oferecer aos usuários ambiente agradável para o atendimento e

acolhida, o que, de certa forma, o diferencia da grande maioria dos serviços públicos de saúde.

Entre os fatores que dificultam o desenvolvimento do trabalho foi referida pelos trabalhadores a falta de instrumentos e apoio institucional, inviabilizando ou limitando a motivação para diversificar as ações na assistência aos usuários. Estes fatores, de uma forma ou de outra, restringem a motivação e criatividade que constatamos existir em alguns trabalhadores para o exercício de uma prática conscientizadora. Alguns trabalhadores referiram estarem satisfeitos com os instrumentos oferecidos.

Os trabalhadores visualizam a maioria dos usuários como pertencentes à classe econômica baixa, vítimas da discriminação social, limitados e passivos perante a própria situação e ao serviço, enquanto outros possuem certo poder de barganhar por um serviço de qualidade, o que está ligado à participação em organizações que lutam por esses direitos. Quanto a isto, consideramos ser necessária a realização de outros estudos que venham caracterizar melhor essa clientela, para esclarecer questões ligadas a estilo e qualidade de vida, gênero, participação social e política, entre outros, que parecem influenciar na forma dos usuários se portarem no SAE.

Essa percepção predominante sobre a clientela esteve refletida no modo como os trabalhadores visualizam a finalidade do trabalho em HIV/AIDS, perpassada por uma visão do processo saúde – doença que vai para além da perspectiva biológica, mas também relacionando a determinações sociais e dependente da ação de muitos sujeitos, de suas relações entre si, de fatores culturais, da forma como a sociedade se organiza e das condições diferenciadas de sobrevivência dos indivíduos. Entretanto, na categoria predominou a visão de finalidade do trabalho em HIV/AIDS voltado para a atenção curativa, com ênfase na terapêutica medicamentosa.

As enfermeiras identificam e valorizam não só atividades que compõem o núcleo de seu trabalho, como valoriza também atividades que compõem o campo do saber em HIV/AIDS. Por sua vez, as categorias do serviço social, psicologia e os auxiliares de enfermagem, têm forte tendência a valorizar as atividades que compõem seu núcleo de trabalho ou que não podem ser realizados por outras categorias. Mesmo assim, essas categorias revelaram certa valorização do trabalho cooperativo e interdisciplinar. Já a categoria médica identifica-se e valoriza, essencialmente, a consulta clínica, o que, nesse serviço, comprehende o próprio núcleo do trabalho médico.

Como a consulta clínica é hipervalorizada pela categoria médica e pela instituição, no serviço, a maioria dos médicos não se apercebe de um conjunto importante de atividades de campo oficialmente previstas para o SAE pelo Ministério da Saúde e essenciais na abordagem a pessoas com HIV/AIDS.

Ao refletir sobre os discursos dos trabalhadores quanto à organização, a finalidade, a articulação e integração da equipe, concordamos que se deve trabalhar com os conceitos de *campo* e de *núcleo*, resultando em atividades específicas de cada profissão e atividades de campo que devem ser compartilhadas por todos, justificando a composição diversificada da equipe de saúde.

A finalidade do trabalho no SAE foi definida pelos trabalhadores a partir de concepções distintas do processo saúde-doença e da forma como atuam no serviço. Sobressaiu-se a ênfase ao acompanhamento da terapia medicamentosa, mais citado pelos médicos, e o acompanhamento ligado às questões psico-sócio-econômicas e culturais, citado pelas psicólogas, assistentes sociais e enfermeiras. No entanto eles consideraram que essa finalidade, tanto no âmbito da terapêutica medicamentosa quanto nos aspectos que a transcendem, é apenas parcialmente atingida, devido a fatores, muitos dos quais independentes do trabalhador da saúde.

No processo de trabalho no SAE estão presentes diferentes tipos de articulação entre as diversas categorias profissionais que ali trabalham. Em consequência disso, caracterizamos a equipe de trabalho do SAE como equipe agrupamento, em que ocorre a fragmentação das ações. Constatamos uma maior proximidade e integração entre enfermeiras, psicólogas e assistentes sociais e a percepção destas de um certo distanciamento por parte dos médicos. Alguns médicos, por sua vez, reconhecem o distanciamento dessa categoria em relação aos demais trabalhadores e estão cientes quanto aos prejuízos daí resultantes para a assistência.

