



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO
CHAGAS
MESTRADO EM PESQUISA CLÍNICA EM DOENÇAS
INFECCIOSAS

CARLA ALMEIDA ALVES

HIV E PREVENÇÃO: UMA APROXIMAÇÃO ETNOGRÁFICA
À PRÁTICA DO RESIDENTE MÉDICO NO IPEC
(2013/2014)

RIO DE JANEIRO

2015

DISSERTAÇÃO DPCDI-INI

C.A.ALVES

2015

HIV E PREVENÇÃO: UMA APROXIMAÇÃO ETNOGRÁFICA À PRÁTICA DO RESIDENTE MÉDICO NO IPEC (2013/2014)

CARLA ALMEIDA ALVES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas para a obtenção do grau de Mestre em Ciências, sob a orientação da Prof^a Dr^a. Beatriz Gilda Jegerhorn Grinsztejn e da Prof^a Dr^a Maria Regina Cotrim Guimarães.

RIO DE JANEIRO

2015

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

A474 Alves, Carla Almeida

HIV e prevenção: uma aproximação etnográfica à prática do residente médico no IPEC (2013/2014) / Carla Almeida Alves. – Rio de Janeiro, 2015.

xiii, 127 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Pós-Graduação em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas, 2015.

Bibliografia: f. 105-115

1. HIV/AIDS. 2. Prevenção. 3. Tecnologia Biomédica. 4. Residência médica. 5. Etnografia. I. Título.

CDD 616.9792

CARLA ALMEIDA ALVES

HIV E PREVENÇÃO: UMA APROXIMAÇÃO ETNOGRÁFICA À PRÁTICA DO RESIDENTE MÉDICO NO IPEC (2013/2014)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas para a obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientação: Prof^a Dr^a. Beatriz Gilda Jegerhorn Grinsztejn e da Prof^a Dr^a Maria Regina Cotrim Guimarães.

Aprovado em: / /

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Valdiléa Gonçalves Veloso dos Santos (Presidente)
Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - INI/FIOCRUZ

Dr^a Cristina de Albuquerque Possas
Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas - INI/FIOCRUZ

Dr Eduardo Navarro Stotz
Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ

Dr^a Sandra Wagner Cardoso – Revisora e Suplente
Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas – INI/FIOCRUZ

*Aprendo com abelhas mais do que com aeroplanos
É um olhar para baixo que eu nasci tendo.
É um olhar para o ser menor, para o insignificante que eu criei tendo.
O ser que na sociedade é chutado como uma barata – cresce de importância para o
meu olho.
Ainda não entendi por que herdei esse olhar para baixo.
Sempre imagino que venha de ancestralidades machucadas.
Fui criado no mato e aprendi a gostar das coisinhas do chão - antes que das coisas
celestiais.
Pessoas parecidas de abandono me comovem: tanto quanto as soberbas coisas
ínfimas.*

in “Retrato do Artista quando Coisa” (1998)

DEDICATÓRIA

À minha Mãe Diva e meu Pai Caio por terem sempre incentivado minha autonomia e meu encanto pela liberdade.

Ao meu amor, Alúcio, que é um grande companheiro e por quem continuo apaixonada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que se relacionam ou se relacionaram comigo e nessa vida me fazem pensar e me reinventar.

Esses dois anos de mestrado são fruto de uma longa caminhada, mas algumas pessoas estiveram presentes nesse período de diversas formas e fizeram a diferença. Sou imensamente grata:

À minha analista que embora eu esteja temporariamente distante, ainda ouço o ecoar de todo o processo de crescimento;

À toda minha família que tem me suportado estressada e sem tempo. Essa etapa acabou!

Ao meu irmão que tem estado só, junto às demandas familiares, em função da minha falta de tempo. Minha gratidão!

Ao Roulian (*in memoriam*) por todo o seu apoio nos momentos mais difíceis... sua generosidade sempre foi um exemplo.

À Zezé e ao Urquilei Pinheiro, meu reconhecimento por toda a amizade e por todo aprendizado que me proporcionaram.

À Capes por ter concedido a bolsa de mestrado.

À Beatriz Grinsztejn por ter aceitado a orientação, por ter enfrentado junto comigo as primeiras crises e por seu compromisso com a luta pela prevenção ao HIV e contra a AIDS.

À Regina Cotrim pela sensibilidade, amizade, pela generosidade e por ter segurado em minha mão desde o começo desse percurso acadêmico, principalmente nos últimos meses como orientadora.

À Dona Bia, Mãe da Regina Cotrim, por sua sensibilidade, gentileza e por me ajudar na revisão do texto em português.

À Cristina Possas por seu conhecimento, sua generosidade, coragem e também por sua participação na banca.

À Valdiléa Veloso por seu compromisso com a luta pela prevenção ao HIV e contra a AIDS e por sua participação na banca.

Ao Eduardo Stotz e Márcia Guimarães, pelos encontros gastronômicos, étlicos, literários e musicais que sempre estimulam à vida. Ao Eduardo, vai um agradecimento especial por ter, generosamente, contribuído com a bibliografia, pelas discussões

sobre o rumo do estudo e pelas discussões, sempre produtivas, sobre política e saúde. Além de sua participação na banca.

À Monica Teresa pela orientação no estágio docente.

À Sandra Filgueiras por sua amizade e companheirismo.

À Ivia Maksud pelas conversas prévias ao projeto e pela disponibilidade e ajuda na bibliografia.

Às minhas amigas “cajazeiras” pela diversão garantida em cada encontro.

Aos colegas psicólogos Cristiane Castro, Daniel Muñoz e Beto Granjeiro, pela solidariedade e por terem atendido um pouco mais nos momentos em que “pifei”.

Ao Nilo Fernandez por ter participado de dois seminários de qualificação com boas idéias.

Ao meu bebê cachorro, Miguilin, que foi um grande companheiro nos momentos solitários de leitura e escrita.

Aos primos Alves que desde a primeira de nossas festas, no ano passado, proporcionaram boas lembranças de nossa divertida infância e garantiram música, dança e encontros de carinho num momento de poucas esperanças... agora eu quero sempre!

Aos residentes (e pacientes também) que permitiram minha presença em suas consultas e me fizeram refletir muito sobre a reverberação da formação médica em suas práticas cotidianas. Vocês são corajosos!

Ao Alberto Lemos, coordenador da Residência no INI, por ter me aberto as portas do campo de pesquisa.

À Sandra Wagner por ter aceitado ser revisora, não sem protestos, e de fazer parte da banca. Sei que por trás da “ranhetece” há um grande coração!

À minha Mãe, por sua generosidade e seu estímulo em tudo! Mãe é mãe!

Ao João, marido da minha mãe, por seus cuidados com ela, por sua gentileza e generosidade.

Ao meu Pai por fazer tantas perguntas que muitas vezes não sei responder!

À minha avó Lia, 94 anos de força e autonomia!

À Priscilla Sá, Gisele e Cristiano por transbordarem gentilezas!

Ao Toni, Josias e Alcir pela torcida!

Aos amigos de uma vida! Nem dá para citar...

E finalmente, ao meu companheiro de vida que mesmo com meus limites de espaço e tantas outras maluquices, ainda escolheu viver comigo. Te amo!

Alves, C. A. **HIV e prevenção: uma aproximação etnográfica à prática do residente médico no IPEC (2013/2014)** Rio de Janeiro, 2015. 140f. Dissertação [Mestrado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas] – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz.

RESUMO

O cenário da prevenção da infecção por HIV, hoje, é marcado pela discussão e implementação de diversas tecnologias, sendo algumas relacionadas ao uso de antirretrovirais. A orientação e a disponibilização dessas tecnologias dependem, em grande parte, do protagonismo médico. Pretende-se, neste trabalho, entender as percepções, conhecimentos e práticas dos médicos residentes em infectologia do serviço especializado do IPEC-FIOCRUZ sobre as estratégias de prevenção da infecção pelo HIV. Para isso, a etnografia foi a metodologia de aproximação com os residentes do IPEC, através da observação participante e entrevistas. O conhecimento sobre as alternativas de prevenção da infecção por HIV por parte dos residentes se mostrou pouco consistente e sua prática revelou-se basicamente prescritiva. A tradição de um modelo de formação médica que organiza seus saberes-fazer de modo fragmentado, que não privilegia o profissional pensante nem sua responsabilidade social evidenciam o pouco preparo desses jovens residentes em infectologia. A maneira objetiva de cuidar, voltada para o diagnóstico e tratamento de doenças, é resultado da forma acrítica com que se trata o conhecimento científico, da ausência de uma reflexão política da sociedade e de um juízo filosófico.

Palavras chaves: HIV/AIDS, Prevenção, Tecnologia Biomédica, Residência Médica, Etnografia

Alves, C. A. **HIV e prevenção: uma aproximação etnográfica à prática do residente médico no IPEC (2013/2014)** Rio de Janeiro, 2015. 140f. Dissertação [Mestrado em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas] – Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz.

ABSTRACT

Today, the setting of HIV prevention is marked by the discussion and implementation of different technologies, some related to antiretroviral drugs. The orientation and the availability of these technologies depend on the medical role. This work intends to understand the perceptions, knowledge and practices related to strategies to prevent HIV infection by the residents in a specialized centre of infectious diseases, IPEC-FIOCRUZ. So, ethnography was the approach methodology, using participant observation and interviews with the residents. The knowledge of the residents about the options of HIV infection prevention proved inconsistent, and their practice, largely prescriptive. The tradition of a medical training model that organizes its knowledge and practice on a piecemeal way, and does not favour the reflection of the professional or social responsibility, points out to little skills among these young residents. The objective way to care, focused on the diagnosis and treatment of diseases, is a result of the uncritical way by which scientific knowledge is constructed, of the lack of a political reflection of society and of a philosophical judgment.

Keywords: HIV / AIDS Prevention, Biomedical Technology, Medical Residence, Ethnography

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

| | |
|-------------------------|--|
| AMB | Associação Médica Brasileira |
| ABIA | Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS |
| AIDS | Síndrome da imunodeficiência adquirida |
| ARV | Antirretroviral |
| AZT | Azidotimidina é um fármaco utilizado como antiviral |
| CNRM | Conselho Nacional de Residência Médica |
| DST | Doença Sexualmente Transmissível |
| FDA | <i>U.S. Food and Drug Administration</i> |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| HSH | Homem que faz sexo com homem |
| IFF | Instituto Fernandes Figueira – Fiocruz |
| IPEC/INI | Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas – Fiocruz |
| LaPClin/HIV/AIDS | Laboratório de Pesquisa Clínica em HIV/AIDS |
| MEC | Ministério da Educação e Cultura |
| MS | Ministério da Saúde |
| ONG | Organização Não Governamental |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PEP | Profilaxia Pós-exposição |
| PrEP | Profilaxia Pré-exposição |
| PVHA | Pessoas vivendo com HIV/AIDS |
| SAE | Serviço de Assistência Especializada |

| | |
|---------------|--|
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TARV | Tratamento antirretroviral |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UDI | Usuário de Droga Injetável |
| UNAIDS | Programa Conjunto das Nações Unidas sobre a AIDS |

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| INTRODUÇÃO | 01 |
| CAPÍTULO I - QUADRO TEÓRICO CONCEITUAL | 10 |
| Reflexões em torno das concepções de prevenção à infecção por HIV, risco e vulnerabilidade | 10 |
| O processo do cuidado no trabalho em saúde | 18 |
| Sobre as tecnologias em prevenção – preservativo, medicamentos e procedimentos | 23 |
| Considerações acerca das novas tecnologias de prevenção | 32 |
| A prevenção no contexto da biomedicina: medicalização? | 35 |
| Médicos residentes – sua formação | 38 |
| CAPÍTULO II - COMO FAZER ESSE TRABALHO? PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 42 |
| A etnografia e seus momentos | 42 |
| A Pesquisa | 44 |
| Percepções sobre o campo | 48 |
| A Instituição– IPEC | 51 |
| CAPÍTULO III – Resultados e discussão | 53 |
| A prática dos residentes segundo a observação participante | 53 |
| A percepção e conhecimento dos residentes sobre as alternativas em prevenção a infecção por HIV nas entrevistas e sobre o IPEC como escolha para a residência | 63 |
| Formação médica – graduação e residência | 85 |
| A medicina e a infectologia, suas escolhas | 85 |
| IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 101 |

| | |
|---|------------|
| V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 106 |
| VI. ANEXOS | |
| ANEXO I – QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO | 117 |
| ANEXO II – ROTEIRO TEMÁTICO PARA ENTREVISTA | 119 |
| ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Residente) | 121 |
| ANEXO IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Pacientes) | 125 |

INTRODUÇÃO

“As coisas estão no mundo só que eu preciso aprender.”¹

Paulinho da Viola

O interesse pela prevenção da infecção por HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) em minha atividade profissional teve início em meados da década de 1990, quando atuei em uma Universidade Pública e também em Organizações Não Governamentais (ONG), vinculada a projetos comunitários de prevenção das DST/HIV/AIDS. Esses projetos estavam incluídos numa estratégia nacional que objetivava a multiplicação de informações sobre os meios de transmissão e prevenção do HIV/DST/AIDS.

A prevenção da infecção por HIV me acompanhou por vários caminhos percorridos na área de saúde e na área social, até que, em 2008, passei a trabalhar com aconselhamento no Laboratório de Pesquisa Clínica em DST/HIV/AIDS do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas – LaPClin/HIV/AIDS - IPEC – Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz).

Um leque de oportunidades e questões oriundas das pesquisas em andamento e, especialmente, através do contato com os participantes atendidos nos diversos protocolos em que atuei, aguçaram minhas reflexões, reacendendo o desejo antigo pelos estudos científicos de caráter acadêmico.

E foi atuando em equipes multidisciplinares e interdisciplinares que me inquietaram, inicialmente, as diferentes percepções por parte da equipe de saúde sobre um mesmo paciente. De fato, cada paciente é um tipo clínico construído na relação de atenção, especialmente no que se refere à vivência da sexualidade e à prevenção da infecção pelo HIV. Entender o que se passava nessas relações foi se tornando uma necessidade, especialmente porque essa interação poderia ser decisiva na adesão ao tratamento e na prevenção da infecção pelo HIV dos parceiros(as) não infectados.

¹ Letra da música “Coisas do Mundo Minha Nega”

Tais questionamentos que vivo no cotidiano de um laboratório de pesquisa clínica em AIDS, juntamente com o cenário atual cada vez mais variado em relação às diversas tecnologias para a prevenção do HIV, foram me envolvendo e nortearam esta dissertação. Escolhi então uma pergunta instigante para ser respondida, por sua abrangência: como os médicos percebem, tomam conhecimento e põem em prática a prevenção do HIV, particularmente, as alternativas biomédicas em prevenção?

Alguns poucos anos atuando nessas atividades foram suficientes para identificar questões específicas relativas a esse assunto, que necessitavam elucidação e, por isso, suscitaram o desejo de concorrer a um mestrado para iniciar uma trajetória na docência e na pesquisa. E esse mestrado acadêmico – Projeto Pró-Ensino – CAPES/IPEC se adequou perfeitamente às minhas expectativas.

Cada atendimento e a cada novo resultado das pesquisas estimulavam minha reflexão acerca da abordagem sobre a vida sexual dos pacientes, pelos médicos, bem como da abordagem da prevenção ao HIV. As conversas com os pacientes, juntamente com a participação como entrevistadora de uma pesquisa internacional sobre comportamento sexual de portadores do HIV com prática sexual desprotegida, no IPEC, também contribuíram para aguçar minhas reflexões.

No empenho de buscar respostas a esses questionamentos propus o presente estudo que lança um olhar sobre as práticas preventivas realizadas pelos residentes em infectologia do IPEC, uma vez que os profissionais dessa especialidade desde o início da epidemia vêm cuidando de pacientes afetados e produzindo conhecimento médico.

Foi através das evidências epidemiológicas, no início da epidemia, que se relacionou a via sexual ao modo de transmissão/aquisição (Segurado, 2012), e se passou a recomendar o preservativo como a melhor maneira de evitar a infecção pelo HIV.

Embora um estudo do Ministério da Saúde (2011) com jovens tenha revelado conhecimento sobre a importância do uso de preservativo para a prevenção do HIV, poucos anos depois, o boletim epidemiológico de 2010/2011 apontou para a redução do uso do preservativo ao longo dos últimos anos. Isso reforçou a ideia de que o conhecimento não é determinante para que se tenha um comportamento sexual protegido. Além disso, alguns autores, como se pode ver no capítulo I, com mais detalhes, alegam diversos motivos subjetivos para uma relação sexual desprotegida. (Bastos, 2006; Parker, 2000; MS, 2010/2011; MS, 2006; Maksud, 2009).

Como afirma a pesquisadora Dina Czeresnia (2003), a saúde e o adoecer são experiências singulares e subjetivas e “impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra” (Czeresnia, 2003, p.42). Mas é por meio da palavra e sua subjetividade vinculada que o doente expressa seu mal-estar, bem como o médico o significa. O problema está “entre a subjetividade da doença e a objetividade dos conceitos que lhe dão sentido e propõe intervenções para lidar com semelhante vivência” (Czeresnia, 2003, p.42).

Dados obtidos através do boletim epidemiológico nacional de AIDS e DST (2010/2011) revelam que temos um total, de 1980 a 2011, de 608.230 casos notificados de AIDS no Brasil. Desses, 56,4%, concentrados na região sudeste. Em 2010 a taxa de incidência nacional foi de 17,9/100.000 habitantes. Esse mesmo boletim também apontou para uma particular vulnerabilidade ao HIV/AIDS na população jovem de homens que fazem sexo com homens (HSH) e uma estabilização da taxa de incidência no Brasil ao longo dos últimos 12 anos.

Esses dados não são nada desprezíveis e, associados aos motivos subjetivos identificados por alguns autores acima mencionados para o não uso do preservativo, todo o esforço no sentido de encontrar novas alternativas que possam evitar uma nova infecção pelo vírus HIV é bem-vindo – fenômeno que vimos acontecer paulatinamente. Esses dados só não podem ser usados para imputar a determinadas populações um risco maior ou menor em ter uma infecção por HIV, especialmente na prática clínica, quando o profissional de saúde tem a oportunidade de observar a singularidade e favorecer a autonomia do sujeito. Essa questão será discutida no capítulo I.

A epidemia de AIDS, desde seu início, trouxe grandes desafios para as políticas públicas na saúde, em decorrência, justamente, da complexidade envolvida com o processo de adoecer. A forma de enfrentamento desses desafios agregou uma categoria pouco usada nos saberes da biomedicina: a diversidade. Foi necessário rever conceitos como os de normal e patológico e tratar as diferenças como inerentes à vida humana. Segundo Fátima Rocha (1999), assistente social que trabalhou vários anos no Programa de DST/AIDS do Estado do RJ, quando “diretrizes autoritárias e preconceituosas” surgiam na trilha da epidemia, a sociedade civil organizada esteve atenta para reflexões sobre as medidas “medicalizadoras e controlistas” que porventura surgissem no âmbito da saúde (Rocha, 1999).

Segundo Dina Czeresnia (2003), o advento da epidemia de AIDS vem mudando paradigmas na saúde e obrigando a olhar o processo saúde-doença, bem como seu

enfrentamento, de forma mais complexa e diversa. Muitos pontos precisam ser cuidadosamente discutidos na formação e prática em saúde para que se transformem velhos conceitos e se avance na maneira de cuidar, de um modo geral, incluindo-se, no caso deste estudo, a prevenção à infecção por HIV e suas novas tecnologias.