A constatação de que enfermeiras, assistentes sociais e psicólogas valorizam tanto suas atividades de núcleo quanto as de campo e de que estas trabalhadoras desenvolvem articulação mais estreita, permitiram visualizar a possibilidade de mudanças em direção à condição de equipe integração.

Consideramos ser necessário, em outro momento, aprofundar essa discussão, para entender que fatores, além da extrema valorização das atividades-núcleo de seu trabalho, influenciam decisivamente no agir dessa categoria.

Identificamos, nesse serviço, a predominância do modelo de atenção centrado na prática médica, resultando que as demais atividades giram em torno desta atividade, caracterizando o que se denomina como interdisciplinaridade auxiliar. A prática médica se apresenta como reiterativa do modelo biomédico da saúde e revela resistência ideológica aos modelos de reprodução social da saúde, tendo dificuldades de realização de um trabalho articulado às demais práticas.

Somada aos conflitos existentes no processo de trabalho em HIV/AIDS e anteriormente referidos, encontramos tensão importante relativa à forma centralizada de coordenação do trabalho, que prioriza a atenção individual e o cuidado do corpo biológico, além de ser exercida sempre por médicos e privilegiar esta categoria em detrimento das outras, constituindo o denominado poder de autolegitimação.

Além da postura corporativa dos médicos, existem outros fatores que contribuem para reforçar o fato acima. Um deles está relacionado à ênfase oficial que historicamente vem sendo dada à terapêutica medicamentosa na assistência em HIV/AIDS, o que reforça a tendência de centralismo da prática médica. Isso tem justificado, em parte, a falta de investimento financeiro e humano, tanto pela instituição como pela política de recursos humanos do Estado em outras atividades que possam ser desenvolvidas no SAE como o trabalho com grupos. Um reflexo disso é o baixo investimento da instituição na ampliação e diversificação das atividades do serviço social, psicologia e enfermagem, revelado, principalmente, no não agendamento dos atendimentos, na falta de ambiente e materiais que viabilizem essas atividades.

As enfermeiras conseguem, de certa forma, articular seu saber específico com o saber de campo que é partilhado pelos trabalhadores que atuam em HIV/AIDS. No entanto, enfrentam dificuldades concretas de lutar pela ampliação do espaço social e pelo reconhecimento do seu trabalho no SAE, por questões ligadas à hierarquia, ao poder e ao sistema de privilégios que permeiam o SAE, bem como uma certa acomodação por parte delas.

Tanto quanto o campo em que está inserido, o espaço social e o trabalho de enfermagem em HIV/AIDS estão em construção e legitimação. Como tecnologia em elaboração, esse trabalho carece de esforços de seus agentes para o repensar e refletir críticos, o que requer amadurecimento desses sujeitos, não apenas do ponto de vista técnico, mas principalmente do ponto de vista teórico e político.

Evidenciamos ser o trabalho de enfermagem complementar ao trabalho médico e aos outros trabalhos no interior do SAE estudado. O trabalho de enfermagem ser complementar ao trabalho médico, não implica que seja subordinado a ele, mas complementar. Significa que o outro trabalho, como o da enfermagem, é incompleto. Tanto o trabalho de enfermagem,

como o do médico, do assistente social e do psicólogo, são incompletos e o conjunto articulado e com alguma finalidade comum desses saberes é que tende a garantir um plano terapêutico efetivo ao usuário do SAE.

A superação das dificuldades e contradições apreendidas no desenvolvimento do processo de trabalho do SAE passa, também, pela compreensão de que os núcleos das atividades por categoria são distintos e autônomos e que as atividades complementares são tão importantes quanto às de núcleo na totalidade da atenção à saúde dos usuários.

Os trabalhadores do SAE devem buscar, a partir do trabalho articulado e integrado, uma prática social que possa superar o pensar e o fazer em saúde sustentada pelo modelo hegemonicamente dominante.

Assim, não é possível fazer avançar o processo de trabalho dos diferentes núcleos e saberes atuantes no SAE, sem a articulação e integração dos trabalhadores e do trabalho. É necessário partir das próprias contradições e conflitos gerados pela forma como se apresenta o processo de trabalho, e incluir elementos que atendam à demanda e às necessidades desses trabalhadores.

Confirmamos nosso pressuposto de que os trabalhadores do SAE, operam sobre um objeto novo, estando esse trabalho ainda em construção. Cada trabalhador constrói seu saber e fazer em maior ou menor articulação com os demais trabalhadores, ou seja, as enfermeiras desenvolvem maior articulação de seu trabalho com as psicólogas e assistentes sociais, e vice-versa e menor articulação com os médicos. Essa maior articulação entre o trabalho de enfermeiras, assistentes sociais e psicólogas parece ser explicada pela concepção semelhante que têm sobre a finalidade do trabalho em HIV/AIDS e uma percepção também comum quanto à existência de um campo de atividades que são compartilháveis. Entendemos que nesse campo os trabalhadores expressam pontos de vistas diferentes, divergências, contradições, concepções distintas, o que justifica as diferentes percepções dos trabalhadores

quanto à finalidade, satisfação e como percebem o sistema de privilégios que existe no serviço. No processo de trabalho do SAE verificamos, claramente, uma reprodução do modelo biomédico e do poder e das forças hegemônicas que operam na saúde.

Trabalhar coletivamente em saúde não é somar partes desvinculadas nem fugir dos conflitos e contradições inerentes ao processo de trabalho. É respeitar diferenças e dialogar na busca daquilo que se quer.

Embora este estudo tenha sido realizado em um Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS específico e com um número relativamente reduzido de trabalhadores, acreditamos que os aspectos levantados, analisados e discutidos quanto ao processo de trabalho, podem ser úteis a outros espaços institucionais onde se realiza o trabalho em saúde. Portanto, esperamos que as reflexões geradas por esse estudo possam contribuir para o entendimento do processo de trabalho realizado por equipes de saúde.

Ao caracterizarmos o processo de trabalho no SAE vislumbramos alguns pontos passíveis de transformação. Para não correr o risco de cristalizar, ainda mais, os aspectos considerados contraditórios e conflitivos ali identificados, levaremos essa discussão aos trabalhadores do SAE, para que, juntos, possam pensar estratégias que potencialmente sejam compartilháveis e assumidas por um número crescente deles.

Proceder à análise tão aprofundada, de um objeto de estudo tão complexo, não foi tarefa simples, tanto por esta mesma complexidade, como pelos meandros institucionais e relacionais que tivemos que percorrer. Houve recantos materiais não tão acessíveis e espaços subjetivos delicados que foram mostrados. Esse contexto operacional da investigação nos fez atentar permanentemente para o lado ético do processo de pesquisar, tendo em vista a meta de que este estudo pudesse abrir portas no âmbito institucional, e não fechá-las, para não ferir sensibilidades dos sujeitos.

Concluímos afirmando que há condições objetivas e subjetivas que influenciam a organização tecnológica do processo de trabalho em HIVAIDS. Para que os trabalhadores possam atuar de forma transformadora é preciso que tenham disponibilidade para admitir e lidar com os problemas considerados centrais.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABIA - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS-ABIA. AIDS e pobreza. N° 44, janeiro-março, 2000.

AÇÃO ANTI-AIDS. Assistência em HIV/AIDS. Boletim Internacional sobre prevenção e assistência à AIDS. N° 43 janeiro-março 2000.

AÇÃO ANTI-AIDS. Desafiando o estigma e a discriminação. Boletim internacional sobre prevenção e assistência à AIDS. N° 46 janeiro-março 2001.

ALMEIDA, M. C. P de & ROCHA, J. S. Y. **O saber de Enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo, Cortez, 1986. 128p.

ALMEIDA, M. C. P de & ROCHA, S. M. M (org). **O trabalho de enfermagem.** São Paulo, Cortez, 1997. 296p.

ALMEIDA, M. C. P de; MISHIMA, S. M; PEDUZZI, M. A pesquisa em Enfermagem fundamentada no processo de trabalho: em busca da compreensão e qualificação da prática de enfermagem. **Anais do 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e 10º Congresso Panamericano de Enfermería**, Florianópolis-Santa Catarina, 1999. 571p.