Ao discutir conceitos de saúde, prevenção e promoção, a autora reflete sobre a estruturação da medicina fundamentada nas ciências positivistas, que restringiu as práticas em saúde a “conceitos objetivos não de saúde, mas de doença” (Czeresnia, 2003, p.41), uma realidade própria, definida pela anatomia e fisiologia, que ignora o contato humano. A autora problematiza o fato de a saúde pública ser responsável pela promoção de saúde, enquanto suas práticas se arranjam em torno do conceito de doença, e entende que o discurso médico científico é reducionista em relação à significação da saúde e do adoecer.

Hoje, o cenário da prevenção é marcado pela discussão e implementação de diversas tecnologias com o fim de evitar a infecção por HIV, sendo que algumas relacionadas ao uso de antirretrovirais (ARV) são relativamente recentes. (Segurado, 2012)

As tecnologias usadas no início da percepção da epidemia foram, além do preservativo, o exame do HIV para a transfusão de sangue, a redução de danos no uso de drogas injetáveis, com a finalidade de não haver compartilhamento de uma mesma seringa entre os usuários, e prevenção e tratamento de outras DST. A partir da descoberta do AZT - primeiro medicamento antirretroviral - inicia-se uma era de prevenção com o uso desse remédio pelas mulheres grávidas, a fim de se evitar a infecção dos bebês pelo HIV, associadas a orientações para o momento do parto e o aleitamento. (Santos, 2010; MS, 2007; MS, 2010)

A profilaxia pós-exposição (PEP) foi uma medida usada, inicialmente para pessoas que se acidentavam no exercício da profissão (trabalhadores que lidavam com sangue e demais secreções humanas) ou em caso de estupro. A partir das Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV, Suplemento III – Tratamento e Prevenção (Outubro, 2010), recomenda-se a PEP também em casos de exposição sexual consentida.

Outras tecnologias vieram a partir de estudos que avaliavam o uso de ARV como prevenção, como a profilaxia pré-exposição (PrEP) (Grant *et al.*, 2014) – que ainda não se tornou política pública no Brasil - e o tratamento como prevenção (MS, 2010).

O uso de microbicida antes do ato sexual (Segurado, 2012), para inibir a replicação do vírus, embora promissor, ainda se encontra em estudo, e a circuncisão masculina, que é considerada uma opção de redução de danos (UNAIDS, 2007), ainda não se tornou política pública no Brasil.

Outra maneira importante de prevenção é o estabelecimento de categorias de risco sobre as práticas sexuais (MS, 2010), e isso requer um diálogo franco com os sujeitos, seja em uma campanha pública, seja na interação profissional de saúde-paciente.

A vacina vem sendo estudada como uma das prioridades na pesquisa biomédica, embora poucos avanços tenham sido observados (Segurado, 2012). Porém, recentemente, a mídia divulgou um estudo animador com macacos, e com possibilidade de ser testado em humanos. Segundo o pesquisador Anthony Fauci, do National Institutes of Health, dos EUA, a "pesquisa é bastante inovadora e é uma promessa que nos leva em duas importantes direções: obter uma proteção a longo prazo contra o HIV e colocar o vírus em remissão, no caso de pessoas já infectadas". (Gallagher, 2015).

O Ministério da Saúde (2010; 2013), em seus consensos para tratamento e prevenção da infecção por HIV, preocupa-se com o modo como se oferecem tais tecnologias tornadas políticas de saúde pública e recomenda um diálogo entre o profissional e paciente que considere sua subjetividade e autonomia.

Tradicionalmente, desde o início da epidemia, no Brasil, os médicos infectologistas vêm sendo os profissionais mais reconhecidos pela *expertise* no tratamento e produção de conhecimento sobre o HIV/AIDS, considerando tratar-se, *grosso modo*, de uma doença infecciosa. Dado que a orientação e a disponibilização da maior parte das tecnologias de prevenção, especialmente as com o uso de ARV, dependem do protagonismo médico, buscamos entender como esses médicos em processo de especialização lidam com esse saber, na prática. No caso deste estudo, acreditamos que os médicos residentes em infectologia do IPEC, instituição de ponta em pesquisa e de ensino no campo da AIDS, reunissem condições que muito contribuiriam para a nossa pesquisa.

Esses sujeitos, os residentes em infectologia, trazem, em seu arcabouço de conhecimento, experiências, valores morais, religiosos e éticos que se configuraram nas famílias, na vida social e na graduação em medicina, gerando crenças sobre o processo saúde/doença. Acreditamos que, de um modo geral, reforçados por uma

formação que enfatiza as questões técnicas em detrimento da subjetividade, da coletividade e das experiências dos pacientes, esses residentes apresentem uma escuta voltada, principalmente, para o contexto da lesão, do diagnóstico, dos exames e dos tratamentos. Essa perspectiva certamente se reflete na relação entre médico e paciente, e corre o risco de configurar um modo unilateral e prescritivo de abordar a prevenção, desconsiderando e comprometendo a autonomia dos pacientes.

As diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina (2001, 2014) preveem um perfil de médico que esteja apto a se inserir no sistema de saúde vigente no País, que contempla a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe:

“Médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.” (Resolução CNE/CES, 2001).

“O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença.” (Resolução CNE/CES, 2014).

Dado que a penúltima resolução é datada de 2001, supomos que muitos desses jovens médicos passaram por graduações com currículos já reformulados e mais voltados para a valorização e entendimento dos princípios do SUS, que concebem, entre outras coisas, a humanização e a subjetividade (Resolução CNE/CES, 2001, 2014). Mas, perguntamo-nos, isso aconteceu? Caso sim, terá sido suficiente? Seriam esses aspectos absorvidos pelos professores? Ou será apenas uma disciplina a mais que aborda tais questões?

Marco Aurélio Da Ros (2004), em seu artigo “A ideologia nos cursos de medicina”, menciona que, mesmo com o apoio do MS em iniciativas de educação, a mudança nas faculdades de medicina é lenta. Atribui essa lentidão ao “estilo/coletivo de pensamento”. Esse foi um conceito estabelecido por Ludwig Fleck (1896-1961),

médico polonês, microbiologista e filósofo, em seu livro datado de 1935, quando teorizou sobre ‘fatos’, no campo das ciências biomédicas. Fleck (2010) procurou discutir a criação de sistemas de crença sobre os fatos científicos, observando que, ao fim e ao cabo, esses fatos se tornam verdades sem história. Nesse sentido, o estilo coletivo de pensamento, acaba por se tornar o “que não pode ser pensado de outra maneira”, fazendo com que épocas inteiras vivam sob a coerção de um determinado pensamento (Fleck, 2010, p. 150).

Desse modo, segundo Da Ros (2004), constrói-se e reforça-se o estereótipo ‘médico do modelo tradicional’ pelo modo de falar, de escutar, de tirar boa nota, por decorar técnicas e se aprofundar ‘na parte’. O autor acredita também que a dificuldade dos professores para mudar está relacionada à insegurança, já que esse processo exigiria uma “ruptura epistemológica / revolução científica / novo estilo de pensamento dentro das academias” (Da Ros, 2004, p. 240). Fleck (2010), por outro lado, acredita que a transformação de um coletivo de pensamento se dá de forma discreta para os cientistas, que permanecem sem clara consciência disso.

Percebemos, a partir de Fleck (2010) e Da Ros (2004), um dilema para a prática da prevenção ao HIV. Por um lado, as tecnologias de prevenção vêm se diversificando e, por sua natureza complexa, exigindo cada vez mais dos profissionais a valorização das questões subjetivas e a percepção crítica sobre o conhecimento científico e as práticas em saúde. Por outro, apesar de frequentarem um espaço de assistência, pesquisa e ensino e, portanto, facilitador de debates, dadas as limitações acima apontadas, os médicos residentes do IPEC não exercitam tais reflexões.

Como já foi dito, acreditamos que a escuta dos residentes esteja voltada, principalmente, para o contexto da lesão, do diagnóstico, dos exames e dos tratamentos. Desta forma, nosso pressuposto foi de que os médicos residentes em infectologia ainda estivessem pouco habilitados para lidar com as práticas preventivas em seu cotidiano, pois elas demandam maior clareza sobre a singularidade e subjetividade do paciente. Possivelmente pela forma com que esses médicos dão sentido à sua profissão, valorizam as orientações de cunho medicamentoso dos protocolos e não possuem ainda habilidades solidificadas para negociar com os pacientes as alternativas mais adequadas de prevenção.

A prática com pessoas vivendo com HIV, em minha trajetória profissional, juntamente com a literatura na área, levam a crer que as tecnologias capazes de reduzir a cadeia de transmissão do HIV significam, sem dúvida, um grande avanço,

quando estão disponíveis à população que delas necessita. As discussões, no Brasil, em relação à implantação e/ou implementação de políticas para as diversas tecnologias de prevenção da infecção por HIV, começaram de maneira acalorada, como se pode observar no capítulo 1, quando analisamos críticas e considerações na bibliografia especializada.

Mas o que nos ‘impulsiona’, e é o que justifica esse estudo, é entender como se dá a aplicabilidade dessas tecnologias pelos residentes em infectologia, considerando-se que eles estão em aprendizado/treinamento em serviço e que da sua atuação depende o sucesso das políticas públicas de saúde no campo da prevenção a infecção por HIV.

Cabe ressaltar também que o MS (2014) entende que a forma de melhorar o acesso das pessoas ao diagnóstico e assistência é através da descentralização do cuidado das PVHA por meio da rede básica de saúde. Esse processo já vem sendo implementado em alguns municípios e estados. E dentre as habilidades necessárias aos profissionais que atuarão neste campo estão uma escuta adequada e a percepção das subjetividades do paciente.

O sucesso do cuidado no campo da AIDS demanda, portanto, seja por infectologistas ou por profissionais da atenção básica, uma sensibilização sobre a complexidade do significado da saúde e do adoecer. Essa é uma exigência que se pretende compartilhada com gestores dos serviços, diretores das faculdades, profissionais, professores e alunos.

Dada a especificidade deste mestrado “Projeto Pró-ensino/CAPES”, ansiamos, com o presente estudo, contribuir, especialmente para o aprimoramento da formação dos médicos residentes em infectologia do IPEC. Entendemos a importância de que sejam conhecidas as preocupações, as necessidades e a prática dos médicos residentes, no âmbito da assistência no SUS centrada nas necessidades do sujeito.

A presente dissertação se divide em três capítulos. O capítulo I abarca o quadro conceitual com questões que compõem o debate sobre prevenção: risco, vulnerabilidade, o processo de cuidado no trabalho em saúde. Além disso, com uma apresentação sobre as tecnologias de prevenção e um debate acerca dessa literatura, amplia-se a discussão crítica relacionada à medicalização. E ainda no mesmo capítulo, uma breve história da educação médica possibilita uma reflexão sobre a graduação e a residência da atualidade.

O segundo capítulo descreve os procedimentos metodológicos que permearam esse estudo e estabelece um diálogo com a bibliografia especializada. O terceiro capítulo apresenta a análise das entrevistas dos residentes e da observação participante durante suas consultas, discutindo os achados da pesquisa à luz do referencial teórico adotado.

CAPÍTULO I - QUADRO TEÓRICO CONCEITUAL

“Quanto mais tolerante o mundo se torna em relação às escolhas que fazemos, menos o jogo, o fato de jogarmos e o modo como jogamos estão abertos à nossa escolha.” (Zygmunt Bauman)²

Reflexões em torno das concepções de prevenção à infecção por HIV, risco e vulnerabilidade

Buscando maior conhecimento a respeito da epidemia de HIV/AIDS e utilizando as ferramentas usuais do campo, os epidemiologistas trataram de mapear grupos com maior incidência de casos para priorizar populações alvo das políticas de saúde. O conhecimento sobre esse tipo de adoecimento, que acometia diversas pessoas e apresentava características semelhantes e letais, revestiu-se, portanto, de uma natureza técnico-científica muito informada pela estatística

Inicialmente estabeleceram-se alguns grupos de risco como os ‘5 Hs’, que atribuíam a responsabilidade da epidemia de AIDS aos “homossexuais masculinos (H1), haitianos (H2), hemofílicos (H3), heroinômanos (H4) e prostitutas – em inglês, *hookers* (H5)”. Segundo Francisco Ignácio Bastos (2006), na época, os portadores do HIV eram tratados como vítimas ou como culpados: os hemofílicos, por exemplo, eram considerados vítimas inocentes de sangue contaminado. Os demais teriam tido uma exposição quase que deliberada.

O problema, em nossa compreensão, foi que o imaginário de todos os que lidavam de alguma forma, com as pessoas vivendo com HIV/AIDS, foi preenchido por ideias de culpa e de discriminação.

Tantas discriminações, ainda de acordo com Bastos (2006) se relacionaram ao preconceito dirigido aos homossexuais (e, conseqüentemente, à prática sexual anal masculina), ao comércio de sangue e hemoderivados, que atingia os hemofílicos (no Brasil o comércio de sangue e hemoderivados foi proibido em meados da década de 1980), e a hostilidade dirigida aos usuários de drogas, especialmente as injetáveis.

² Bauman discorrendo sobre a liberdade na era líquida moderna, em seu livro “A ética é possível num mundo de consumidores?”

Os haitianos eram discriminados em função das condições adversas de vida de uma população que acabava se submetendo a exploração e comércio sexual, em seu país, e na condição de imigrante (nos Estados Unidos), além da falta de acesso às políticas de saúde pública. A historiadora Magali Engel (1989) comenta sobre um preconceito histórico em relação às prostitutas, tidas como propagadoras de doenças, dada a natureza de seu trabalho.

As ações de prevenção navegavam nestes pressupostos. Ao passo que as atenções se voltavam para essas cinco “categorias” da população, principalmente para os homossexuais, eximiam-se os homens e mulheres heterossexuais das políticas públicas voltadas para a infecção pelo HIV/AIDS, com a certeza de que não faziam parte do chamado “grupo de risco”³. (Bastos, 2006)

No avançar da epidemia, várias outras iniciativas foram implementadas por meio da participação da sociedade civil organizada, com a finalidade de entender o fenômeno, implicar os sujeitos no desenvolvimento de políticas públicas, considerando sua cultura e o contexto sócio político que subsidiavam as decisões (Rocha, 1999; Ayres *et al.*, 2003). As lideranças comunitárias buscaram se fazer ouvir e respeitar pelos poderes públicos; a infecção, o preconceito, estigma e a prevenção passaram a ser objetos de debate, seja nas comunidades afetadas ou na própria mídia (Bastos, 2006).

Nesta perspectiva, de reflexão coletiva, o conceito de “grupo de risco” foi gradualmente sendo substituído por “comportamento de risco/práticas de risco”, um avanço frente ao conceito anterior, que favorecia o estigma, a discriminação e a negligência. Mas, de alguma forma, o novo conceito também apresentou limites, pois transferiu a ‘culpa’ do grupo para o indivíduo. Desta forma, a falha na prevenção estaria associada a uma ‘displicência’ pessoal. (Ayres *et al.*, 2003 e Kippax *et al.*, 2013).

Sandra Caponi (2003) também questiona o uso dos conceitos de grupos de risco, ou comportamento de risco, por eles desconsiderarem as necessidades dos grupos chamados “normais”. Além disso, entende que as médias estatísticas relacionadas ao risco, à teoria quantitativa da doença, não permitem demonstrar o instante em que se inicia uma doença. O que permitiria essa demonstração seria o

³ Grupos de risco, no início da epidemia de AIDS eram referências a qualquer dos grupos de Hs mencionados acima.

sofrimento, mas este não é medido. Bem como não se mede a percepção do sujeito sobre seu estado. Assim, a autora sugere um repensar dos programas de prevenção e promoção de saúde, pois a “busca de uma saúde perfeita é um objetivo ilegítimo” (p. 72), ainda que estimulada ‘midiaticamente’.

A autora se refere à tese de George Canguilhem (1990), “de que a experiência do ser vivo inclui a doença” (p. 71), e, que “os riscos fazem parte da saúde” (p.72). Essas afirmações, juntamente com a noção de que a anomalia é um sofrimento individual relacionado a um “sentimento de impotência e de vida contrariada” (p.71), pressupõem uma possível distinção dos sentidos de saúde e doença, seja entre os epidemiólogos e a população, seja entre o médico e seu paciente.

Este é um ponto importante do nosso estudo, pois ele trata da prática da prevenção por infectologistas residentes, especialmente em relação às estratégias de prevenção que estão em suas mãos. O sucesso da prevenção só será alcançado se os residentes considerarem a percepção do paciente sobre saúde, doença, normalidade e experiências de risco. Para tanto, os profissionais precisam ter clareza desses conceitos e um entendimento sobre as práticas preventivas que evite uma forma punitiva de se dirigir aos “riscos” da população ou do usuário de um serviço de saúde.

Numa perspectiva mais prática e coletiva sobre a categoria ‘risco’, Gil Sevalho e Eduardo Stotz (2012) propõem concepções epidemiológicas que consideram pequenos números, a partir de um lugar, que chamaram de “uma epidemiologia para poucos”. Esta concepção, para os autores, não possuiria um sentido elitista, ao contrário, seria “uma prática elaborada e realizada por poucos técnicos interessados e comprometidos com a transformação social, no âmbito de populações pequenas” (Sevalho e Stotz, 2012, p. 915). Essa proposta leva em conta o “contexto sociocultural da existência humana, em que se expressam e se produzem singularidades e subjetividades”. (p. 908)

Para os autores, o risco acaba sendo popularizado pela mídia e seu “inegável valor de mercado” promove a venda de produtos, que vão desde os próprios veículos de comunicação aos medicamentos, atos médicos e “demais tecnologias rotuladas como protetoras”. (p. 909)

Esses autores acreditam numa ambiguidade da clínica médica, que tende a transformar o fator de risco percebido pelo ponto de vista epidemiológico em objeto de intervenção (p. 909). Os autores citam Naomar Almeida-Filho (1992), para quem o

conceito de risco entendido pela ciência epidemiológica “sustenta-se sobre três pressupostos: a identidade entre o possível e o provável, a ideia de homogeneidade da morbidade com o conseqüente desaparecimento das singularidades envolvidas e a suposição de estabilidade nos padrões de ocorrência remetendo à consideração de recorrências de séries de eventos” (p. 909). Almeida-Filho, nas observações sobre a lógica causal em epidemiologia e sua relação com o risco, entende que a epidemiologia é orientada segundo noções de “evento”, “nexo” e “fluxo”, “que contextualizam uma ideia de conexão linear, não complexa” (Almeida-Filho, 1992, p. 185 *apud* Sevalho e Stotz, 2012).

A definição de populações de maior ou menor risco para o HIV, bem como a construção de práticas preventivas nesse campo se baseiam em dados epidemiológicos que não contemplam a singularidade e subjetividade, homogeneizando determinados problemas e suas formas de proteção à toda a população. Portanto faz-se absolutamente necessária uma avaliação do contexto em que algumas ações de prevenção à infecção por HIV podem ocorrer. Que população vive e é atendida naquele determinado espaço? Como vive? Como se dão suas relações sociais e culturais? Qual a compreensão dessa população sobre HIV/AIDS? Como se previnem habitualmente? Em quais situações a prevenção é considerada? Como são suas práticas sexuais? Em que tipo de arranjo afetivo e/ou sexual cada sujeito está envolvido? Que dificuldades os sujeitos apresentam para a prevenção? E, finalmente, como se dá o acordo entre profissional e paciente para a melhor alternativa preventiva? É possível a adesão a essa alternativa? Como acompanhar?

Outros caminhos foram tomados por outros autores a respeito dos conceitos de grupo e comportamento de risco, que foram revisados a partir das reflexões em torno da epidemia de AIDS e substituídos ou somados ao de vulnerabilidade.