ALMEIDA, M. C. P; MELO, D. F. de; SOUZA NEVES, L. O trabalho da enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva-rede básica de saúde em Ribeirão Preto. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v44, n2/3, p.64-75, abr/set, 1991.

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. **Ciência e saúde coletiva** 11(1/2), 1997.

ALVES-MAZZOTT, A. J ; GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa.** São Paulo. Editora Pioneira., 1998. 205p.

ANTUNES, A. V & ANNA, L. R. S. Satisfação e motivação no trabalho do enfermeiro. **R. Bras. Enferm.** Brasília, v.49, n3, p. 425-434, jul/set.1996.

ANTUNES, R. Adeus ao trabalho: **Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho.** 5º edição. São Paulo. Cortez, 1998. 155p.

BRASIL, Ministério da Saúde e Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Boletim epidemiológico - AIDS**. Brasília, Ano XI, Nº 03, junho a agosto de 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde e Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Aconselhamento: um desafio para a prática integral em saúde**. Brasília, 1999. 69p.

BRASIL, 1986. Lei nº 7.498 de 25 junho de 1986. dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Brasília: **Diário oficial da União**, pp. 9273-9275, 26 jun. Seção I.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96. Decreto nº 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, v.4, n.2Supl, p 15-25, 1996.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3^a edição. Tradução Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro. Editora Guanabara, 1987. 379p.

BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à análise do discurso**. 6^o edição. São Paulo-Campinas, Editora da Unicamp, 1997. 106p

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 8^o edição. São Paulo. HUCITEC, 1997.

BREILH, J. **Nuevos conceptos y tecnicas de investigacion**: guia pedagogico para un taller de metodología (epidemiología del trabajo). tercera edición, Quito- Ecuador. Centro de Estudios y Asesoría en Salud – CEAS, 1997.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO DE VIGILÂNCIA À SAÚDE. AIDS no Ceará, 1983 – 1996. Secretaria de Saúde, Departamento de Epidemiologia/DIS. Fortaleza, Ceará, novembro de 1996.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a Ciência , a Sociedade e a Cultura emergente. São Paulo. Coutrix, 1982.

CATTANI, A . D. **Trabalho e tecnologia**: dicionário crítico. 3^a edição. Petrópolis-RJ. Editora vozes, 2000. 292p.

CARVALHO, A. I. et al. **Modelos de atenção à saúde: fundamentos e conceitos.** In Gestão de saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde programa de educação a distância. Rio de Janeiro. Fiocruz; Brasília UnB, 1998.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde.** São Paulo. Editora Hucitec, 1992. 220p.

CAMPOS, G.W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, 5 (2): 219-230, 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde.** In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. (Org). Agir em saúde um desafio para o público. São Paulo : HUCITEC/ABRASCO, 1997.p. 229-226.

CÁCERES, C. F. Opressão sexual e vulnerabilidade ao HIV. In **Boletim ABIA**, janeiro-março, São Paulo, de 2000.

CECÍLIO. L. C. O (Org); MERHY. E.E; CAMPOS, G. W. S.; **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo. HUCITEC, 1994.

CECÍLIO. L. C. O. Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades. **Cad. Saúde pública.** V.16 n.4. Rio de Janeiro. Out/dez, 2000.

CN-DST-aids. Coordenação Nacional de DST e Aids, 1997. **Aconselhamento em DST, HIV, Aids: diretrizes e procedimentos básicos.** Brasília: Ministério da Saúde .

CLARKE, Simon. “ **Crise do fordismo ou crise da social-democracia?**”. São Paulo.Lua Nova., n 24, Cedec, 1991.

CHIESA. A . M; BERTOLOZZI. M. R; FONSECA. R. M. G. S. **A enfermagem no cenário atual: ainda há possibilidade de opção para responder às demandas da coletividade?** O Mundo da Saúde – São Paulo, ano 24 v.24n.1 jan/fev.2000 .

CODO, W; SAPAIO, J. J. C; HIMOMI, A . H. **Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar.** Petrópolis. Vozes, 1993. 280p

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho:** estudo de psicopatologia do trabalho. 5^a edição ampliada. São Paulo. Cortez, 1992.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais.** 3ed, revista e ampliada. São Paulo. Editora Atlas S.A. 1995a. 293p.

DEMO. P. **Cidadania tutelada e cidadania assistida.** Campinas-SP. Autores associados, 1995b. 171p.

EGRY, E. Y ; SHIMA, H (Coord). **Integração docente assistencial como referencial teórico-metodológico para o ensino e a pesquisa de assistência em enfermagem em saúde coletiva.** São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 1992. p112.

Egry, E. Y. **Saúde coletiva:** construindo um método em enfermagem. São Paulo. Editora Ícone, 1996.

FALEIROS, V. P. **Saber profissional e poder Institucional.** 5^a edição. São Paulo. Cortez, 1997. 159p.

FILGUEIRAS. S. L; FERNANDES. N. M; GONÇALVES. J. E;. Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos. **J Bras Doenças Sex Transm** 10(3): 21 – 29, 1998.

FRAGA. M. N. O . **A prática de enfermagem:** subordinação e resistência. São Paulo: Cortez, 1993. 158p.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 13^aedição. São Paulo. Paz e Terra, 1996.

FRIEDMANN, G; NAVILLE, P. **Tratado de sociologia do trabalho.**v1, São Paulo. Cultrix., 1973.

FROMM, E. **Conceito marxista de homem.** 8ed. Rio de Janeiro. Zahar, 1983.

FURTADO, Juarez. Pereira. **Ciências & Saúde Coletiva**,6(1): 165-181,2001.

GONÇALVES, F. S. **Trabalho, conhecimento, descoberta do ser sujeito: um desafio para a escola.** Contexto e Educação. Editora UNIJUÍ. Ano 11. N46, abr/jun, 1997. P74-104.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de São Paulo. HUCITEC-ABRASCO, 1994.

GUIMARÃES, M. D. C & ACURCIO, F. A. Utilização de medicamentos por indivíduos HIV positivos: abordagem qualitativa. **Rev. Saúde Pública** v.33 n.1 São Paulo fev. 1999.

IANNI, O; FERNANDES, F. **MARX – Sociologia.** 6º edição. São Paulo. Editora Ática, 1988. 102p.

KRAPIVINE, V. V. **Filosofia marxista-leninista: fundamentos científicos e métodos de estudo.** Moscou: Progresso, 1984.

LEOPARDI, M. T; ALMEIDA, M.C.P; ROCHA S.M.M. O significado da assistência de enfermagem no resultado da assistência à saúde. **Rev. Bras Enferm** 1992;45(4): 249-258.

LIMA, R. C. D. **Enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde.** Edufes. Vitória, 2001. 260p.

MACHADO, M. H. A profissão e enfermagem no século XXI. **R. Bras. Enferm**, Brasília, v. 52, n.4, p. 589-595, out/dez. 999.

MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil:** um retrato da realidade. Rio de Janeiro. Fiocruz, 1997. 244p

MARX, K. **O Capital: crítica da Economia Política.** Livro Primeiro. O processo de produção do capital. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. V. 1, 579p.

MELO, C. M. M. **A divisão social do trabalho e enfermagem.** São Paulo, Cortez, 1986.

MERHY, E. E; FRANCO, B. T; BUENO, W. S. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** V. 15. n.2 . Rio de Janeiro abr/jun, 1999.

MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Org). **Agir em saúde um desafio para o público.** São Paulo : HUCITEC/ABRASCO, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde.** 3.ed. São Paulo: HUCITEC_ABRASCO, 1996.

ORLANDI, E. P. (Org). **Gestos de leitura da história do discurso.** 6º edição. Campinas-São Paulo. Editora da UNICAMP, 1997.

PATTON, M. **Qualitative evaluation methods.** Londres. Sage Publications, 1986.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia **Rev. Saúde Pública** v.35 n.1 São Paulo fev. 2001.

PITTA, A. **Hospital dor e morte como ofício.** 4ª edição. São Paulo. HUCITEC, 1999. 198p.

POLIT, D. F; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem.** 3ª edição. Porto Alegre. Artes Médicas, 1995.