O conceito de vulnerabilidade, embora utilizado de longa data pela epidemiologia para indicar a suscetibilidade de indivíduos e populações as doenças (Rocha, 1999; Ayres *et al.*, 2003), passou a ser utilizado no contexto da epidemia de AIDS, na década de 1990, por Jonathan Mann, Daniel Tarantola e Thomas Netter. (1994). Esses últimos autores entenderam a vulnerabilidade individual ao HIV/AIDS sob várias vertentes, com o intuito de considerar suas influências sobre os indivíduos durante o curso de toda uma vida. Assim, atribuíram-lhe alguns significados (Tarantola e Netter, 1994, p. 276):

“**Em termos absolutos:** desprotegidos; **Em termos relativos:** exposto a um risco maior do que a média; **Em termos epidemiológicos:** exposto a maior risco da infecção pelo HIV; **Em termos médicos:** incapaz de avaliar o nível satisfatório e qualidade da assistência médica; **Em termos operacionais:** necessita de um maior grau de proteção e assistência; **Em termos de direitos humanos:** exposto ao risco de discriminação ou tratamento injusto desafiando princípios básicos de equidade e dignidade humana; **Em termos sociais:** privado de alguns ou todos os direitos ou serviços sociais; **Em termos econômicos:** devido a limitações financeiras, incapaz de compensar o risco de infecção ou ter acesso a nível e qualidade de assistência satisfatória; **Em termos políticos:** incapaz de conseguir representação total ou carente de poder político”.

Alguns anos adiante, Mann & Tarantola (1996) aprimoram a concepção de vulnerabilidade, baseando-a em três planos que se inter-relacionam: a **vulnerabilidade individual**, que são os fatores cognitivos e comportamentais, a **vulnerabilidade programática**, que é o investimento dos programas de controle do HIV/AIDS em relação à informação e educação, saúde e serviços sociais, e não discriminação às PVHA⁴, e a **vulnerabilidade social**, que leva em consideração que aspectos como gênero, crenças religiosas, desigualdade social, pobreza e estrutura governamental influenciem a vulnerabilidade pessoal.

Segundo Rocha (1999), essa é uma proposta que evidencia a complexidade da epidemia, e que seu enfrentamento não é restrito à doença, “mas implica reinventar, permanentemente, o território das relações entre cidadania e justiça” (p. 51).

Tal opinião é compartilhada por José Ricardo de C. M. Ayres *et al.* (2003), que reforçam a importância do conceito de vulnerabilidade no campo da prevenção como uma maneira de considerar que a possibilidade de adoecimento das pessoas está relacionada a um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais. O autor lembra que esse conceito, ainda que mantenha uma relação histórica com o de risco, não deve ser usado como seu sinônimo. A vulnerabilidade busca elementos abstratos “associados e associáveis” ao processo de adoecimento que venham a intervir sobre a suscetibilidade das pessoas. (Ayres *et al.*, 2003)

A vulnerabilidade quer “expressar os ‘potenciais’ de adoecimento/não adoecimento relacionados a ‘todo e cada indivíduo’ que vive em um certo conjunto de condições” (2003, p. 128).

⁴ Pessoas vivendo com HIV e AIDS.

O enfoque na vulnerabilidade, no entanto, apresenta também suas dificuldades, conforme nos colocam os próprios Ayres *et al.* (2003), entusiastas do conceito. Segundo esses autores, um dos problemas é a possibilidade de continuar a fomentar uma discriminação negativa de grupos mais afetados. Desta vez, não mais pelo estigma, mas pela vitimização e pela tutela, e utilizam, como exemplo, “as mulheres são mais vulneráveis, coitadas” (Ayres *et al.*, 2003, p. 131). Outra dificuldade mencionada por Ayres *et al.* (2003) é o ‘efeito paralisante’, que pode ocorrer quando se percebem a amplitude e a complexidade das situações de vulnerabilidade.

Como forma de enfrentamento de tais dificuldades, os autores dizem não haver um antídoto, mas ao sistematizar algumas experiências aprendidas, propõem uma reflexão e experimentação por seus leitores. Contra o ‘efeito paralisante’, sugerem uma observação acurada dos objetivos e estratégias de intervenção segundo três princípios: efetividade, operacionalidade e progressividade, e acrescentam ainda outro, “quase um pressuposto”, a “democratização radical da eleição e monitoramento de objetivos e estratégias”. Isto é, quando estabelecem um diálogo com os demais sujeitos sociais, os técnicos poderão “articular sua ação com respostas sociais mais estruturadas” (p. 133).

Em relação à vitimização e à tutela, propõem uma atitude ética e cuidadosa com o termo. Consideram a vulnerabilidade multidimensional, com variações em graus e ao longo do tempo (Gorovitz, 1994 *apud* Ayres *et al.*, 2003). Ayres *et al.* (2003) acrescentam à vulnerabilidade mais uma dimensão, que é o “caráter relacional de qualquer situação de vulnerabilidade” (p. 134). Em síntese, consideram que a abordagem da vulnerabilidade deva ser permeada por dimensões éticas, políticas e relacionais das práticas de saúde. E que o técnico de saúde deve ser um “mediador do encontro que deve se dar entre a população e o conjunto de recursos de que uma sociedade dispõe (informação, serviços, insumos, etc.) para construir sua saúde” (p. 136).

Susan Kippax *et al.* (2013) ponderam o conceito de forma semelhante. Temem que o uso da vulnerabilidade na área da prevenção possa levar as pessoas a não se protegerem, aguardando a solução das vulnerabilidades sociais. Ao abordar o social na forma de estruturas problemáticas ou de barreiras, a elaboração da prevenção, do ponto de vista da vulnerabilidade, leva à verticalização das ações, de modo que não

se considerem as ferramentas do próprio indivíduo. Tal argumentação surge da necessidade de reforçar as comunidades sobre o entendimento do social e da participação de seus membros como líderes, para influenciar sobre a prevenção da epidemia em locais específicos (Kippax *et al.*, 2013).

Czeresnia (2003) admite que o conceito de vulnerabilidade propicia um enfoque transdisciplinar, envolvendo conceitos de outras áreas, e, por isso, expande-se a possibilidade de significação da diferença, subjetividade e singularidade dos eventos de saúde, seja individual, seja coletivo. Mas identifica também um forte enlace dos projetos em promoção da saúde com o conhecimento advindo de estudos epidemiológicos sobre risco de adoecimento de determinado grupo populacional, mesmo quando se trata de estudos de vulnerabilidade à AIDS que buscam múltiplas abordagens, conforme a caracterização de Mann e Tarantola (1996).

O artigo de Czeresnia data de 2003 e, desde então, novas tecnologias de prevenção à infecção por HIV apareceram no cenário, como o uso de medicamentos antirretrovirais. No entanto, apesar de algumas dessas alternativas em prevenção serem uma questão recente, não se distanciam das considerações da autora, na medida em que são tecnologias mediadas pela intervenção de um médico e que exigem, por parte desses, cada vez mais, uma escuta do outro, atribuindo sentidos menos objetivos às realidades de cada indivíduo/paciente. Além disso, são questões a serem consideradas ao se definir uma política de saúde.

A escuta proposta exige uma revalorização de formas de linguagem diferentes entre si, relativizando-se o valor da verdade dos conceitos científicos (Czeresnia, 2003). Isto é, é possível incrementar o diálogo da sensibilidade e do pensamento, valorizando-se o papel da filosofia, da arte e da política sem dispensar o conhecimento científico. “Trata-se do esforço voltado para a construção de uma nova relação com a verdade, que permita encontrar uma sabedoria através e para além do conhecimento” (p. 44).

A autora chama a atenção para a necessidade de se criarem programas de formação profissional que contemplem a “construção de uma concepção de mundo capaz de interferir no enorme poder da racionalidade científica construir representações acerca da realidade” (p. 45). O desafio que se coloca é o de percorrer entre a razão e a intuição, relativizando o conhecimento, sem desdenhá-lo e, com isso, aumentar a possibilidade de resolverem problemas concretos. (Czeresnia, 2003)

Imaginamos que, do ponto de vista da prevenção da infecção pelo HIV, seja como uma ação coletiva, seja como uma ação individualizada, a relação médico-paciente no processo de cuidado traz um espaço privilegiado para que essas questões sejam consideradas. Julgamos que, para o bom êxito da prática preventiva no campo da AIDS, do ponto de vista individual e coletivo, a condição de uma relação interativa entre médico e paciente deva considerar os aspectos subjetivos de ambos, o estímulo à autonomia do sujeito e a garantia de uma escuta sobre os sentidos dados pelo paciente à saúde, à doença, à prevenção da infecção pelo HIV e ao uso de medicamentos.

As demais alternativas de prevenção com uso de medicamento, por exemplo, não costumam ser divulgadas nas campanhas ministeriais. As divulgações são de caráter científico - quando do resultado de uma pesquisa - ou em mídia impressa na seção científica. Portanto, exceto grupos de homossexuais, cuja informação parece ser obtida via internet – pelo menos foi o que já ouvi dizer alguns pacientes que procuram PEP em nosso serviço (IPEC) – a população em geral não dispõe dessa informação, salvo por um esforço próprio.

Novos estudos seriam necessários para se esclarecerem os motivos de divulgação tão escassa das novas tecnologias de prevenção, mas pode-se especular que os serviços de saúde estejam ainda pouco preparados para receber pacientes que demandem, por exemplo a PEP. Talvez a distribuição de medicamentos ainda seja incipiente para atender a um aumento de procura para além dos sujeitos em tratamento. Talvez se tema que a propagação de informações acerca de outras tecnologias em prevenção arrefeça o uso de preservativo por diversas pessoas.

As questões mencionadas devem ser consideradas, mas, por outro lado, a população deve ter um conhecimento mais específico a respeito de tais tecnologias. Há também necessidade de mais estudos e de maior atuação da sociedade civil organizada nesse campo, para se saber o que a população pensa e quais as suas necessidades. Isso representa a continuidade de uma luta que sempre esteve presente, em favor dos direitos dos portadores do HIV e da prevenção de novos casos, ao longo da epidemia.

Ativemo-nos à prática médica de tais tecnologias de prevenção, mas muito há que se entender e planejar para o sucesso das políticas públicas de saúde, nesse campo. Preferencialmente, como propõem Sevalho e Stotz (2012), levando-se em consideração as necessidades de pequenas populações, de acordo com seus locais

de residência e/ou trabalho, e não apenas de grupos ou populações consideradas de 'maior risco'.

O processo do cuidado no trabalho em saúde

Verificamos a necessidade de apresentar a discussão bibliográfica que diz respeito ao momento na relação médico-paciente em que se discute e se decide sobre alternativas em prevenção, como um dos aspectos existentes no processo de cuidado em saúde. Para tanto, discutiremos as denominações e conceituações desse processo trabalho, ou habilidade no trabalho em saúde, na perspectiva de alguns autores.

No campo da saúde, segundo Lilia B. Schraiber, André Mota e Hillegonda M. D. Novaes (2006), as transformações da técnica ocorreram com a modernidade, no que diz respeito ao trabalho médico. E na segunda metade do século XX, com a incorporação de equipamentos e medicamentos industrializados, constituiu-se o que se chamou de tecnologia em saúde, associada à tecnologia de curar. Essa concepção se estabeleceu nos anos 1970 – 1980, confundindo-se com a tecnologia da medicina e, alguns anos mais tarde, no mesmo século, as tecnologias de saúde, embora complementares, se estabeleceram separadamente da medicina. Desenvolveram-se duas abordagens da tecnologia em saúde: tecnologia de produto – equipamentos, medicamentos - e tecnologias de processo – procedimentos. (Schraiber, Mota e Novaes, 2006)

No Brasil, alguns autores, como Maria Cecília F. Donnangelo (1975 *apud* Schraiber, Mota e Novaes, 2006), que se dedicaram à análise da medicina como prática técnica e social, possibilitaram uma abordagem contextualizada das intervenções nas práticas de saúde. Emergiu daí a teoria do trabalho em saúde, voltada para o processo de trabalho que favoreceu um novo sentido às tecnologias em saúde. (Schraiber, Mota e Novaes, 2006)

Nessa construção conceitual, destacaram-se as contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1994), que examinou sob uma lógica marxista os aspectos tecnológicos dos processos de trabalho nos centros de saúde do estado de São Paulo, salientando os processos pelos quais as tecnologias determinaram as práticas sociais em saúde. O autor entendeu a tecnologia como “o conjunto de saberes e instrumentos que expressa, no processo de produção de serviços, a rede de relações sociais em

que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social” (Mendes Gonçalves, 1994, p. 32).

Mendes Gonçalves (1994) evidenciou dois saberes tecnológicos da modernidade: a epidemiologia – saber tecnológico do trabalho de saúde pública – e o saber clínico – saber tecnológico do trabalho de assistência médica. São saberes sujeitos à análise crítica, condição importante para o desenvolvimento de práticas racionais na assistência e na gestão. Este estudo de Mendes Gonçalves (1994) foi pioneiro e fomentou intenso debate entre autores que buscavam analisar o sistema de saúde vigente e propor novas modelagens tecnoassistenciais em saúde (Campos, 1991; Merhy *et al.*, 1991; Paim, 1993; Silva Júnior, 1998; Schraiber, 1990).

Segundo Carisi Polanczyk, Tazio Vanni e Ricardo Kuchenbecker (2010), tecnologias em saúde podem ser compreendidas como todo e qualquer método/dispositivo utilizado para promover a saúde, impedir a morte, tratar doenças e melhorar a reabilitação ou o cuidado dos indivíduos ou da população. Esta definição abrange, portanto, equipamentos, procedimentos técnicos realizados por diferentes profissionais, uso de medicamentos e modelos tecnoassistenciais em saúde. Outros autores acrescentam à definição estratégias de assistência, modelos de programas e serviços de saúde, composições de equipes, sistemas de informação e vigilância em saúde (Merhy, 1991; Cecílio, 1997; Silva Júnior, 1998).

A discussão de tecnologias em saúde e do acesso da população a elas como questão estratégica num sistema de acesso universal, equitativo e de cuidado integral, ganhou importância com a Constituição Brasileira de 1988, quando se definiu o direito à saúde e as legislações subsequentes. Estão aí as Leis 8080/90 e 8142/90 e o decreto nº 7508/11, que descrevem as diretrizes e a organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

Foi o movimento pela reforma sanitária brasileira, liderado por grupos de intelectuais e movimentos sociais preocupados com a redemocratização do País e, conseqüentemente, com o acesso da população a todas as formas de promoção e de assistência à saúde, que resultou na institucionalização do SUS.

No contexto da construção do SUS, inspirados em Emerson Merhy e *et al.*, (1991), Aluísio G. da Silva Júnior e Carla A. Alves (2007, p. 27) definiram os modelos tecnoassistenciais como:

“O modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade”

Esta definição leva em consideração que tecnologias são modos de operacionalizar formulações ideológicas sobre o processo saúde e doença e são guiadas por escolhas ético-políticas no desenvolvimento de políticas de saúde adequadas ao ideário do SUS.

Emerson Merhy (1998), pesquisador de saúde coletiva, inspirado por sua vez, em Maurice Albertson e Audrey Faulkner (*apud* Campos, 2011), caracterizou as tecnologias envolvidas nos processos de trabalho em saúde como **leves** (tecnologias relacionais como práticas de gestão, acolhimento, produção de vínculos entre usuários e equipes de saúde e outras), **leves-duras** (conhecimentos estruturados que atuam nos processos de trabalho em saúde, como a clínica e a epidemiologia) e **duras** (equipamentos, máquinas, normas e estruturas organizacionais). Essa caracterização ajudou a descrever o modelo tecnoassistencial hegemônico no Brasil, anterior à implementação do SUS⁵, demonstrando o predomínio dos processos de trabalho centrados em tecnologias duras e leves-duras em detrimento das leves.

Mehry (1997) defende o desenvolvimento e fortalecimento de tecnologias leves que orientem as demais tecnologias, ou seja, um processo de trabalho em saúde que ressignifique o cuidado, não como um procedimento, mas como uma atitude ético-política em defesa da vida.

Ayres (2000), entretanto, discorda da proposta de Mehry, que aborda o “espaço relacional trabalhador-usuário” como uma tecnologia, ainda que seja denominada de tecnologia leve. Para Ayres (2000), no encontro intersubjetivo de profissionais e pacientes há uma sabedoria prática que media e conduz a utilização das tecnologias, subvertendo-as e não se submetendo a elas. Ele teme que, ao tratar esse espaço relacional por tecnologia, sua compreensão seja reduzida a uma lógica de produção e consumo de maquinários e competências científicas e técnicas. Assim, quanto mais

⁵ Vale ressaltar que a construção de um novo modelo tecnoassistencial vem ocorrendo aos poucos e com maior e menor sucesso de acordo com a localidade e investimento político.

tecnologias leves, mais tecnologias leve-duras e duras serão necessárias para garantir a objetividade da relação.

Ayres (2000) acredita que o cuidado em saúde é um modo de ser-no-mundo que exige um exercício fundamental de autonomia humana.

“Nessa (...) perspectiva que entendo o lugar privilegiado do cuidado nas práticas de saúde: atitude e espaço de reconstrução de intersubjetividades, de exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a intervenção em saúde”. (p. 6)

Gastão Wagner de Souza Campos (2011), que também critica o conceito de “tecnologia leve”, apresenta outra compreensão da relação entre conhecimento e práticas sociais, especialmente na saúde. Propõe um método analítico conceitual que utiliza as racionalidades da tecnologia, das práxis e da arte: “*Na técnica o automatismo é máximo; nas práxis, intermediário e na arte, muito pequeno ou ausente*”. (Campos, 2011, p. 3034)

Segundo o autor, a racionalidade tecnológica “*imagina que o trabalho e as práticas humanas seriam regulados pelo saber previamente acumulado, de preferência consolidado como ciência. Opera com a redução máxima da autonomia do agente*”. (Campos, 2011, p. 3034). Campos diferencia a racionalidade artística na qual se espera a originalidade e a estética do produto. A relação do artista com o conhecimento deve ser mais livre.

Em relação à razão das práxis, o autor considera ser a mais adequada para se tratar de relações humanas, por demandar, do agente da prática, reflexão e criatividade na aplicação do conhecimento adquirido. Esse agente, que podemos caracterizar como o profissional de saúde, na decisão sobre a tecnologia mais apropriada, deve considerar também os objetivos do seu trabalho, relacionando-os à teoria e a um sistema de valores e diretrizes ético-políticas. Campos (2011) entende que o trabalho clínico objetiva a saúde, mas também a “*construção da autonomia para o usuário*”. O papel do profissional, neste caso, é diferente daquele que almeja apenas a saúde.

Esse debate ratifica a importância do papel mediador do profissional de saúde no processo de cuidado e no uso crítico das tecnologias em saúde considerando-se a

decisão compartilhada e dialógica das condutas médicas visando garantir a autonomia do paciente.

Nosso estudo trata de tecnologias – medicamentosas ou não - em prevenção ao HIV e sua “aplicação” por médicos residentes. Buscamos identificar o conhecimento, a percepção e a prática desses profissionais sobre as tecnologias de prevenção, em especial, sobre o modo como ocorre a interação médico-paciente na decisão sobre a melhor tecnologia a ser usada pelo paciente, e nos indagamos se há espaços para a sua subjetividade e autonomia.