RAMOS, F.R.S; VERDI, M. M; KLEBA, M. E. **Para pensar o cotidiano: Educação em Saúde e a Práxis da Enfermagem.** Florianópolis. Ed. da UFSC, 1999.

REZENDE. A . L . M. **Saúde dialética do fazer e do pensar.** São Paulo. Cortez Editora. 1986.

SAYD, J. D. Novos paradigmas e saúde, notas de leitura. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 9(1):113-121, 1999.

SÁ, L. M. ... E a enfermagem no século XXI ?. **R. Bras. Enferm.**, Brasília, v.52, n. 3, p. 375-384, jul/set. 1999.

SCHRAIBER, L. B. Desafios atuais da integralidade em saúde. **Jornal da redesaúde.** Nº 17, maio de 1999. p. 17-19.

SCHAFFER, J. S. S. Capital X Trabalho X Qualidade total X Educação. **Consciências.** Palmas- Pr 12(1)51:64, jan/jun, 1998.

SENA-CHOMPRÉ, R. R; EGRY, E. Y. **A enfermagem nos projetos UNI: contribuição para um novo projeto político para a enfermagem brasileira.** HUCITEC. São Paulo, 1998. 189p.

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ. Relatório da oficina de planejamento estratégico 2001/2002 análise de situação e resposta. Ceará, setembro, 2000.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional.** São Paulo. Cortez Editora, 1986.

SILVA, C. L. C da. ONGS/Aids, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social. **Cad. Saúde Pública** v. 14 supl. 2 Rio de Janeiro 1998.

SILVA, L. M. S. **Aspectos epidemiológicos da SIDA no Ceará.** Fortaleza, 1996. 79p. Dissertação de (Mestrado). Universidade Federal do Ceará.

SOUZA, D. B; SANTANA, M. A; DELUIZ, N. **Trabalho e educação: centrais sindicais e reestruturação produtiva no Brasil.** Rio de Janeiro. Quartet, 1999. 196p.

SOARES, Lea. Beatriz. Teixeira. **Terapia ocupacional: lógica do capital ou do Trabalho?** São Paulo. Editora Hucitec, 1991.

SPRADLEY, J. **Participant observation.** New York. Winston, 1980.

TRIVINOS, A . N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais.** São Paulo: Atlas, 1990.

VASCONCELOS, E. **Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em saúde mental.** Escola de Serviço social da UERJ, Rio de Janeiro, 1996, mimeo.

ABSTRACT

SILVA, L. M. S. **The HIV/AIDS (SAE) working process in a specialized attendance service:** the nucleus constitution, the knowledge field and their different articulations. Fortaleza, 2002. (Doctorate) Thesis – Nursing Department; Drugstore, Dentistry and Nursing's College, Ceará's Federal University, 2002.

This work consists in a working process study accomplished in a HIV/AIDS (SAE) Specialized Attendance Service of Fortaleza-CE. It had as a general objective to characterize the working process developed by health team, and, specifically, to identify the different professional's categories perception due to their work; to verify the articulation and integration degrees between the different workers categories and its repercussion during the work accomplishment; to understand how takes place in the HIV/AIDS working process the articulation among knowledge, and specific and collective professional tasks who are acting in this process; to discuss about nursing's social space, to identify positive and negative working factors according to the different workers' categories point of view. It is a qualitative approach study, based on structural-historical theoretical references. Direct observations were used in data collection process, with annotations in a field diary and semi-structured interviews. The field research was accomplished from February to July of 2001. We worked with 20 SAE workers. According to the results, it was possible to affirm that the big majority of workers are women, the team is formed, almost totally, by young workers with plenty specialty experience, purchasing more than one job. The clients are characterized for belonging to the low economical class. We identified an physical and human deficient structure service. We also verified that the nursing category identifies and values both the activities that compose its nucleus and the HIV/AIDS knowledge field, while doctor, social services, psychologists and the nursing assistants have strong tendency to valorize nucleus' activities. We can consider the SAE work team as a grouping team, where the actions fragmentation happen. We identified, in that service, the predominance of the doctor's practice attention centered model, in fact, other activities rotate around this activity. The medical practice comes as part of a biomedical health model revealing an ideological resistance to the health social reproduction models, having difficulties in the accomplishment of an articulated work with other practices. The nurses face concrete difficulties due to the amplification of their social space and the recognition of their work in SAE. We concluded, confirming our presupposition that the HIV/AIDS nursing work, in the studied service, deals with a new object, being that work still in construction, as well as other works which take place there. The nurses develop a bigger articulation of their work with the psychologists and social workers and a smaller articulation with doctors. That larger articulation seems to be explained by the similar conception that those workers have about the purpose of the HIV/AIDS work and the common perception in relation to the existence of an activities field that can be shared.