A abordagem analítica conceitual proposta por Campos (2011), que utiliza a racionalidade das práxis como mediadora entre conhecimento e práticas sociais, nos parece ser a chave para a questão aqui mencionada, por considerar a reflexão a cada interação com o paciente e, principalmente por considerar a importância da complexidade da relação entre seres humanos. O autor lembra que somos heterogêneos e ativos e que podemos “reagir com inércia ou resiliência”, aumentando-se o grau de incertezas sobre os resultados das práticas sociais: exige-se, portanto, do profissional, “*conhecimento cognitivo, subjetivo e político*” com o objetivo da crítica e da inventividade em cada caso (Campos, 2011, p. 3036, 3037). E, para se conhecer cada caso, o profissional deve ter uma grande capacidade reflexiva, “de observação do contexto, de escuta e de interação com usuários e pares”, além da capacidade de compartilhar decisões em sua prática. (Campos, 2011, p. 3037)

Parece haver certa concordância de Campos (2011) com as considerações de Ayres (2000) em não caracterizar os aspectos relacionais da prática em saúde como uma tecnologia. Compartilhamos e adotamos para essa dissertação as ponderações de ambos autores.

Todos os profissionais de saúde possuem um instrumental prático, teórico e relacional na lida com seus pacientes, que são comuns a cada profissão e aprendidos na formação, desde o início dos estudos de graduação universitário. No processo do cuidado em saúde, há que se considerar, além dos aspectos teóricos de cada campo de conhecimento, a *expertise* dos profissionais de saúde na lida com a intersubjetividade, com a escuta e, com a interpretação das questões dadas pelos pacientes. Essa *expertise*, como vimos, foi considerada por alguns autores como uma tecnologia, por outros, como um espaço intersubjetivo, parte do processo do cuidado.

Espera-se, portanto, que o profissional médico (que é o sujeito do nosso estudo) domine esse universo e que esteja munido de um arcabouço de conhecimento

sobre o processo de cuidado, até mesmo para prescrever um medicamento, por mais simples que esse ato possa parecer. Isso significa conhecer a complexidade humana, ter um posicionamento ético-político-social e alguma criatividade.

Algumas pessoas podem dispor naturalmente desse modo de cuidar reflexivo que valoriza a história, autonomia e sentimentos do paciente, mas é necessário que a formação médica na graduação e na pós-graduação discuta e promova esse aprendizado. Caso contrário, apenas as pessoas agraciadas por um “dom”⁶ especial, estariam capacitadas a lidar com as complexas questões da subjetividade humana, e só elas poderiam se tornar profissionais de saúde.

Mário Scheffer (2012), pesquisador e ativista da luta contra a AIDS, por outro lado, para discorrer sobre a história dos antirretrovirais e do tratamento da doença no Brasil, faz uma discussão sobre tecnologia em saúde, utilizando outros autores, como Juzwishin, Panerai, Peña-Mohr, Berger (p.21). Estes autores se fundamentam na avaliação de tecnologias em saúde que envolvem questões como eficácia, custo-efetividade, protocolos, equipamentos, medicamentos, epidemiologia, financiamento da saúde e que tais, conformando o campo da economia em saúde. Embora questões de suma importância, não foram objeto desse estudo. Vamos nos limitar a entender a mediação do uso das tecnologias de prevenção à infecção por HIV no processo de cuidado.

Sobre as tecnologias em prevenção – preservativo, medicamentos e procedimentos

Para esclarecer as tecnologias de prevenção sobre as quais discutimos, no âmbito da prevenção da infecção por HIV, acreditamos ser necessário sua descrição e algumas questões que as cercam.

Preservativo – Trata-se de um método de barreira proposto antes mesmo de se definir um agente etiológico para a AIDS. Após a observação de que havia relação entre a via sexual ao modo de transmissão/aquisição do HIV (Segurado, 2012) foi que alguns grupos de gestores e da sociedade civil (grupos de HSH) sugeriram o uso de

⁶ No sentido de dote natural, habilidade especial, bem espiritual proporcionado por Deus.

preservativo para reduzir o risco de transmissão/aquisição da “doença”. (Segurado, 2012; Beloqui, Seffner e Terto Júnior, 2013).

O uso de preservativo masculino e, posteriormente, feminino vem sendo, desde início dos anos 1980, propagado pelos meios científicos e midiáticos como a melhor maneira de se evitar a infecção pelo HIV e por outras DST.

A população jovem brasileira, segundo pesquisa do Ministério da Saúde em 2007 e 2008, possui o conhecimento sobre a importância do uso de preservativo para a prevenção do HIV e revela um índice de 67,8% de uso na última relação sexual. Entretanto, o boletim epidemiológico de 2010/2011 aponta para a redução do uso do preservativo ao longo dos últimos anos (MS, 2011).

Esses dados reforçam que o conhecimento *per se* não é suficiente para garantir o hábito de usar preservativo nas relações sexuais.

A despeito da orientação sexual, das práticas sexuais, e das informações sobre prevenção ao HIV veiculadas pelos órgãos governamentais e não governamentais, no Brasil e no mundo, um grande número de homens e mulheres se recusa a utilizar o preservativo. (Madureira e Trentini, 2008).

Os motivos para a proliferação do HIV através das relações sexuais “desprotegidas”, de acordo com a literatura, têm diversas vertentes, calcadas na subjetividade, como a orientação e o comportamento sexual - que desde o início da epidemia foram eleitos como os grandes vilões da humanidade pela mídia científica - , a miséria, o preconceito, a desigualdade nas relações de gênero, o uso de substâncias que reduzem a percepção de risco, a própria noção de risco de cada indivíduo, os dogmas a respeito da reprodução humana nas religiões pentecostais e católica, valores culturais e percepções sensoriais (Bastos, 2006; Parker, 2000; MS, 2010/2011; Maksud, 2009).

Na prática do aconselhamento confirma-se o papel relevante da subjetividade na categorização de motivos para o uso, ou não, de preservativos. A vivência singular da sexualidade se caracteriza de um modo bastante diverso entre os indivíduos a cada interação, a cada encontro sexual. Seja identificada como uma construção social, psicológica, simbólica, biológica, seja uma construção híbrida e interativa, a sexualidade se caracteriza pela complexidade.

Exame do HIV para a transfusão de sangue – Na década de 1980, os casos de AIDS em decorrência de transfusão sanguínea causaram medo, comoção e mudaram os rumos da política nacional de sangue.

Em 1985, o Estado do Rio de Janeiro proibiu a comercialização de sangue. Em 1986 o Estado de São Paulo passou a exigir teste anti-HIV para qualquer atividade hemoterápica (Rocha, 1999). No resto do país essas regulamentações foram implementadas dois anos mais tarde e permanecem como medida preventiva até hoje. Todas as pessoas que querem doar sangue passam por uma triagem clínica e são informadas que precisam fazer um teste anti-HIV, entre outros exames que visam prevenir a propagação de outras doenças (sífilis, doença de chagas, hepatites, HTLV), além de um questionário autoaplicado e uma entrevista.

Somente após os resultados dos testes, as bolsas de sangue são liberadas para uso, ou desprezadas. Em caso de um resultado reagente do teste anti-HIV, despreza-se o sangue coletado e o voluntário da doação é contatado e encaminhado à rede assistencial.

Essas medidas reduziram substancialmente o risco de infecção por transfusão sanguínea, o que repercutiu de forma especial entre os hemofílicos, que necessitam de hemoderivados produzidos a partir do sangue de diversos doadores. Em 1996, o risco de infecção transfusional já era de 1,6%. Entre os anos de 1998 e 2000, o risco foi reduzido a 0,1% (Pereira e Nascimento, 2004). De acordo com o Boletim Epidemiológico Nacional de AIDS e DST (2010/2011), o percentual de casos de AIDS por transfusão sanguínea notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) nos anos entre 2008 e 2011, em indivíduos de 13 anos de idade ou mais, é de 0,0%.

Uma medida utilizada em alguns países como Brasil e Estados Unidos e, que vem sendo questionada, é o impedimento da doação de sangue por homossexuais masculinos. Essa é uma medida baseada na noção de grupo/comportamento de risco que vem sendo discutida, inclusive neste trabalho, como inapropriada e discriminatória. (Da France Presse, 2014).

Troca de seringa (redução de danos) – As pesquisas e adequação de programas de prevenção ao consumo de drogas injetáveis tiveram impulso a partir da década de 1990, com a preocupação com o compartilhamento de materiais para uso de drogas injetáveis. (Canelotti e Soares, 2005). A necessidade de controle da disseminação do HIV levou a medidas de prevenção já experimentadas com sucesso

em outros países: a estratégia de “redução de danos”, quando a droga é consumida (Mesquita, 1995).

Várias atividades foram propostas, entre elas, as que podemos chamar de biomédicas: o treinamento de farmacêuticos para a venda de seringas, a distribuição de hipoclorito de sódio para a desinfecção da seringa e programa de troca de seringas e agulhas. Junto a essas, outras medidas informativas/educativas foram tomadas no sentido da assepsia no uso de colheres usadas para a diluição da droga e da aplicação da injeção.

Vera Paiva, Lígia R. Pupo e Renato Barbosa (2006) mencionam estudos que indicaram aumento do percentual de Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) que não compartilhavam seringas, chegando a 76% em 1999. Isso, segundo as autoras, demonstra efetividade das ações realizadas com o objetivo de reduzir os danos causados pelo uso de drogas injetáveis.

As ações de prevenção à infecção por HIV entre usuários de drogas não se restringiram a UDI, envolvendo, mais posteriormente, também os usuários das demais drogas, incluindo, crack e álcool. Essa e as demais ações de redução de danos foram incorporadas à Política Nacional Antidrogas no ano de 2000 e regulamentada pelo governo federal no ano de 2005. Vale lembrar também que a estratégia de redução de danos, por troca de seringas, com os UDI, é utilizada tanto para a prevenção do HIV quanto para as Hepatites B e C.

Dados no boletim epidemiológico nacional de AIDS e DST (2010/2011) demonstram que o percentual de casos de AIDS por uso de droga injetável, notificados no SINAN, teve uma queda vertiginosa ao longo dos anos, em indivíduos de 13 anos de idade ou mais. Em 1998 contava, entre os homens, por exemplo (maiores consumidores), 3912 casos (20,2%). Já em 2010 foram notificados 756 casos (5,0%). Entre as mulheres foram notificados 842 casos (8,6%) em 1998 e 180 (2,2%) em 2010.

Em relação aos dados acima, nota-se nas últimas décadas uma transformação no consumo de drogas injetáveis – muitos dos UDI de décadas anteriores envelheceram, adoeceram e/ou morreram por causa da AIDS, hepatites, overdose e violência; o uso de drogas injetáveis no Brasil vem diminuindo e cedendo lugar ao crack (Bastos e Malta, 2012).

Considerando-se, portanto, que redução de danos não se restringe à troca de seringas, Bastos e Malta (2012, p. 192) ampliam o conceito anteriormente utilizado. Segundo esses autores,

“A redução de danos é uma estratégia (ou, antes, um conjunto de estratégias) de saúde pública que favorece uma maior integração entre usuário de drogas e serviço, respeitando as questões éticas e os direitos humanos, priorizando a manutenção da vida e permitindo a redução de infecções e lesões secundárias ao uso de drogas nessa população”.

Prevenção e tratamento de outras DST - O manejo de infecções genitais é de grande importância para a prevenção do HIV, pois uma pessoa soronegativa com alguma infecção genital pode perder a barreira natural (a mucosa intacta diminui as chances da infecção pelo HIV) e assim, no caso de se infectar, pode ser facilitado o rápido aumento da quantidade de vírus em seu organismo. Por outro lado, se uma pessoa soropositiva para o HIV apresenta alguma infecção genital, a replicação do HIV neste ambiente também poderá ser grande e, conseqüentemente, terá maior facilidade de infectar um(a) parceiro(a) sexual. (Segurado, 2012)

Aluísio Segurado (2012) menciona que há uma relação estabelecida entre infecção genital e o risco de aquisição ou transmissão do HIV, no que se refere à saúde individual. No entanto, do ponto de vista da saúde coletiva, ainda existem dúvidas sobre definições de políticas adequadas. O autor apresenta o resultado de uma pesquisa realizada em Uganda e no Quênia que demonstra que “as estratégias de intensificação do controle das DST (...) [nesses países] nem sempre resultaram em redução na incidência de infecção pelo HIV (...)” (p. 334)

Vale ressaltar que várias DST são adquiridas pelo contato das peles e mucosas e que o preservativo é mais comumente utilizado com a perspectiva do contato com o sêmen infectado pelo HIV, o que reforça a necessidade de um manejo das DST do ponto de vista individual.

Essa estratégia é recomendada pelo Ministério da Saúde, através da abordagem sindrômica⁷ para diagnóstico e tratamento com base em sinais e sintomas. (MS, 2006)

Circuncisão masculina – A “circuncisão é uma intervenção cirúrgica que consiste na remoção do prepúcio, prega cutânea que recobre a glândula do pênis.”

⁷ Um conjunto de DST que tem sinais e sintomas semelhantes, cujo tratamento pode ser idêntico. Assim, trata-se o paciente imediatamente, baseado num grupo de sinais e sintomas, antes mesmo de se ter um diagnóstico específico.

Tradicionalmente é utilizada no tratamento da fimose e também como ritual religioso entre judeus e mulçumanos. (Segurado, 2012)

Com a circuncisão, retirar-se-ia também a face mais vulnerável à infecção por HIV. Além disso, acredita-se que a remoção do prepúcio facilitaria a higiene do pênis, que deixaria de acumular secreções, reduzindo a possibilidade de inflamações e de infecção pelo HIV. (Segurado, 2012). A partir de estudos publicados em 2006, a OMS e o secretariado da UNAIDS vêm indicando a circuncisão como intervenção importante para a redução da infecção pelo HIV pelos homens heterossexuais, mas com restrições, pois orientam o uso de outras formas de prevenção associadas.

Essa recomendação, no entanto, vem sendo polemizada com um debate com base na antropologia médica. María Cristina Álvarez Degregori (2007) problematiza essa recomendação como política pública e apresenta diversas questões de diferentes naturezas, a começar por um outro estudo de 2006 que criticou os anteriores, “com base em um amplo suporte bibliográfico”, alegando “evidências contraditórias na literatura médica respeitante ao efeito protetor da circuncisão para as doenças genitais”. (Álvarez Degregori, 2007, p. 128)

As várias questões sobre a recomendação da OMS debatidas por Álvarez Degregori (2007) levam em conta o fato de ser uma intervenção centrada na patologização da anatomia do prepúcio, na dessensibilização da área e no transtorno possível para a ereção peniana e ejaculação, colocando em questão a construção da masculinidade por algumas culturas africanas. A autora ainda lembra que a política da circuncisão masculina reforçaria a dificuldade de negociação das mulheres africanas com o uso do preservativo, pois os homens circuncidados se percebem com poucas chances de se infectarem. E, nesse processo, os riscos da mulher ficam em segundo plano. Além disso, não passa pela mulher a decisão sobre essa cirurgia. A ausência da abordagem de gênero também se implica na contradição gerada pelas campanhas de direitos humanos destinadas à erradicação da mutilação genital feminina por algumas sociedades. Finalmente, para se pensar na circuncisão como política pública, é necessário que sejam consideradas as dificuldades programáticas – de pessoal, de material e de espaços para a realização de cirurgias - nos sistemas de saúde locais, em diversos países africanos.

No Brasil, algumas críticas também foram formuladas a essa tecnologia de prevenção, especialmente por Knauth (2008) e Knauth e Sandrini (2013) como se verá mais adiante.

O uso de ARV como prevenção à infecção por HIV - O impacto da política brasileira de acesso universal ao tratamento antirretroviral é bastante contundente para a saúde coletiva.

“O acesso universal ao tratamento antirretroviral permitiu reduzir a morbimortalidade relacionada à infecção pelo HIV e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV e AIDS (PVHA) no Brasil. Tornou também possível a convivência com a condição sorológica e com os efeitos a médio e longo prazo da terapia, além de ter aumentado a expectativa de vida e favorecido a continuidade dos projetos pessoais.” (MS, 2010 p.13)

Consolidados diversos esquemas terapêuticos em 1996, na XI Conferência Internacional de AIDS (Rocha, 1999; Bastos, 2006; Villela, 2010), a questão da prevenção passa a ser percebida também a partir dessas medicações: pessoas soronegativas com grandes chances de se infectarem, mulheres soropositivas grávidas, indivíduos com relacionamentos sorodiscordantes. O tratamento do HIV como prevenção foi fundamental, a ponto de haver modificações das políticas propostas pela OMS e Ministério da Saúde. Alguns dos trabalhos que resultaram em recomendações do MS foram conduzidos também no IPEC/Fiocruz, pelo LaPClin-AIDS. (Grinsztejn *et al.*, 2014)

i. Na Transmissão Vertical

De acordo com a publicação do Ministério da Saúde “Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – 2010 – Suplemento III – Tratamento e Prevenção”, no cenário epidemiológico do Brasil, 80% das pessoas com AIDS estão na faixa etária reprodutiva e cerca de 3000 mulheres engravidaram, sendo que apenas uma parcela estava em uso de ARV.

Esses dados demonstram o desejo pela maternidade/paternidade na população de pessoas que vivem com HIV e AIDS (PVHA). E assim, várias iniciativas foram tomadas no sentido de se garantir o direito à reprodução entre essa população. O Suplemento III (MS, 2010) aponta os avanços e limites científicos e indica as estratégias a serem oferecidas “de maneira ética e tecnicamente adequada, para auxiliar a decisão informada das pessoas”. (p. 14)

Como um direito, este documento recomenda abordar e discutir o tema nas consultas iniciais e demais atendimentos das pessoas que vivem com HIV, fornecendo

“às pessoas informações sobre as formas mais seguras de concepção e sobre os cuidados necessários durante a gestação, o parto e o puerpério (...) assegurando a livre decisão da pessoa sobre ter ou não ter filhos.” (MS, 2010, p. 14).

As recomendações para redução da taxa de transmissão vertical se iniciaram com o uso de ARV durante a gestação como profilaxia e/ou tratamento, com a utilização de ARV (AZT) injetável durante o parto, com a realização de cesárea eletiva em gestantes com carga viral igual ou maior que 1000 cópias/ml (ou carga viral desconhecida, ou ainda por recomendação obstétrica), com a administração de ARV para o recém-nascido exposto ao HIV- do nascimento até o 42º dia de vida - e com a interdição da lactação associada ao fornecimento de fórmula de alimentação ao recém-nascido. (MS, 2010, p. 21).

A pesquisadora Valdiléa Veloso Santos (2010) discutiu a utilização de outros esquemas antirretrovirais como profilaxia ou tratamento durante a gestação, que estão sendo utilizados na atualidade, recomendados pelo Ministério da Saúde. (MS, 1013).

Se essas recomendações forem seguidas oportunamente, especialmente, a partir de uma gestação planejada, “o risco de transmissão vertical pode ser reduzido a 1%”. (MS, 2010, p. 22; Santos, 2010).

ii. Na profilaxia pós-exposição (PEP): acidente ocupacional, exposição sexual (em caso de estupro ou relação consentida)

A PEP foi usada, inicialmente, no Brasil, para prevenir a infecção por HIV após uma possível situação de risco por acidente ocupacional com material biológico. Posteriormente, passou a ser indicada em situações de violência sexual, e ampliada de acordo com as recomendações (Tabela 1) para a exposição sexual consentida, que é considerada a de maior risco. (MS, 2010; Segurado, 2012)

“A decisão sobre a indicação da quimioprofilaxia (QP) deve, conforme mencionado, ser individualizada e considerar a relação entre o risco e o benefício. Em relações sexuais com maior risco de transmissão, a profilaxia antirretroviral deve ser indicada quando a parceria sexual da pessoa exposta pertencer a segmento populacional considerado de alta prevalência. Em relações sexuais com baixo risco de transmissão, a profilaxia antirretroviral não deve ser indicada quando a parceria sexual da pessoa exposta pertencer à população geral (baixa prevalência)” (MS, 2010)

Vale ressaltar que, especialmente para essa tecnologia de prevenção, (o que não exclui as demais), o profissional de saúde deve propiciar um momento de acolhimento e de aconselhamento, buscando identificar as principais vulnerabilidades

individuais e sociais dos indivíduos para a aquisição da infecção por HIV e estimular a adesão à intervenção às práticas de prevenção. (MS, 2010; ABIA, 2012; Segurado, 2012)

A estratégia requer que o indivíduo que tenha experimentado um potencial risco procure o Serviço de Assistência Especializada (SAE), ou, em caso de horários noturnos, fim de semana e feriados, um serviço de emergência, a partir de duas horas após a relação sexual até, no máximo, 72 horas, quando se pode ainda intervir na supressão da replicação viral. Recomenda-se o uso do antirretroviral por 28 dias ininterruptos (MS, 2010; Segurado, 2012).

Ativemo-nos aos casos de exposição sexual, pelo recorte desse estudo, mas para fim de esclarecimento, a quimioterapia para caso de acidente ocupacional é semelhante à da exposição sexual. (MS, 2010)

iii. Na profilaxia pré-exposição (PrEP)

A profilaxia pré-exposição usa antirretrovirais em indivíduos soronegativos para o HIV, com a finalidade de “inibir os eventos iniciais de replicação local, que ocorrem nas primeiras 24 horas após a aquisição do vírus”. (Grant *et al.*, 2010; Grant *et al.*, 2014). Alguns estudos demonstrativos realizados no Laboratório de Pesquisa Clínica do IPEC poderão subsidiar a incorporação dessa tecnologia como política pública no Brasil – Estudo PrEP Brasil.

iv. No tratamento como prevenção

A terapia antirretroviral, cuja finalidade era melhorar a expectativa e qualidade de vida, passou a ter também, recentemente, o papel de reduzir o risco de infecção por HIV em parceiros(as) sorodiscordantes, conforme observado no estudo multicêntrico internacional, HPTN⁸ 052. Os resultados desse estudo demonstraram que o tratamento antirretroviral foi capaz de reduzir o risco de transmissão do HIV em 96%. (Grinsztejn *et al.*, 2014; MS, 2013)

De acordo com o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos do Ministério da Saúde (2013), os benefícios para início

⁸ HIV Prevention Trials Network.

imediate do tratamento antirretroviral (TARV) são contundentes tanto para o próprio paciente quanto para a transmissão do HIV. Assim, orienta-se o início imediato do tratamento antirretroviral a todas as pessoas vivendo com HIV (PVHA), considerada a sua motivação. Isto é, a PVHA deve ser muito bem informada sobre os riscos e benefícios do uso precoce do TARV, como forma de garantir sua autonomia nessa decisão. (MS, 2013)

Com as evidências de que o início precoce de ARV é um importante mecanismo na redução da transmissão do HIV e na qualidade de vida de quem se trata, o MS iniciou uma campanha chamada “Fique Sabendo”, que incentiva as pessoas a realizarem o teste anti-HIV com a finalidade de iniciar tratamento o quanto antes. (MS, 2013, p.21)

v. No uso de microbicida

O uso de microbicida também é considerado uma estratégia de profilaxia pré-exposição a ser usado por pessoas soronegativas para o HIV. Encontra-se em fase de estudo, mas tem uma perspectiva promissora com o uso de um gel composto por tenofovir. Até o momento os estudos apontam para uma proteção de 54% para mulheres que aplicaram adequadamente o gel em mais de 80% das relações sexuais (Karim *et al.*, 2010; Segurado, 2012).

Considerações acerca das novas tecnologias de prevenção

No Brasil, as discussões sobre novas tecnologias de prevenção ocorreram com algumas críticas e considerações, abordadas por alguns autores.

Daniela Riva Knauth (2008), professora de Antropologia, apresentou um trabalho na 26ª Reunião Brasileira de Antropologia, apontando algumas reflexões críticas sobre as implicações das novas estratégias de prevenção ao HIV/Aids, propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), especialmente sobre a circuncisão.

Uma das críticas apresentadas pela autora concorda com Álvarez Degregori (2007) na problematização da masculinidade. Além de a circuncisão se restringir à população masculina, cria um padrão de normalidade para o pênis, que é o pênis

circuncidado, diferente do pênis do pai das crianças⁹, diferente do pênis de um menino mais velho não circuncidado, e diferente do pênis de qualquer criança de outras regiões que não tenham a circuncisão como uma política de saúde. A autora critica esse tipo de medicalização¹⁰, argumentando que a circuncisão cria desconfiança sobre a eficácia do uso de preservativo e estabelece uma prática preventiva reservada apenas aos profissionais de saúde. A circuncisão, desta forma, retiraria das mãos dos indivíduos o controle do próprio corpo. (p.8)

“O preservativo é tomado enquanto um método de prevenção pouco confiável na medida em que é dependente do comportamento dos indivíduos que o utilizam ou, no caso, que demandam sua utilização. Nesta perspectiva, o controle sobre a prevenção não pode ser deixado nas mãos dos próprios indivíduos que, muitas vezes, não fazem um uso adequado dos recursos eficazes disponíveis, como o preservativo. Passar o controle da prevenção para a medicina ou, como é indicado no editorial [da OMS], o desenvolvimento de *novas tecnologias*, é um dos pilares desta *nova era* da prevenção.” (Knauth, 2008, p.3)

Por fim, a autora lembra que tais políticas de prevenção se inserem em uma política global do HIV/AIDS, que atua nos países em desenvolvimento, especialmente os africanos, com financiamento de instituições de cooperação internacional e instituições filantrópicas. Segundo Knauth (2008), essas políticas desconsideram as possíveis “barreiras socioculturais e econômicas que se colocam para a implementação das novas tecnologias de prevenção” (p. 9) que, segundo ela, são tratadas como irrelevantes frente às evidências científicas de proteção.

Em 2011, por outro lado, de acordo com o resultado de pesquisas e recomendações da OMS, a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) lançou uma cartilha informativa sobre “Prevenção Combinada: barreiras ao HIV”. As informações são esclarecedoras, e nesta cartilha o uso do preservativo é reforçado como o melhor método de prevenção e as novas tecnologias, abordadas cuidadosamente.

⁹ O que a autora quer dizer é que, caso a circuncisão se torne uma política pública pode ser necessário, por exemplo, que todas as crianças ao nascer sejam circuncidadas. Isso trará uma padronização de pênis diferente das crianças nascidas anteriormente e dos próprios pais, criando um ‘padrão de normalidade’ e anormalidade a partir dessa diferenciação.

¹⁰ O conceito usado pelas autoras: “Embora as definições do termo apresentem algumas diferenças, pode-se afirmar que a medicalização é entendida como processo através do qual problemas da vida cotidiana são definidos e tratados enquanto problemas médicos.” (Knauth e Sandrine, 2011).

“Quando se aborda a Redução de Danos de Infecção pelo HIV, pensa-se em formas de minimizar os riscos de transmissão. Nesse sentido, vale ressaltar que o preservativo é o melhor método de prevenção, mas, se por algum motivo não for usado ou usado de modo inadequado, há outras formas de tentar impedir o risco.” (ABIA, 2011)

Segurado (2012) também considera a prevenção biomédica essencial para a redução de novas infecções por HIV, se usadas de forma combinada e racional, com algumas observações sobre seu uso, no sentido de demandarem “mudanças de conduta que terão que ser sustentadas ao longo do tempo” (p. 345). O autor entende que é essencial a compreensão das vulnerabilidades no cenário da prevenção e a incorporação do “conceito de usuário como sujeito de direitos” (p. 345). Ao se incorporarem essas tecnologias às políticas públicas, há que se considerarem os direitos humanos e direito à saúde, pressupondo a disponibilidade, o acesso, a aceitação e a qualidade. E assim, torna-se fundamental tanto a participação de representantes de grupos vulneráveis nas decisões que lhe dizem respeito, como a “transparência na tomada de decisões de gestores de saúde e sua responsabilização pelos resultados obtidos” (p. 346).

Desde o início da epidemia, não sem luta, o Brasil tem saído na frente em busca de garantir a disponibilização de insumos, seja em prevenção, seja em tratamento, visando a melhoria da qualidade e do tempo de vida dos portadores do HIV (Scheffer, 2012), sempre com o apoio da sociedade civil organizada. No entanto, apesar de todos os avanços, o dia a dia revela, por um lado, diversos tipos de problemas e, por outro, ensina algo novo no campo do cuidado às pessoas que vivem com HIV/AIDS.

O impacto da política brasileira em tratamento e prevenção ao HIV conta com várias análises sobre racionalidade, custo-benefício da incorporação de tecnologias e suas consequências para o sistema de saúde, mas poucos estudos sobre “os mecanismos de ação e a função exercida por diversos agentes e instituições que atuam nesse processo”. (Scheffer, 2012, p. 27) Essa questão nos parece primordial. O próprio MS, nos consensos de prevenção e tratamento (2010 e 2013), recomenda que o profissional avalie com cuidado as vulnerabilidades, converse sobre as alternativas de prevenção e garanta a autonomia do sujeito na decisão sobre como evitar a infecção de novas pessoas e evitar a sua própria reinfecção.

Estudo recente de Fernandes (2013) aponta como resultado importante questões relacionadas às dimensões da vulnerabilidade dos usuários de um serviço

de infectologia para tratamento de HIV/AIDS. Entre elas, podemos destacar a forma prescritiva em que é feito o trabalho de prevenção primária e secundária, pelos profissionais de saúde e os conhecimentos distorcidos sobre a transmissão do HIV e formas de prevenção.

A reflexão de Knauth (2008 e 2013) sobre a medicalização da prevenção remete-nos ao modelo biomédico, hegemônico na prestação de serviços de saúde, calcado na ciência positivista (Silva Jr., 1998; Czeresnia, 2003). E é, naturalmente, esse o contexto em que se insere a prevenção à infecção por HIV, seja pela utilização de preservativos, seja pela utilização de medicamentos e/ou procedimentos médicos. Mas para além de um debate filosófico, interessam-nos, nesse contexto, o modo como essas tecnologias em prevenção são apropriadas pelos médicos no que toca a questões como acolhimento, aconselhamento, esclarecimento e principalmente, respeito à autonomia do paciente.

A prevenção no contexto da biomedicina: medicalização?

Berlinguer (1988) considera que pode haver diferentes sentidos da doença de acordo com diferentes contextos: pela própria pessoa acometida pela doença, por parentes ou amigos, na avaliação de um emprego, no alistamento militar, na avaliação para uma pensão por invalidez, na avaliação de uma seguradora, na doença ocupacional e, até pelo médico quando trata a doença. As definições de doença, segundo Berlinguer (1988) são diversas em dicionários e livros de medicina, e em culturas distintas: “Existe uma historicidade nas doenças, ligada a todos os acontecimentos do ser humano” (p. 33).

A medicalização é um conceito que não pode ficar fora em nosso estudo e deve ser esclarecida, considerando ser essa uma das críticas ao tipo de prevenção biomédica aqui discutido. Zorzanelli *et al.* (2014) referem que os sentidos atribuídos ao termo estão relacionados ao contexto em que está sendo pensado. Neste artigo, os autores citam vários exemplos de conceitos atribuídos à medicalização, desde os clássicos como Peter Conrad e Illich (1997 apud Zorzanelli *et al.*, 2004) que criticam o poder médico e os limites ou alcance da ação médica, a de Lupton (1997 apud Zorzanelli *et al.*, 2004) em que se restringe a autonomia do paciente, colocando-os no papel de não ter condições de questionar decisões dos especialistas. Neste caso,

entendida como uma forma de controle social no sentido clássico - o estado controlando a população:

“... medicalizar seria um ato de despolitizar as dimensões sociais do adoecimento e da saúde, havendo um deslocamento para o campo da saúde e da doença, de questões relativas à desigualdade social entre grupos humanos e à dominância entre eles” (Zorzanelli *et al.*, 2014 p. 1863)

Correia (2001) trata como também medicalizante a intervenção do discurso e da prática médica na significação da vida, e contextualiza a medicalização:

“Implica, para além do consumo de serviços e de cuidados médicos, em considerar a interferência do discurso e da prática médicos, bem como de disciplinas medicamente coordenadas, como a psicologia e a biologia, na construção do sentido e da significação da própria ideia de vida e de processos vitais – corpo, saúde, doença, morte, prazer e sofrimento – que estão ligados e determinam aqueles outros aspectos da medicalização. Logo, a medicalização, definida como um processo pelo qual o modo de vida dos homens é normalizado pela medicina e por meio do qual os indivíduos se constituem, não se dá, nas sociedades modernas, separadamente daquele mais amplo e mais profundo, que é o processo de individualização (...)” (p. 27)

Já na década de 1990, surge uma nova terminologia que é a biomedicalização. Este conceito, segundo Zorzanelli *et al.* (2014), elucida o refino das técnicas e das ferramentas inovadoras que a tecnociência produz, para o modo como se pratica a medicina e as soluções dadas a quem consome saúde, e a ideia de que a opinião pública ratifica a certeza de que a capacidade do corpo é ilimitada. Furedi (2006), citado por Zorzanelli *et al.*, (2014) formulou, assim, a ideia da transformação do paciente em consumidor ativo em busca de diagnóstico, legitimado pelo médico.

Tesser (2010) parece reunir vários sentidos em sua formulação do conceito, considerando a medicalização social “um movimento complexo de múltiplas facetas, que vai do nosso dia a dia até abstratas questões epistemológicas, históricas, filosóficas, políticas, culturais e sociológicas” (p.11). Seria um fenômeno tão comum e evidente que até parece desnecessário falar sobre ele. Segundo o autor, tem-se a percepção de que a medicalização parece ser a evolução do progresso da humanidade e da ciência que privilegia o consumo de procedimentos técnicos, exames complementares e intervenções materiais – ideia também formulada por Furedi (2006).

O autor também associa este processo de medicalização à “globalização e a capitalização dos valores de mercado e da luta pelo poder econômico-social” no cuidado à saúde (Tesser, 2010, p. 16).

“(…) a superfragmentação do cuidado e a transformação do cuidado à saúde em mercadorias e principalmente serviços e procedimentos, na lógica do mercado capitalista, têm intensas afinidades eletivas, em que a primeira fortalece as outras e é fortalecida por elas.” (Tesser, 2010, p. 17).

Segundo Czeresnia (2003), nosso modo de vida é normatizado pela medicina desde o nascimento da medicina social – o que devemos ou não comer, os exames diagnósticos capazes de antever doenças, entre tantas outras situações. Acreditamos, portanto, que a discussão de medicalização da sociedade, embora pertinente, deva ser contextualizada e relativizada quando dispomos de tecnologias que podem, de fato, prevenir contra a infecção por HIV. Portanto, não tornar essas alternativas disponíveis à população, considerando uma crítica que pode estar descontextualizada, seria, no mínimo, um contrassenso.

No entanto, não se pode desconsiderar, no cotidiano da atenção à saúde, a importância da reflexão sobre uma instituição em que predomina a verdade científica. Czeresnia (2003) acredita que, para trabalhar a ideia de promoção da saúde de modo prático e adequado, deva-se ter uma postura filosófica.

“Sem a reflexão, não há como dar conta do desafio que existe em traduzir informações geradas por meio da produção de conhecimento científico em ações que possam efetivamente promover transformações sociais, ambientais e de condutas ‘não saudáveis’ dos sujeitos.” (Czeresnia, 2013, p. 51)

Tesser (2010) aponta também para o fortalecimento dos saberes técnicos e especializados regidos por protocolos, riscos e diagnósticos padronizados que desconsideram a diversidade das características humanas. Para o autor, há um processo perverso que exige cada vez mais cuidado, mais especialistas e mais ações heterônomas. Os protocolos de prevenção, de diagnóstico e de tratamento são algoritmos produzidos com base nos estudos científicos e na epidemiologia. No caso da prevenção à infecção por HIV, os consensos do MS (2010, 2013) recomendam

também o acolhimento, aconselhamento, avaliação de vulnerabilidades, autonomia do sujeito, e que tais.

Czeresnia (2003) não condena protocolos técnicos, ao contrário. Mas também não crê que eles resolvam a implementação de uma 'boa prática'. Considera sim, "a necessidade de reflexão filosófica e a conseqüente reconfiguração da educação (comunicação) nas práticas de saúde." (p. 06) Consideramos o caminho proposto por Czeresnia (2003) bastante adequado, já que observamos que as habilidades dos residentes no trato com seres humanos e sua complexidade se apresentam como frutos de uma formação voltada para as doenças e, portanto, para o 'controle de populações em risco'.

Médicos residentes – sua formação

A formação médica em serviço, denominada Residência Médica, foi concebida em 1848 nos EUA e, no Brasil, data da década de 1940. Foi instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. (Bacheschi, 1998)

De acordo com o site do MEC, a Residência Médica é uma:

“Modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, sendo considerada o 'padrão ouro' da especialização médica” (Portal MEC, 2014).

No final da década de 1990 e início da década de 2000, o Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM) e a Associação Médica Brasileira (AMB) definiram 52 especialidades médicas do País. As especialidades podem se tornar programas de residência médica desde que estejam regulamentadas. (Nunes, 2003)

Apenas em 2011, o Decreto nº 7.562 de 15 de setembro dispôs sobre a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam programas de residência médica. (DOU, 10/12/2011) Mas a prática da residência continua do mesmo modo como foi instituída em 1977, isto é, os estudantes, que também são profissionais médicos, fazem seus percursos sob a supervisão e segundo os modelos de outros médicos mais experientes.

Esse modelo a ser seguido tem forte influência da medicina que se configurou no Brasil desde a fundação das primeiras escolas médico-cirúrgicas, em 1808, por D. João VI. Até então, o panorama da saúde, no Brasil, contava com médicos formados nas faculdades europeias e que atuavam, preferencialmente, nos raros centros urbanos, como Rio de Janeiro, Salvador, Recife e Ouro Preto. Porém, seus conhecimentos tinham difusão muito restrita entre a população, pouco habituada à sua presença. Só nos anos 1830, com a criação das duas Faculdades de Medicina (Rio de Janeiro e Bahia) e, principalmente, da Academia Imperial de Medicina, foi viabilizada a penetração da ciência compartilhada por uma elite de médicos do Império na sociedade em geral. Para esses médicos, era inadmissível que a população permanecesse atendida por aqueles que chamavam de ‘charlatões’ desqualificados¹¹. (Guimarães, 2003; Guimarães, 2009, p. 39)

Dessa forma, durante a primeira metade do século XIX, a Academia Imperial, cujo modelo era a Academia de Medicina de Paris, tomou a frente da iniciativa de legitimar socialmente os médicos e sua ciência através de diversas medidas. Seus médicos – a grande maioria pertencia também ao corpo de professores da Faculdade de Medicina da Corte – colocavam-se no papel de consultores e conselheiros do Estado imperial para assuntos relacionados à saúde da população, e de árbitros das inovações médico-científicas, tanto no campo do diagnóstico como no da terapêutica. Formaram um ambiente de debates destinado a mapear a nosologia do Brasil, identificando espaços físicos mais ou menos salubres e intervindo em hábitos pouco saudáveis, de acordo com os pressupostos científicos de seu tempo. (Guimarães, 2009)

As Faculdades de Medicina seguiram o modelo de cátedras, de influência europeia. Também chamados de ‘lentes’, os professores catedráticos eram vitalícios, portanto, muito prestigiados. Inicialmente, as cátedras eram ocupadas por indicação das autoridades imperiais, o que gerou queixas sobre o clientelismo nas faculdades. Com a Reforma do Ensino de 1879, sua vacância, por morte ou aposentadoria, passava a exigir um concurso que, de fato, era para poucos, pois, de alguma forma, sempre se conhecia o futuro catedrático ‘da vez’. As cátedras tinham autonomia e sua qualidade dependia de seu ‘proprietário’; assim, a mesma disciplina poderia ser

¹¹ Segundo a autora, ao longo de vários séculos, por uma questão de identificação, a população do Brasil teve por hábito ser tratada por práticos, como os barbeiros-cirurgiões, parteiras e diversas espécies de curandeiros, com grande influência de rituais africanos e indígenas.

abordada de formas distintas, de acordo com o grau de interesse pedagógico e acadêmico do catedrático. Esse sistema, extremamente hierárquico, foi marcado, desde o final do século XIX pela ideia de especializações, cujo campo de trabalho se forjaria na Policlínica do Rio de Janeiro. Assim, as cátedras e seus 'grandes professores', 'exemplos a serem seguidos', se associaram à valorização do papel de 'especialistas', com fortes influências nas gerações que se seguiram, apesar da reforma de ensino de 1968 que extinguiu as cátedras. (Guimarães, 2009)

O grande avanço das pesquisas nas ciências básicas e na especialização, segundo Jadete Barbosa Lampert (2003), teria tido o ônus da fragmentação do conhecimento, o que, em sua concepção, assim como na de Silva Júnior (1996) e Lilian Koifman (2001), teria também afastado o ser humano de seu contexto, ao privilegiar a doença, a assistência médica e o modelo hospitalar. Neste sentido, o conceito de "estilo coletivo de pensamento", elaborado em 1935 por Fleck (2010), se aplica à formação médica, pois o aprendizado dos "fatos científicos" se dá sem a compreensão de como eles se produziram - sem história - e sem crítica, dificultando a utilização das ferramentas necessárias para lidar com o campo de conhecimento em questão.