keywords: Health working process; HIV/AIDS specialized attendance service.

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CURSO DOUTORADO

ANEXO I

1. DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES

1. Código na pesquisa: _____ Data : ____ / ____ / ____
2. Idade: _____
3. Sexo: _____
4. Estado civil: _____
5. Formação: _____
6. Tempo de formatura : _____
7. Tempo de trabalho na área da saúde: _____
8. Tempo de trabalho no serviço: _____
9. Recebeu treinamento quando admitido: Sim () Não () Em que? _____
Nº horas _____
10. Trabalha em outro local: Sim () Não ()
Quais? _____
11. Formação adicional: Sim () Não () Especificar o nível: _____
12. Aperfeiçoamento e reciclagem nos últimos 5 anos na área: Sim () Não ()
Qual? _____
- Outro cursos na área da saúde: _____
13. Locais em que trabalhou na área da saúde (tempo e função): _____

ANEXO II

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Que atividades você desenvolve em seu trabalho neste serviço?

Como se dá a continuidade dessas atividades?

2. Qual(is) atividades descrita(as) você identifica como mais essencial(is) no seu trabalho?

Por quê?

3. Qual a finalidade do trabalho que você realiza neste serviço? Você considera que atinge essa finalidade? Como?

4. Como você se sente realizando este trabalho?

5. Como você percebe o reconhecimento, aceitação e impacto do trabalho que você realiza neste serviço?

6. Como é feita a divisão do trabalho entre as categorias profissionais neste serviço ?

E entre os profissionais de uma mesma categoria? Há divisão?

7. Qual a relação do trabalho que você realiza com o trabalho das outras categorias profissionais?

8. Como esta relação repercute no trabalho como um todo?

9. Consegue distinguir seu fazer específico do fazer coletivo?

10. Qual é o objeto do seu trabalho neste serviço?

11. Como você aprecia os instrumentos que você utiliza na execução do seu trabalho?

12. Como é feita a organização do trabalho e que formas de controle você identifica?

13. Você tem dificuldades para desenvolver seu trabalho? Quais? Emocionais; profissionais; institucionais?

14. Como você vê o usuário que procura o SAE?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DOUTORADO

ANEXO III

DECLARAÇÃO

Declaramos, ao Comitê de ética do Hospital São José, que as responsabilidades do processo de realização da pesquisa, no tocante a conflitos que por ventura venham ser gerados, comprometendo a integridade e o bem estar dos sujeitos, bem como cobertura de despesas decorrente da participação dos sujeitos na pesquisa, serão de responsabilidades do pesquisador e de seu orientador, cabendo ao Programa de Pós-graduação atuar nas questões que apresentarem complexidade maior e que não sejam resolvidos pelo pesquisador e orientador. Declaramos, ainda, a total garantia de que os danos previsíveis serão evitados e que o compromisso é com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos para os sujeitos.

Pesquisadora principal

Lucilane Maria Sales da Silva

Data: ____ / ____ / ____



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CURSO DOUTORADO

ANEXO IV

CONSENTIMENTO LIVRE ECLARECIDO

Pesquisa: Organização social do processo de trabalho em HIV/AIDS: o saber tratado como uma tecnologia em construção no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Fortaleza-CE.

Solicitamos sua colaboração, no sentido de participar desta pesquisa, respondendo a entrevista. Trata-se de uma pesquisa que será realizada com a equipe de trabalhadores que atende neste SAE, objetivando caracterizar o processo de trabalho da equipe.