Por outro lado, a partir das décadas de 1960 e 70, a introdução da Medicina Preventiva¹² como disciplina nos currículos médicos tem contribuído para equalizar a tecnologia e humanismo na formação de recursos humanos em saúde (Lampert, 2003). No Brasil, segundo a pesquisadora Sarah Escorel (2008), uma crítica à Medicina Preventiva e à Medicina Comunitária teria se desenvolvido no âmbito do pensamento social latinoamericano e influenciado o chamado "Movimento pela Reforma Sanitária", produzindo mudanças no ensino médico de algumas importantes universidades. Esses movimentos foram fundamentais para a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando se estabeleceram os princípios do futuro SUS, e, posteriormente, para a homologação das novas diretrizes curriculares (ME/CNE, 2001). Buscavam-se mudanças nas ações de saúde, bem como na formação de recursos humanos, com a finalidade de "prestar uma assistência de qualidade em saúde, com abordagem integral, interdisciplinar, multiprofissional e equitativa". (Lampert, 2003, p.23).

S¹² Segundo a autora, esse período teve influência do Relatório Lalonde, produzido no Canadá, em 1974, que propõe que os determinantes da saúde estejam dentro e fora do sistema de saúde.

Nas últimas décadas do século XX, surgiram iniciativas voltadas para a mudança pedagógica e de interpretação do fenômeno saúde-doença na formação médica e de outros profissionais de saúde, sempre dialogando com as mudanças no setor da saúde. (Carvalho e Ceccim, 2007) Tais iniciativas vêm sendo promovidas em escolas médicas, embora não de forma homogênea, e geraram importantes mudanças curriculares. Grande parte dessas mudanças está voltada, principalmente, para a atenção básica em saúde, com destaque para a saúde da família, estratégia escolhida para reorientação do SUS). (Pinheiro; Ceccim; Mattos, 2006; Nogueira, 2009)

CAPÍTULO II - COMO FAZER ESSE TRABALHO? PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

“O entrevistado pode ser uma vedete ou um homem da rua. Mas pode ser, simplesmente, o outro.” (Morin, 1966, p. 129)

A etnografia e seus momentos

No processo de entender a trajetória e as ferramentas necessárias para realizar minha pesquisa, considerei que apenas um estudo qualitativo iria me possibilitar responder, ou melhor, provocar análises e reflexões sobre as questões que me coloquei. Daí, a etnografia, que possibilitou uma aproximação com os residentes do IPEC e nos promoveu um convívio no mesmo espaço, que, por sua vez, forneceu pistas sobre suas formas de pensar e agir em relação ao nosso tema. O sujeito desta investigação foi o médico residente em infectologia, não apenas como indivíduo e sua trajetória biográfica e profissional, mas também como elemento de determinado contexto social e de determinada cultura – tudo o que pode revelar seus processos de cuidado à saúde e os fenômenos que o ladeiam.

A observação participante, principal estratégia metodológica da etnografia (Trad, 2012), se deu pelo acompanhamento das consultas registrado em diário de campo¹³. Eu fiz anotações durante as consultas, diante dos residentes e dos pacientes, e depois, para reforçar minha memória. Os momentos das observações foram preciosos, no sentido de que, além da objetividade da consulta, registrava questões subjetivas, como as falas e os momentos lacônicos.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas, descritas e analisadas. Esse método de trabalho nos pareceu adequado, por ser capaz de revelar o modo como esses médicos em formação “produzem, reproduzem e simbolizam suas instituições e estruturas, relações, sistemas classificatórios, técnicas, manifestações estéticas, memória e experiência acumulada” (Minayo, 2007) sobre o tema proposto.

A etnografia é uma metodologia de base antropológica e, a esse respeito, Roberto C. de Oliveira (2000) evidencia três etapas da apreensão do fenômeno social: o olhar, o ouvir e o escrever.

¹³ São anotações da observação de campo.

O olhar do antropólogo ou do profissional que utiliza essa metodologia não é neutro, na medida em que está condicionado a um modo particular de ver a realidade, efeito das disciplinas acadêmicas próprias de cada campo de conhecimento. No entanto, o olhar é um primeiro passo para a apreensão dos fenômenos sociais, desde que problematizado, e não considerado como algo meramente familiar e corriqueiro. (Oliveira, 2000)

Nesse primeiro momento, ocorre a percepção sobre o objeto de nosso interesse, que, seja ele qual for, sofre modificação de acordo com o modo próprio de quem observa e elege um alvo de investigação científica. Nosso olhar chega ao campo já afetado pelo conhecimento teórico acumulado ao longo de uma vida acadêmica o que, muitas vezes, influencia a construção do projeto de investigação científica.

O senso comum a respeito do profissional psicólogo é que ele sempre está analisando alguém, em quaisquer circunstâncias. Acreditamos que isto poderia povoar o imaginário dos residentes observados, trazendo certa tensão na relação entre pesquisador e residentes. Embora eu buscasse não identificar minha formação em psicologia, esta foi revelada aos residentes pelo coordenador da residência médica, ao lhes comunicar a nossa pesquisa. Assim, quando os residentes perguntavam sobre minha profissão, eu não via sentido em omitir a resposta; ao contrário, falava dela com naturalidade.

A primeira vez que entrei no campo foi para observação preliminar de algumas consultas de um R3 e um R1. Como o R3 estava inicialmente sozinho no consultório, expliquei a ele o objetivo do estudo e os procedimentos necessários para a decisão sobre a assinatura do TCLE. Quando o R1 chegou ao consultório e lhe fui apresentada pelo R3, e este, ao verbalizar sua percepção, disse que eu estaria ali para avaliar o trabalho deles. A crença de que estavam sendo avaliados foi também compartilhada por alguns dos residentes observados posteriormente. Toda vez que isso ocorria, eu buscava retificar a questão da avaliação e rerepresentar o objetivo do estudo. Mas, ainda assim, não parecia uma situação confortável para os residentes, nem para mim.

Mesmo aplicando o TCLE aos pacientes que seriam consultados pelos residentes durante a observação, obviamente, havia o meu 'viés' profissional – uma escuta particular das histórias de vida de cada paciente, ainda que não fosse esse o objetivo do trabalho, nem mesmo o papel de uma mestrandia em observação participante em seu campo de estudo. Notei que vários dos pacientes tinham vontade de falar sobre sua história comigo. E eu tinha curiosidade de saber, mas, ao mesmo

tempo, ficava dividida, já que o foco da minha observação era a consulta, isto é, a prática médica com o paciente. Tentava dar a atenção necessária sem muito aprofundar na conversa.

Durante o processo do campo, após ler, refletir e compartilhar essa experiência com outras pessoas, notei que a observação devia ser de todo o contexto. A espera do paciente, o fluxo de atendimento, seu contato inicial comigo, isto é, todo o ambiente em que o paciente está inserido, no serviço de saúde, para sua interação com o médico. Neste caso, penso que cabe também, ouvir o que o paciente tem a dizer, ainda que na aplicação do TCLE¹⁴ e, ainda que não profundamente.

O ouvir no exercício da investigação, de acordo com as etapas propostas por Oliveira, (2000) não é independente do olhar e, ao contrário, se complementam. Trata-se da obtenção de sentidos atribuídos ao tema do estudo pela comunidade investigada. O ouvir poderia se tornar um tanto problemático em nosso contexto: uma psicóloga, no campo das ciências sociais, com uma escuta antropológica, investigando profissionais do campo médico. No entanto, Oliveira (2000) salienta que este confronto deve se constituir em um espaço dialógico, sem temor da contaminação dos discursos próprios de cada campo de conhecimento. Afinal, o autor compartilha da ideia de que crer na neutralidade, “é apenas viver uma doce ilusão” (Oliveira, 2000, p. 24). Além disso, considera que a estratégia de observação participante favorece a interação entre o pesquisador e o observado.

O escrever, segundo o autor, acontece quando se tem um olhar sobre o campo, estando fora dele. Quando se reúnem os fatos observados, vistos e ouvidos, através das anotações e do discurso das entrevistas. A complexidade está em escrever sobre vidas de outrem, interpretando-as a partir de categorias, teorias e conceitos da própria disciplina, em uma relação dialética e simultânea. Outra observação de Oliveira (2000) é a de que o autor do texto não deve se esconder em uma postura impessoal, amparado pela primeira pessoa do plural – nós. É importante reconhecer a intersubjetividade de todo o processo etnográfico.

A Pesquisa

Posso afirmar que meu interesse pela Psicologia, minha formação nesse campo e a prática de pesquisa com HIV/AIDS me fazem refletir, muitas vezes, sobre

¹⁴ Termo de Consentimento Livre e esclarecido.

os mesmos problemas que são colocados para os médicos. No entanto, cada profissão se define, entre outras questões, segundo Eliot Freidson (2001, p. 17) pela “crença de que determinado trabalho é suficientemente especializado a ponto de ser inacessível a quem não possui o necessário treinamento e experiência”. Ou seja, as indagações que fazemos – psicólogos e médicos - ao que se nos apresenta são bastante distintas. E na vida prática, os médicos residentes do IPEC pouco me são familiares, pois, mesmo transitando no espaço físico relativamente pequeno, não frequentam o LaPClin/AIDS na sua rotina, que possui um prédio próprio de três andares. Os residentes circulam no prédio do hospital - nas enfermarias -, nos ambulatorios e no hospital dia. Os laboratórios de pesquisa só muito recentemente vêm participando da realidade da residência.

Meu contato com os residentes é, portanto, indireto. Os prontuários e os relatos pessoais dos pacientes que, ora são atendidos no LaPClin/AIDS, ora são atendidos pelos residentes, somaram-se para reforçar minha opinião e solidificar meus pressupostos. As conversas com os pacientes, na minha prática diária, são essenciais para perceber suas dúvidas sobre como não transmitir o HIV para os parceiros, sobre seu desempenho sexual, sobre sua (in) felicidade e sobre as dificuldades relativas à sexualidade e à subjetividade de forma mais ampla. E, nesse processo, eu percebo que os médicos, pelas razões que discutimos no Capítulo 1 e no Capítulo 3, traçam outras trajetórias para a relação com os pacientes.

Colocou-se então a questão de como entender esses residentes. Como abordá-los de forma a obter uma aproximação com empatia e sinceridade? Como evitar julgamentos, coerções e constrangimentos? Decidimos que observá-los e entrevistá-los não seria tarefa fácil, mas era a forma pela qual poderíamos nos aproximar daquelas pessoas, percebê-las e entender como se constroem e como constroem suas práticas e saberes.

Tradicionalmente, desde o início da epidemia por HIV/AIDS, no Brasil, os médicos infectologistas vêm sendo os profissionais mais reconhecidos pela *expertise* em seu tratamento, prevenção e produção de conhecimento¹⁵. Apesar de faltarem fontes sobre o processo da inserção do HIV/AIDS no campo da infectologia, tudo nos

¹⁵ Além disso, pode ser também pelo fato de lidarem com doenças localizadas nos mais variados órgãos do corpo. Segundo o site <http://www.infecto.org/novo/>, acessado em 23/03/2015, em geral o infectologista tem uma visão global do paciente, exercendo, frequentemente, a prática de clínica geral.

leva a crer que as manifestações infecciosas da síndrome foram, desde o início, apropriadas pela especialidade. Dado que a orientação e a disponibilização da maior parte das tecnologias de prevenção dependem do protagonismo médico, buscamos entender como os profissionais que se encontram em formação na área de infectologia lidam com esse saber, na sua prática. Acreditávamos que os médicos residentes em infectologia do IPEC/Fiocruz, por estarem inseridos numa instituição de ponta em pesquisa e de ensino no campo da AIDS, reunissem condições que muito contribuiriam para a nossa pesquisa.

Esses residentes em infectologia trazem, em seu arcabouço de conhecimento, experiências, valores morais, religiosos e éticos que se configuraram nas famílias, na vida social e na graduação em medicina, gerando crenças sobre o processo saúde/doença. Muitos desses jovens médicos passaram por graduações com currículos já reformulados e mais voltados para a valorização e entendimento do SUS no cenário tanto da saúde pública do Brasil como de mercado de trabalho, o que contempla, entre outras questões, a humanização e a subjetividade.

Dessa forma, era de se supor que o tema da prevenção tivesse perpassado praticamente todo o curso de medicina, uma vez que considerável parte das faculdades de medicina do Brasil inclui, em seus currículos, disciplinas que valorizam princípios do SUS: equidade, universalidade, integralidade, com um foco na atenção primária em saúde, segundo as próprias diretrizes curriculares para o curso de medicina (Diretrizes, 2001). O próprio processo de seleção para as residências médicas em serviços públicos inclui, em seus concursos, perguntas que avaliam o conhecimento sobre o nosso sistema público de saúde.

Percebemos um dilema para a prática da prevenção ao HIV. Por um lado, as tecnologias de prevenção vêm se diversificando e, por sua natureza complexa, exigindo cada vez mais dos profissionais a valorização das questões subjetivas, a percepção crítica sobre o conhecimento científico e as práticas em saúde, e, conseqüentemente, um posicionamento político-social e filosófico. Por outro lado, apesar de frequentarem um espaço de assistência, pesquisa e ensino e, portanto, facilitador de debates, nossa observação cotidiana indicava que esses médicos residentes pareciam não exercitar tais reflexões. Esta situação nos convidou, então, a percebê-la como contexto a ser problematizado. É possível pensar que lidamos com a realidade resultante de uma cultura de valorização das tecnologias correspondentes

aos equipamentos, medicamentos e procedimentos em detrimento das subjetividades na formação e na prática médica.

Nesse contexto, nosso pressuposto foi que os médicos residentes em infectologia ainda não estivessem habilitados a lidar com tais práticas preventivas em seu cotidiano. Talvez, por faltar clareza sobre a singularidade e subjetividade do paciente, restrinjam-se às orientações de cunho ‘técnico’ e prescritivo dos protocolos, e não negociem com cada paciente a alternativa mais adequada de prevenção à infecção por HIV/AIDS.

O **objetivo geral** desse estudo foi analisar percepções, conhecimentos e práticas dos médicos residentes (R1, R2 e R3) em infectologia do serviço especializado do IPEC-FIOCRUZ sobre as estratégias de prevenção ao HIV, especialmente sobre as chamadas tecnologias biomédicas.

Os **objetivos específicos** foram os de entender (1) as percepções, conhecimentos e práticas dos médicos residentes (R1, R2 e R3) em infectologia do serviço especializado do IPEC-FIOCRUZ sobre as estratégias de prevenção ao HIV, especialmente as biomédicas; (2) o processo de atualização do conhecimento relacionado à prevenção da infecção pelo HIV, através dos seus relatos sobre recursos e fontes aos quais recorrem; (3) o processo pelo qual os residentes orientam seus pacientes sobre as formas de prevenção em sua prática clínica.

Escolhemos os médicos residentes por desempenharem um papel decisivo na vida de seus pacientes e por estarem no processo formal de aprendizado. Dessa forma, unimos a questão do ensino médico, interesse que nos levou ao mestrado “pró-ensino”, à da prática protagonista na área da saúde.

Sobre a representação social do médico, o escritor Mário de Andrade (1980, p. 8), no livro “Namoros com a medicina”, destacou que ninguém questionaria alguém que escolhesse a medicina como profissão, remetendo-se à sua própria infância, quando lhe perguntaram o que “vai ser na vida”:

“Vou ser médico...Pra que falei tamanha bobagem! Todos acharam a resposta muito certa e nunca mais se discutiu dos meus futuros. Nem eu discuti.”

A medicina, para alguns médicos entrevistados pela pesquisadora Lilia Schraiber (1993), representou “a viabilização do projeto de ascensão social que cada um traz como expectativa de participação na sociedade, de modo a se reconhecerem e serem reconhecidos como sujeitos sociais de prestígio e valor” (p.49). Para outros médicos,

o caminho do prestígio nem precisaria passar pela ascensão social, pois seria uma “simples continuidade de uma posição social já conquistada pela família” (p. 50).

No Brasil, portanto, a medicina é ocupação tradicional de uma elite social (Coelho, 1999), ainda que venha passando por transformações em função de políticas de inclusão social (cotas para parcelas historicamente desfavorecidas da população). O prestígio e o valor dos médicos são legitimados tanto pelos pacientes, pela sociedade em geral e, no ambiente hospitalar, pelas demais categorias profissionais que lidam com o processo saúde-doença.

Vale salientar que nessa dissertação vimos tratando todos os residentes no masculino, considerando a necessidade de garantir o anonimato dos mesmos. Além disso, evitamos, ao máximo, identificar o residente por R1, R2 ou R3, salvo quando essa classificação fizer alguma diferença para a análise.

Para o trabalho de campo, escolhemos o espaço do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas – IPEC – Fiocruz, por ser um serviço de assistência especializada, e um campo formal e reconhecido de pesquisa e ensino em infectologia, particularmente em HIV/AIDS. Duas questões merecem ser lembradas: a primeira é que as entrevistas, por razões logísticas, foram iniciadas com os R1, que estavam recém ingressados na residência (cerca de 2 meses de atuação) e ainda não haviam passado pelo módulo teórico de HIV/AIDS. Desse modo, seu contato com prevenção do HIV/AIDS só teria ocorrido durante a graduação.

Outro dado é que, antes de entrar no campo, fizemos uma reunião com o coordenador da Residência do IPEC, cuja gestão se iniciou em 2013. Ele se interessou bastante pelo estudo e propôs entrevistarmos também os preceptores. Avaliei ser suficiente entrevistar apenas os residentes, pois o que nos interessava eram as suas falas.

Percepções sobre o campo

O coordenador da residência facilitou minha entrada em campo, avisando aos residentes sobre a pesquisa. De modo que apenas um R1 se surpreendeu com a abordagem, embora tenha aceitado participar após os esclarecimentos necessários.

No ato do preenchimento do TCLE eles assinavam e não preenchiam os demais campos, significando ou um desconhecimento sobre os procedimentos de uma pesquisa com seres humanos, e/ou ainda uma forma de resistência já que alguns chegaram a verbalizar algumas vezes que era uma forma de avaliar os residentes.