Ressaltamos, que terá total liberdade para se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

A entrevista será realizada por uma enfermeira e pesquisadora principal, que deverá conduzir o processo respeitando os preceitos éticos, garantindo sigilo que assegura sua privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa e procurando deixá-lo informado acerca da metodologia que deverá ser utilizada. Os desconfortos eventuais, que surgirem, deverão ser contornados, de forma que se possa chegar, com satisfação, aos benefícios esperados.

Consideramos oportuna a realização deste trabalho, tendo em vista que poderá contribuir para a compreensão das ações específicas de cada categoria profissional, além de ampliar a literatura que trata dos problemas específicos do processo de trabalho em HIV/aids.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Data. ____ / ____ / ____



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DOUTORADO

ANEXO V

DECLARAÇÃO

Declaramos para o Comitê de Ética do Hospital São José de Doenças Transmissíveis que o resultado da pesquisa que propomos iniciar, nesta instituição, será tornado público, seja este favorável ou não, e, ainda, que os dados coletados serão destinados tão somente para refletirmos sobre o processo de trabalho no SAE e compreendermos o processo de participação e interação dos profissionais no serviço.

Pesquisadora principal

Lucilane Maria Sales da Silva

Data. ____ / ____ / ____

QUADRO III. Distribuição dos atendimentos psicológicos, sociais e de enfermagem no mês e no semestre. Fortaleza-CE, 2001.

Mês	Atendimento	Atendimento Psicológico		Atendimento Social		Atendimento de Enfermagem			
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
	Janeiro	91	18,2	118	26,8	33	18,6	123	21,0
Fevereiro		23	4,6	15	3,4	18	10,2	38	6,5
Março		58	11,6	62	14,1	26	14,7	106	18,1
Abril		90	18,0	77	17,5	24	13,6	89	15,2
Maio		113	22,6	75	17,0	45	25,4	123	21,0
Junho		126	25,1	94	21,3	31	17,5	106	18,1
TOTAL		501	100,0	444	100,0	177	100,0	585	100,0

QUADRO IV. Distribuição do número de participantes do trabalho de grupo ministrado pelo Serviço Social no mês e no semestre. Fortaleza-CE, 2001.

MÊS	N.º DE PARTICIPANTES	
	N.º	%
Janeiro	17	22
Fevereiro	-	-
Março	21	27
Abril	14	18
Maio	12	16
Junho	13	17
TOTAL	77	100

ANEXO VI

EXPRESSÃO QUANTITATIVA DO TRABALHO REALIZADO NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS

QUADRO I. Distribuição dos aconselhamentos e entregas de preservativos realizados pelas enfermeiras no mês e no semestre. Fortaleza-CE, 2001.

ATENDIMENTO MÊS	ACONS. PRÉ-TESTE	ACONS. PÓS-TESTE	PRESERVATIVO	TOTAL
Janeiro	136	40	46	222
Fevereiro	31	44	19	94
Março	112	116	30	258
Abri	76	76	33	185
Maio	69	60	38	167
Junho	83	67	52	202
TOTAL	507	403	218	1.128

QUADRO II. Distribuição dos atendimentos realizados por psicólogos e assistentes sociais no mês e no semestre. Fortaleza-CE, 2001.

ATENDIMENTO MÊS	ACONS. PRÉ-TESTE		ACONS. PÓS-TESTE		PRESERVATIVO		TOTAL	
	P	AS	P	AS	P	AS	P	AS
Janeiro	70	52	55	50	16	-	141	102
Fevereiro	25	19	13	38	09	01	47	58
Março	46	74	47	120	04	03	97	197
Abri	42	30	50	52	15	-	107	82
Maio	32	21	59	25	18	-	109	46
Junho	49	25	50	15	14	01	113	41
TOTAL	264	221	274	300	76	05	614	526

* P = Psicólogo e AS = Assistente social Acons = aconselhamento

CONSULTAS MÉDICAS

Total de consultas médicas no primeiro semestre de 2001 - 28487

Total de consultas canceladas - 2435

Os dados constantes nesses quadros, se associados aos que foram analisados pelos discursos dos trabalhadores, demonstram que o ritmo de trabalho no SAE é intenso. Isto confirma a necessidade premente do serviço no tocante à contratação de recursos humanos para a saúde.