Percebi certa desconfiança em seus olhares. Parecia surgir um ponto de interrogação sobre o real objetivo deste estudo, ainda que os esclarecimentos tenham sido feitos. Mas sempre que isso era percebido, explicava novamente os objetivos e distinguindo do que fosse uma avaliação.

Um R3 aceitou ser observado, mas não aceitou conceder a entrevista, alegando dificuldade de tempo para isso.

Uma dupla de residentes (R1 e R3), embora verbalmente tenha aceitado a observação de sua consulta, pediu para conversar com o coordenador da residência antes de assinar o TCLE, mesmo após eu tê-lo explicado ponto a ponto. Disseram que o coordenador mencionou em torpeda a minha visita, mas não deu maiores esclarecimentos.

Inicialmente observei algumas consultas dos R3 que têm como colaboradores os R1 durante seu atendimento. O objetivo dessa prática de atendimento em dupla é para que o R1, ainda inexperiente, aprenda com o R3, profissional considerado já experiente. Um dos R1 acompanha diretamente um dos *staffs* por ter um número maior de R1 do que R3 no ano letivo investigado. Por este motivo não acompanhamos sua consulta, já que nosso foco não são os *staffs* (preceptores).

O papel dos R1 observados nas consultas foi de ajudante dos R3 na construção da evolução de prontuário e busca de recursos institucionais, como resultados de exames e agendamentos para especialistas. Ou, ainda, apenas observador da prática. Alguns R3 também discutiam com o R1 o caso e a conduta para o paciente, antes que esse entrasse no consultório.

Quase não havia participação dos R1 na consulta propriamente dita, isto é, na relação com o paciente. Eles ficavam sentados ao lado do R3. Alguns em frente ao computador, fazendo as anotações em prontuário. E outros, apenas observando.

Os residentes - R2 - atendiam sozinhos, isto é, sem uma dupla, mas contavam com o apoio de seus preceptores em momentos de necessidade.

Quando o residente preparava-se para iniciar o exame físico dos pacientes, eu informava que esperaria fora da sala, mas alguns deles diziam para eu ficar, que não se importavam em fazer o exame físico na minha presença.

Inicialmente nos propusemos a entrevistar e observar todos os médicos que cursaram a residência em infectologia em 2013 e 2014, durante sua atuação no ambulatório de HIV/AIDS. Seriam entrevistados doze residentes (quatro R1, R2 e R3) no ano de 2014 e os R3 do ano de 2013, perfazendo um total de 16 residentes. Como

não foi possível entrevistar todos os R3 que concluíram sua especialização no ano de 2013, observamos um total de doze residentes e entrevistamos onze; um deles alegou falta de tempo para ser entrevistado. As observações e entrevistas foram realizadas ao longo de oito meses. Observamos entre duas e cinco consultas de cada residente.

Recorremos aqui às reflexões da pesquisadora Stella Narita (2006) sobre questões teóricas e metodológicas nas pesquisas de campo, incluindo a utilização de entrevistas. A situação de entrevista, para a autora:

“é um momento de encontro entre dois sujeitos, no qual as memórias são revividas e reconstruídas no momento em que são narradas, reelaboradas, sofridas. Podem ocorrer transferências e contratransferências – conceitos emprestados da clínica psicanalítica – que facilitam ou bloqueiam a entrevista”. (p. 27)

A autora entende que é importante que o pesquisador chegue à entrevista conhecendo o máximo da realidade do entrevistado; a pesquisa etnográfica é tanto mais bem sucedida quanto mais o pesquisador também vive a realidade a ser conhecida e interpretada. (Narita, 2006)

As entrevistas foram todas feitas por mim, em consultórios vazios, perto dos consultórios de atendimento, exceto uma que foi realizada na varanda do hospital, por ser, naquele momento, o espaço mais propício. Optamos pelas entrevistas nos consultórios por acreditarmos que os médicos se sintam mais confortáveis nesses espaços. Narita (2006) destaca um dado a ser considerado, a pessoa do entrevistador. O entrevistador deve ter uma compreensão do entrevistado, respeitar a cultura, a moral, a estética, os costumes do entrevistado. Afinal, o próprio pesquisador é julgado pelo entrevistado, e, de acordo com o grau de aprovação, o entrevistado se sente mais ou menos disponível. Como uma relação de confiança envolve sentimentos, pensamentos, motivações, o pesquisador deve ter um respeito profundo pela condição do outro, pelas suas experiências e histórias. Narita (2006) destaca que até movimentos físicos têm influência no momento da entrevista, pois podem interromper o livre acesso à memória do narrador. E lembra que tudo é captado pelo entrevistado, que percebe “o grau de interesse do pesquisador, a verdade com que ele demonstra interesse, os temas que mobilizam mais o entrevistador, e assim por diante” (p. 27). Cabe ao entrevistador saber ouvir:

“não apenas o que é dito, mas também os silêncios, que tanto podem significar desconhecimento quanto constrangimento, ou mesmo crítica. Também é preciso saber ver não apenas o ato (as ações do indivíduo e do grupo), mas também a inação, que pode significar tanto desinteresse quanto não aceitação, repulsa, crítica”.

Segundo Edgard Morin (1965, p. 16), num estudo de entrevistas, “o universo do entrevistador é [...] muito mais rico e difícil do que parece à primeira vista”.

Assim, decidimos lidar com a palavra como uma das fontes, com os vários riscos que há nessa tarefa, como o “da dissimulação ou da fabulação” (Morin, 1966, p. 120). Longe de buscar uma verdade estabelecida a respeito desses residentes, numa relação em que o outro responde e elabora a partir das minhas questões, eu soube que estava completamente implicada nessa relação em que acontece o que Morin (1965, p. 125) chamou de “liberação da energia psicoafetiva”. Nesse processo, o imaginário e o real podem se misturar, “a pessoa dirá ao mesmo tempo o que ela é, o que acredita ser [...] e o que desejaria ser” (Morin, 1965 p. 125).

A instituição - IPEC

O IPEC tem uma história construída em torno do conhecimento, pesquisa e assistência das doenças infecciosas, por sua inserção na Fiocruz que, no início do século XX institucionalizou suas pesquisas na área da medicina tropical. A Fiocruz, sempre vinculada ao governo federal, foi criando competências na área de pesquisas sobre as doenças endêmicas no Brasil, influenciando assim as políticas de saúde pública do governo federal. (Guimarães, 2009a)

O IPEC (antigo hospital de Manguinhos) desde os seus primórdios, nos anos 1920, conduzia pesquisas em doentes. Seu escopo foi se ampliando ao longo das décadas seguintes em distintos contextos nacionais e internacionais. O hospital passou por períodos de grande reconhecimento nacional e internacional, especialmente no final dos anos 1920 e na década seguinte, com o grande avanço que foram tomando as investigações cardiológicas na doença de Chagas, pelo próprio Carlos Chagas, seu filho Evandro Chagas e Eurico Villela, entre tantos outros. Em meados dos anos 1930, Evandro Chagas criou o Serviço Especial de Grandes Endemias (SEGE), sediado no prédio do Hospital, e empreendeu por diversos anos expedições aos sertões com o fim de identificar e aprofundar os estudos das doenças

endêmicas do Brasil, especialmente a malária e as leishmanioses. (Guimarães, 2009a)

Com a morte precoce de Evandro Chagas, que teve forte liderança no Hospital, o SEGE foi descaracterizado e o hospital, por depender de recursos dos governos federais, passou por períodos extremamente difíceis. Suas pesquisas oscilavam e dependiam basicamente da boa vontade dos pesquisadores, que, muitas vezes, contribuíam com seus recursos pessoais. Mesmo assim, há registro de algumas linhas de pesquisa, com diversas publicações, entre os anos 1940 e 1980 (Castro, 2014).

No final dos anos 1980, foi feito um convênio entre a Fiocruz e o Ministério da Saúde para atendimento aos pacientes com AIDS no IPEC. Esse processo comprometeu diversos profissionais do IPEC com a epidemia, através dos vínculos com as ONGs, do desenvolvimento de pesquisas e da formulação de propostas para a política de assistência, prevenção e tratamento junto ao Ministério da Saúde. (Castro, 2014)

Os anos 1990 marcaram especialmente o IPEC, que, não sem tensões, passou a ter maior visibilidade interna, na Fiocruz, e maior visibilidade nacional e internacional. Os pesquisadores iniciaram suas qualificações acadêmicas e foram organizando o que hoje são os laboratórios de pesquisa, num movimento simultâneo à criação da Residência Médica e dos cursos de pós-graduação (mestrado e doutorado). O LaPClin/AIDS cresceu em termos de espaço e de pessoal em função do reconhecimento de seus pesquisadores, que passaram a participar de instâncias decisórias do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e de inúmeros projetos de pesquisa em redes internacionais.

CAPÍTULO III – Resultados e discussão

“A vida não é só isso que se vê, é um pouco mais...”¹⁶

Paulinho da Viola

A prática dos residentes segundo a observação participante

A forma que escolhemos para o primeiro contato com os residentes foi a observação das suas consultas. Dois residentes foram somente entrevistados e um, somente observado (não desejou ser entrevistado).

Havia um TCLE próprio para os pacientes assinarem se consentissem ser observados. Assim, visando minimizar minha interferência na rotina dos atendimentos, participei de consultas alternadas, pois permanecia fora do consultório enquanto aplicava o TCLE aos pacientes.

Apenas um dos pacientes abordados na sala de espera não consentiu ser observado. Alegou que normalmente era muito aberto a pesquisas, mas que naquele momento eu poderia “*distrá-lo*”. Segundo ele, precisava discutir com o médico sobre algumas de suas dificuldades com o uso de drogas, exposições sexuais desprotegidas e falta de adesão ao ARV, sugerindo a possibilidade de uma nova internação. Teria sido uma rica observação de consulta, mas o desejo do paciente foi respeitado.

A rotina dos médicos era bastante semelhante durante as consultas observadas. Comentavam o resultado dos exames, pediam outros exames, perguntavam sobre possíveis sinais e sintomas que tenham aparecido após a última visita e prescreviam antirretrovirais e outras medicações que porventura considerassem necessárias. Registravam suas observações no prontuário e, por fim, agendavam a próxima consulta e liberavam o paciente.

Com uma dupla de residentes (R1 e R3) assisti a uma ‘consulta de primeira vez’, isto é, o paciente já se tratava na instituição, talvez no LaPCLin HIV/AIDS, segundo o residente, e foi encaminhado ao ambulatório geral. Esse é um procedimento comum com pacientes que participam de pesquisas que finalizam ou que, por algum outro motivo, deixam de participar do estudo.

¹⁶ Letra da música “Sei lá Mangureira”.

Quando entrei no consultório, esses residentes faziam um resumo do prontuário, com a finalidade de conhecer o paciente. Assim, pude aplicar o TCLE tranquilamente, antes que os residentes o chamassem.

Com essa dupla de residentes foi possível conversar um pouco antes do atendimento. Eles estranharam o fato de que as consultas com pacientes soropositivos para o HIV fossem escolhidas para observação, já que o tema do trabalho era a prevenção. Um deles disse que não havia muito o que abordar sobre prevenção à infecção por HIV nessas consultas; já o outro, disse que até havia algo a se falar, como o uso de camisinha.

Esse parece ter sido um estranhamento compartilhado por muitos deles. E me remeti à dicotomia histórica, lembrada por alguns autores, entre prevenção – papel da saúde pública - e tratamento – papel dos médicos em atendimento (Rosen, 1979; Mendes Gonçalves, 1994; Schraiber, 1989), perpetuada pelos jovens residentes. Lembremo-nos que esses médicos se graduaram em período em que as faculdades não estavam alheias às novas perspectivas tecnoassistenciais preconizadas pelo SUS.

A saúde pública, historicamente, assumiu um caráter controlador, normativo e prescritivo (Foucault, 1979), de feitiço coletivo e de luta contra as pestes, com pouca ênfase na subjetividade humana. A partir da Revolução Industrial, as condições insalubres de trabalho foram relacionadas a diversas doenças, e levaram a reivindicações que, de diversas formas, contribuíram com o Estado no estabelecimento de intervenções permanentes. Nesse panorama nasceram os atuais centros e postos de saúde, programas verticais para “problemas específicos”, como o pré-natal, a vacinação, a puericultura, a tuberculose, a hanseníase e as doenças sexualmente transmissíveis (DST). No Brasil, a cada década alteravam-se os itens priorizados na organização da saúde, distanciando as ações de saúde pública preventiva - consideradas de responsabilidade dos governos e Ministério da Saúde - da assistência médica individual (Silva Júnior e Alves, 2007).

Por outro lado, o modelo biomédico individualizado foi se expandindo ao ponto de cada queixa corresponder a um diagnóstico, uma doença, uma anormalidade. Conseqüentemente, são necessários instrumentos e exames cada vez mais complexos e caros. (Silva Junior e Alves, 2007). Sérgio Arouca (2003) observou que a prática rotineira do médico “necessita de um conceito para cada enfermidade, que lhe permita nomeá-la em um diagnóstico que orientará a terapêutica (...)” (p. 158).

A 'consulta de primeira vez' pareceu não fugir muito da rotina do atendimento. Quando o paciente começou a relatar que estava diabético, o R3 observou que o médico que o atendia já havia deixado tudo muito bem detalhado em seu prontuário, gerando a sensação de que o que importava era o médico estar informado. O paciente se queixou de enjoo e inchaço, e o residente retrucou que os exames estavam bons, bem controlados e, portanto, não justificavam as queixas. O paciente insistiu e perguntou aos residentes se essas suas queixas poderiam ter relação com a pressão baixa. Um residente lhe perguntou os valores habituais da pressão arterial (PA), e se teve vômito. O paciente informou a PA e negou o vômito.

O residente nada comentou e, em seguida, perguntou o que dizia o médico que lhe atendia sobre seu problema renal. O paciente respondeu que o outro médico lhe informou que as causas seriam o remédio antigo e a diabetes, que o faz perder muita proteína. O Residente fez o exame físico, informou que estava tudo bem e que o inchaço era apenas em uma das pernas. Informou também que não mudaria a medicação. Neste momento o paciente disse: "*então acho que vou viver um pouquinho mais*". Para essa afirmação, o residente comenta: "*vai viver muito se continuar tudo bem!*". Embora pareça uma frase de estímulo, me pareceu um pouco vaga, sem esclarecimento ou mesmo sem empatia, pois nem refletia uma perspectiva de esperança, ao contrário, colocava uma condição.

Foi pequeno o espaço de tempo para que o paciente verbalizasse seus sentimentos sobre a gravidade do seu adoecimento e a possibilidade de morte. A consulta transcorreu baseada em sinais, sintomas e, principalmente em resultados de exames complementares. Mesmo quando o paciente tentou falar sobre seu mal-estar, não obteve as respostas que desejava nem o acolhimento para seus comentários.

Silva Junior *et al.* (2003), no artigo "Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde", apresenta o estudo de caso num serviço de saúde privado que dispunha de estrutura de toda a sorte. Utilizou a observação participativa e um fluxograma analisador¹⁷. Como resultado, um dos 'ruídos' identificados nas consultas observadas foi a pouca capacidade do profissional de saúde de ouvir o paciente e acolher a demanda de um sujeito com desejos, crenças e temores. Esse 'ruído', segundo os autores, tem como resultado uma relação fracassada entre o profissional de saúde e a população.

¹⁷ "Instrumento cuja utilização serve para demonstrar, através de símbolos, o processo de trabalho existente em um determinado serviço." (Silva, Jr et al, 2003 p. 130)

Tive a expectativa que, em uma consulta inicial, algumas perguntas relacionadas à vida sexual do paciente e uma conversa sobre prevenção ocorreriam de forma diferente das questões ditas clínicas. No entanto, observei que as perguntas eram feitas dentro do padrão básico da anamnese e, portanto, algo protocolar e desprovido de curiosidade sobre os aspectos subjetivos e sexuais que costumam nortear uma consulta com paciente afetado pelo HIV. O residente informou que para adquirir preservativo no IPEC não era mais necessário levar a receita à farmácia. Em seguida afirmou: “*o senhor pode continuar a usar preservativo com sua esposa*”, mas não perguntou antes se o paciente usava preservativo ou se ele tinha alguma dificuldade com essa forma de prevenção. Outras perguntas feitas pelo residente foram: “*casado? Parceira soropositiva? casado com uma mulher?*”. O paciente respondeu sim para todas essas perguntas.

Neste caso, houve pouco espaço para a informação sobre, por exemplo, se ele tinha relação sexual, se essa relação ocorria com a esposa, se havia outras(os) parceira(os) e quais as suas práticas sexuais. Além disso, considerando que o paciente em questão era diabético, não se aventou a possibilidade de ele ter problemas para a ereção do pênis e, portanto, provável dificuldade para usar o preservativo.

De acordo com Loyola (2003), a sexualidade no século XX sofreu grande interferência da medicina através do desenvolvimento de novas tecnologias reprodutivas e da divulgação das pesquisas sobre comportamento sexual masculino e feminino nos EUA realizadas por Kinsey. A autora menciona também que nos anos 1980, a partir do início da epidemia de AIDS, os estudos sobre sexualidade se multiplicaram. Mas Loyola (2003) faz também uma crítica a esses estudos que, segundo ela, por um lado favoreciam a explicitação de aspectos da sexualidade contemporânea e, por outro, “tendem a reduzi-la à sua dimensão puramente comportamental, reforçando as categorias naturalizadas das explicações biomédicas sobre a sexualidade” (p. 876).

Assim, a relação da medicina com a sexualidade, ao menos no século XX, tem-se limitado a aspectos biomédicos, controlistas e medicalizadores, estando fora deste contexto o prazer e as demais subjetividades envolvidas. (Loyola, 2003)

Ao final da consulta relatada acima, o preceptor abriu a porta, todos se entreolharam e ele saiu, em seguida.

Neste momento, me ocorreu que a relação do paciente com sua sexualidade provavelmente não seria uma discussão levada ao preceptor, pois a vida sexual dos pacientes pareceu não se constituir uma questão para os residentes. Ainda que atendam a pessoas com um problema cuja principal via de transmissão é a sexual, percebe-se, entre os residentes, uma grande dificuldade em entender que a abordagem da sexualidade dos pacientes deveria ser parte fundamental de seu trabalho.

Foi muito comum entre os residentes perguntar se o(a) paciente era casado(a) ou solteiro(a) como maneira de saber se eles tinham ou não práticas sexuais. Chegaram a verbalizar isso quando foram entrevistados. Por levarem referências como o estado civil para as consultas, esses médicos ratificam sua dificuldade em abordar questões sexuais, especialmente em pessoas dadas como fora da 'norma'. A esse respeito, o pesquisador e médico Kenneth Camargo Jr (1994, p. 47) fez uma observação em seu estudo realizado durante a primeira década da AIDS:

“(...) a Aids é duplamente desconfortável para a maior parte dos médicos, em primeiro lugar porque os coloca em frente a questões tabus como a sexualidade tida como desviante ou o uso de drogas ilícitas, questões para as quais não se encontram preparados, uma vez que até então elas não vinham sendo objeto de reflexão para o saber da medicina.”

Além disso, o olhar normativo afasta o médico de seu paciente e dificulta a identificação das possíveis vulnerabilidades e necessidades. Por outro lado, a proximidade entre os médicos e a realidade sexual e social dos seus pacientes contribui não só para a prática da prevenção de cada indivíduo, mas também para as políticas públicas no campo das alternativas de prevenção do HIV.

Houve um dia em que observei um R3 atendendo sozinho. Como muitos pacientes estavam agendados, ele fez um acordo com o R1 (R3 e R1 costumam atender em dupla) de atender separadamente para evitar que os pacientes esperassem muito tempo. Foi um dia que os atendimentos começaram mais tarde por causa de um evento acadêmico. Tentei, depois, observar uma consulta do R1 sozinho, mas já não havia mais pacientes aguardando.

O paciente atendido pelo R3 era muito falante, e logo após a aplicação e assinatura do TCLE, contou-me sobre sua experiência em outro serviço de saúde muito precário e o comparou ao IPEC, a quem atribui ter salvado sua vida.

A consulta observada foi um pouco diferente da dos demais residentes e foi também uma consulta de primeira vez com esse médico, embora o paciente já se tratasse há mais tempo na instituição. O residente iniciou a consulta perguntando como ele estava, e ele respondeu que teve febre e achava que seu herpes havia voltado. O residente prosseguiu perguntando idade, estado civil e outros itens da anamnese. Logo perguntou se o paciente tinha namorada. Ele respondeu que não tinha conseguido nenhuma, mas que de vez em quando saía com ‘uma mulher na rua’. O residente perguntou: “*e esse negócio de namorar é protegido?*” Ele respondeu que sim e disse: “*aconteceu uma coisa comigo que vocês nem vão acreditar...*”. Daí, contou, sem nenhuma dificuldade, que foi ao forró, tomou umas cervejas e foi namorar. Disse que na hora H descobriu que se tratava de uma travesti. O residente perguntou: “*e o que o senhor fez? correu?*” No que ele respondeu: “*não, já estava lá, né?*” Ambos riram da história.

O residente perguntou se ele se considerava homossexual, heterossexual ou bissexual. Ele disse que sempre teve relação com mulher. Em seguida, o residente retomou a anamnese. Passaram a falar sobre os medicamentos em uso, por estímulo do residente e, embora o paciente não lembrasse o nome, o residente tentou identificar pela forma e cor do comprimido. Informou também os medicamentos que ele deveria continuar a usar e as vacinas que deveria tomar.

Em seguida, o paciente perguntou se a vacina contra o HIV iria demorar a chegar. O residente respondeu que sim. O paciente disse que ouviu no rádio essa notícia e o residente então elogiou-o, dizendo que sempre que ouvisse uma notícia sobre o HIV deveria conversar para saber se era verdade.

Num dado momento, o residente perguntou sobre o que incomodava mais ao paciente, se a perda de peso ou a dor no braço. O paciente respondeu que a dor no braço é antiga e o que mais o incomodava era o herpes – que ele havia mencionado no início da consulta - e a perda de peso. Essa nos pareceu uma clássica situação em que a percepção do médico prevaleceu sobre a demanda do paciente, no caso, o incômodo com o herpes, confirmando a dificuldade do profissional na escuta.

Quando o paciente informou ao médico gostar muito de beber cerveja, o residente disse “*só não pode beber cerveja e esquecer da camisinha*”. O paciente disse então que já havia se acostumado com o uso da camisinha, mas que no início “*broxava*”. O residente perguntou novamente se o paciente teve alguma relação desprotegida, mas ele negou e ainda completou dizendo que está há dois meses “*sem*

nada”, isto é, sem ter relação sexual. Conversaram sobre outros problemas de saúde e o residente disse que o encaminharia ao cardiologista, mas o paciente disse que era melhor deixar como estava. O residente insistiu e explicou o motivo de encaminhá-lo, mas ele se queixou de usar muito medicamento e ir muito ao médico.

Esse paciente era falante, um contador de história, bem humorado; comportou-se de forma sedutora, disse que eu era bonita e perguntou sobre o(a) cônjuge do residente. Tudo isso entre as questões de saúde, remédios e exames. O residente também era bem humorado, com paciência para explicações. Esses dois fatores permitiram que a consulta transcorresse de forma um pouco diferente das de outros residentes, possibilitando um diálogo tranquilo sobre as questões sexuais, ainda que a solução para a prevenção discutida fosse sempre o uso da camisinha.

Podemos supor que esse paciente tenha ensinado muito ao residente. Perguntar se o paciente tem namorada, sem antes saber se ele tem relação com mulher, homem ou ambos, pode induzir o paciente a responder o que o médico quer ouvir, isto é, uma relação normatizada heterossexual. E, apesar de ter deixado de perguntar algumas coisas prévias, o residente conseguiu contornar a conversa com as revelações do paciente, sem sobressaltos.

Com outra dupla de residentes, perguntei-lhes o nome do paciente para abordá-lo enquanto, como de costume, “conheciam o caso” através do prontuário. Os residentes me informaram o nome e disseram que ele nem estava agendado, mas precisariam trocar a medicação. Um dos residentes perguntou ao preceptor se determinada medicação seria a mais conveniente. Depois, chamou o paciente e disse: *“o senhor provavelmente terá que trocar a medicação antirretroviral porque andou usando a medicação de forma errada ou andou não usando.”*

O paciente não argumentou sobre esse comentário. O residente explicou a nova prescrição e completou: *“o senhor vai tomar o remédio direitinho e daqui a um mês vai coletar carga viral novamente para ver se o remédio está fazendo efeito.”* Após perguntar se o paciente tinha alguma dúvida, este tentou explicar: *“então a diferença do meu tratamento é que acrescentou esse aqui.”* E apontou para a receita. O residente disse que havia trocado um remédio por outro.

Os residentes afirmaram que o paciente não usou corretamente o medicamento, ou nem usou, provavelmente pelas informações obtidas em prontuário; não havia como afirmar. De qualquer forma, mesmo que ele tenha deixado de usar a medicação ou não a tenha usado corretamente, perdeu-se a oportunidade de saber os motivos

do paciente. Essa pergunta poderia desvendar, por exemplo, um problema com o horário de trabalho, entre outras coisas que podem ser simples de contornar. A troca da medicação somente poderá ser prescrita em consonância com o paciente e com suas possibilidades.

Também seria uma boa oportunidade para falar das consequências, para a prevenção, de uma carga viral alta e para discutir alternativas, caso o paciente tenha parceiro(s) sorodiscordante(s) ou de sorologia desconhecida.

Em outra consulta, um desses residentes informou tratar-se de um *“paciente legal”*. O paciente chegou dizendo que estava muito tenso. Havia sido dispensado do trabalho, e, apesar de aposentado, não conseguia sobreviver só com a aposentadoria. Além de sua mãe ter Alzheimer, havia um problema com o *“Rio-card”*, que oferece gratuidade de transporte público apenas para os dias de consultas agendadas. Ao escutar essas questões do paciente, o residente interferiu: *“mas é só problema de cabeça, né? O remédio, você está tomando direitinho?”* O paciente volta a falar de sua *“tensão”*: *“acho que outra coisa que pode estar me enlouquecendo foi que decidi parar de fumar”*. O residente disse que foi a melhor decisão da vida dele.

Prosseguiram com a *“parte médica”*, sobre medicamentos, exames, triglicérideo alto, necessidade de dieta e que tais. Ao final, o paciente pediu desculpa pelo seu desabafo, e acrescentou que achava que seus médicos deveriam saber o que ocorre com ele. Disse também que por causa dos altos e baixos por que vinha passando, seu herpes estava voltando com mais frequência. Os residentes prescreveram medicação para o herpes, também os ARVs e o preservativo.

O paciente fez as suas associações e colocou em pauta suas questões, mas nem sempre os residentes conseguiam percebê-las. Se este paciente for selecionado como um *‘caso’* para discussão com o preceptor, as questões reduzidas a *“problemas de cabeça”* provavelmente não aparecerão.

Outro exemplo bastante contundente foi a situação de uma paciente que contou sobre várias perdas recentes, inclusive a de um filho de vinte e poucos anos. Ao contar, esboçou um choro e disse que ainda se emocionava. O residente então pergunta como ela está. Respondeu que estava muito bem, que trabalhava 12 horas por dia e estava celibatária, já que terminara o namoro com o rapaz que a infectou com HIV. Ela disse que ele era muito mentiroso e ainda usava drogas. Contou também estar feliz por ter voltado a trabalhar.

O residente então comentou: “*mas você é muito forte, né, [nome]?*”. A paciente então passou a chorar copiosamente. Os residentes ficaram olhando e, quando a paciente parou de chorar, um deles informou que iria passar para ela o resultado dos exames. Os residentes falaram e, em seguida, a paciente disse que sua vida mudou depois que terminou com o tal namorado. Disse que ele não queria usar camisinha de forma alguma. O residente diz que ela logo arrumará alguém, pois é muito nova. Em seguida a paciente disse que não tem vontade de nada [relação sexual]. Associa isso à entrada na menopausa, mas acha que quem tem essa “*doença*” não deveria querer nada mesmo. E acrescenta dizendo que está em luto e que talvez seja por isso.

Os residentes dizem que ela deve ter uma “*vida afetiva*”. A paciente pergunta se o ARV tira “*a vontade*” e o residente diz que não. A paciente responde: “*então devo estar de luto mesmo*”.

Todo o sofrimento exposto pela paciente foi insuficiente para que o assunto fosse abordado. Além disso, a paciente falava de sexo (“*a vontade*”), que, neste caso, sexo foi tratado como “*vida afetiva*”.

Todas as observações apontaram que a única referência a prevenção foi relacionada ao preservativo (masculino). Havia uma valorização relacionada aos exames, medicamentos, exame físico, às vezes, e prescrições. Toda a vez que um paciente mencionava questões emocionais o assunto era reconduzido para o que o médico achava relevante. Esta foi uma observação de Silva Junior *et al.* (2003), que entenderam que “há uma dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com sofrimentos; preferem lidar com a doença, na qual a racionalidade da biomedicina estabelece referência e pontos de intervenção sobre as ‘lesões e ‘disfunções’ detectadas” (p.125).

Um único residente observado pareceu conseguir perguntar ao paciente se ele faz sexo com ou sem camisinha e se tem relação ‘retal’ – para designar a relação sexual anal. Perguntou também a um paciente se ele havia se estressado e a outro se desejava o encaminhamento à psicologia. Houve uma situação em que a dosagem de colesterol do paciente estava um pouco mais baixa, mas ainda em patamar alto; ao final da consulta, o residente disse: “*caso nada dê certo, há a possibilidade de trocar de ARV*”. Mas alertou que, caso o colesterol não atingisse a taxa ideal, não seria culpa do paciente. Além disso, apesar das limitações comuns aos médicos observados, abordou as práticas sexuais dos pacientes. Achei sua abordagem diferente das demais, com maior atenção à vida do paciente, num sentido mais amplo.

Esse também foi o residente mais informado sobre as novas tecnologias em prevenção. No entanto, em conversa ao final das observações, ele informou não abrir mão do preservativo de forma alguma nem divulgar as demais alternativas em prevenção aos pacientes, temendo que eles deixassem de usar o preservativo. Mas abriu exceção para a possibilidade de PEP em caso de acidente com parceiros sorodiscordantes.

Camargo Junior (1994) menciona como um desconforto aos médicos o fato de que “a informação sobre contágio depende única e exclusivamente da informação dos pacientes”, “na qual usualmente o médico não confia”, por supor que o paciente “sempre mente, omite ou se equivoca” (p. 47) De acordo com minha observação ao longo dos anos na lida com pacientes que vivem com HIV, essa é uma afirmação recorrente entre os médicos. Talvez, isso se deva ao fato do paciente se sentir intimidado, a ponto de falar o que seu médico gostaria de ouvir, como um acordo velado. O temor deste residente se assemelha à desconfiança, mencionada acima por Camargo Junior, de que o paciente pudesse deixar de usar o preservativo. Neste caso, a falta de confiança no paciente é maior do que a possibilidade de discutir a questão com ele.

A observação das consultas nos levou a perceber que não há um padrão de pacientes. Tampouco se pode dizer que eles sejam oprimidos e que não têm a oportunidade de falar com seus médicos sobre suas questões. Ao contrário, muitos falam sobre as coisas que lhe afligem, muitos falam o que os médicos gostariam de ouvir, muitos nada falam, muitos apresentam apenas queixas ‘médicas’. Quer dizer, existem subjetividades; cada paciente, um mundo. O problema na maior parte das vezes é o reforço de toda uma cultura médica que traslada questões subjetivas para a ordem das objetivas.

Durante a entrevista, os residentes (R1) se mostraram um pouco tensos e vacilantes, embora tenham verbalizado e assinado consentimento. Era como se a assinatura do termo tivesse posto fim às possibilidades de evitar a entrevista.

De um modo geral, as mulheres entrevistadas mostraram-se um pouco mais dispostas a falar sobre suas experiências e (não) conhecimento, sem muitos subterfúgios. Ao contrário, os homens apresentavam uma postura mais defensiva.

Ao final de cada entrevista, conversávamos sobre quanto ainda precisavam percorrer em relação ao conhecimento e à prática em prevenção à infecção por HIV. Mencionei muitas informações e debates bibliográficos a que eles poderiam recorrer.

Solicitei também que não comentassem com seus colegas sobre a entrevista, para não interferir nos resultados - e não observei indícios de que tenham comentado.

Com um dos residentes, a conversa foi um pouco mais longa após desligar o gravador.

A percepção e conhecimento dos residentes sobre as alternativas em prevenção a infecção por HIV nas entrevistas e sobre o IPEC como escolha para a residência

O serviço de escolha para cursar a residência não pareceu um fator de grande importância, exceto para aqueles que, por algum motivo, já conheciam a instituição, e faziam questão de cursar a residência nela.

“(...) Eu queria fazer infecto e queria fazer só aqui.” (...) E tem um professor meu da área de infectologia que trabalha aqui.” (R-A)

“(...) Eu corri atrás, entrei no site da Fiocruz, fui pesquisando se tinha ou não residência até que eu achei o IPEC. (...) eu acredito muito nessas coisas de destino. Então essa vaga saiu...” (...) Estava louco para vir, para a Fiocruz, acho que a Fiocruz te dá um nome legal, é importante isso.” (R-B)

“Aqui é um dos melhores lugares realmente para se fazer. Não tem muitos centros no Rio de Janeiro quer você possa fazer infectologia, mas dos que tem, o IPEC seria... sempre foi a minha primeira escolha. [...]” (R-J)

O fato de o IPEC ser um instituto de pesquisa parece não ter sido determinante para os R1 na escolha da instituição onde fariam a residência, uma vez que nem todos a conheciam. Os residentes de segundo e terceiro ano, por outro lado, relataram a importância, para sua escolha, de o IPEC ser uma instituição de pesquisa.

“É, eu acho que faz diferença na medida que muitos estudos vão sair daqui, estudos científicos, então a massificação de conceitos de prevenção pode ser mais [...] bem adestrada, doutrinada e a gente pode tirar um proveito disso.” (R-D)

“A questão da prevenção? Eu acho que a pesquisa mostra para a gente os melhores caminhos, né? Contra o HIV, mas eu acho que você pode evitar e fazer a prevenção do HIV mesmo sem pesquisa. Você já sabe como que é a contaminação, é só explicar bem para o seu paciente. E a contribuição dele também conta muito, porque eu não posso ir lá e botar a camisinha nele, não dá.” (R-E)

As respostas indicaram que os residentes, de fato, conheciam pouco e, de maneira confusa, as pesquisas em prevenção desenvolvidas no IPEC. Referem que o modo como tiveram conhecimento de alguma pesquisa sobre prevenção foi nos atendimentos de pacientes soronegativos. Esses atendimentos, em geral no PAT (pronto atendimento), estimulavam-nos a buscar informação no prontuário do paciente, quando descobriam sua participação em alguma pesquisa. Foi possível perceber também que um dos residentes associou ‘pesquisa em prevenção’ a uma espécie de ‘campanha educativa’ e de outra ordem que não em sua prática clínica, isto é, não realizada nos atendimentos médicos. Vale salientar que todos os participantes da pesquisa denominada IPREX eram soronegativos para o HIV.

“Não. De prevenção não. Assim, conheço algumas que tem surgido agora, por exemplo, em relação ao Prep Brasil e tudo o mais, mas não conheço nenhuma do âmbito, por exemplo, educacional, ou algo assim. Realmente não sei se existe. Algo que você trabalhe com a comunidade, escolas, realmente não, não sei. (R-J)

“A prevenção [além dos casais sorodiscordantes] ... eu acho que não. (...) Ah, [tive conhecimento da pesquisa de casais sorodiscordantes] pelo PAT, né? A gente acaba atendendo pacientes soronegativos, daí a gente lê o histórico, vê que está em algum braço de pesquisa...” (R-G)

“Soube do Iprex que foi um estudo que acabou há pouco tempo. Teve muitos bons resultados em relação a prevenção do HIV em pacientes sorodiscordantes, principalmente com a tomada de antirretroviral. E, assim, a gente tem conhecimento de outros estudos também que são fora daqui, né? Estudo que trabalha com antirretroviral tópico, principalmente em países que tem grande quantidade de abuso sexual, né? Aquela coisa toda, mas os do IPEC eu conheço alguns, principalmente os que eu tenho contato no pronto atendimento. O principal foi o do IPREX, na verdade. (R-I)

Um dos residentes, aquele que demonstrou maior conhecimento sobre as pesquisas em prevenção realizadas no IPEC, concebeu um sentido de aprimoramento do conhecimento por estar em uma instituição de pesquisa.

”Eu acho que faz [diferença], porque aqui a gente tem notícias muito frescas. Eu acho que por a gente estar num instituto de pesquisa, onde tem tanta gente boa, tanta gente na ponta das inovações, das novidades e que estão trazendo cada vez novidades e exigem da gente esse tipo de estudo sempre muito novo, qualquer conhecimento fica sempre obsoleto, eu acho que influencia muito na nossa atualização, e sem dúvida nos métodos de prevenção. Por exemplo, a

gente vai ser o primeiro a implementar PREP, que é um tipo de prevenção do HIV também. Então eu acho que faz diferença sim.” (R-H)

A diferença de estar em uma instituição de pesquisa, para outro residente, significava a possibilidade de discutir mais sobre prevenção. O residente citou uma das pesquisas realizadas no LaPClin AIDS/IPEC.

“Ah, eu acho que faz [diferença], com certeza. (...) Ah, eu acho que por ser um instituto de pesquisa, a gente discute mais a questão de prevenção, tem algum braço de trabalho, por exemplo, com sorodiscordantes, a avaliação de parceiros soronegativos para avaliar se tem soroconversão e em que momento. Acho que isso é interessante.” (R-G)

Houve também quem fizesse uma relação da pesquisa com uma assistência de boa qualidade.

“(...) o fato da gente ser uma instituição de pesquisa, eu acho que as coisas funcionam um pouquinho... é a impressão, não estou falando mal dos outros serviços, a impressão é que as coisas funcionam um pouquinho mais regradas e a gente tem uma assistência e eu acho que isso facilita para a gente incentivar (...) o paciente, no sentido da prevenção. (R-F)

“(...) por exemplo, no meu ambulatório existe um número limite de pacientes que eu atendo por tarde. Então, assim, você ter mais tempo para conversar com o paciente, isso é muito importante, principalmente quando ele tem dúvida. Você pega um paciente de primeira vez, paciente que ainda tem muita dúvida sobre como se dá a transmissão, ou como se dá a parte de prevenção, que tipo de coisa ele pode fazer para prevenir. Então, essas coisas assim.... quando o paciente já é mais antigo e já tem mais ciência da coisa é mais fácil, mas quando são pacientes mais novos você tem que ter esse tempo. Então aqui facilita por isso, é pesquisa, existe protocolo, né? Geralmente você tem um preceptor responsável que está lá lhe orientando para alguma coisa, então, tudo isso junto faz com que melhore também essa parte de você trabalhar a prevenção também da doença. (R-I)

Essa última fala, embora o residente mencione que o número limitado de pacientes favorece a conversa com o paciente, inclusive sobre prevenção, principalmente quando se trata de um paciente novo, não pôde ser ratificada durante a observação participante das consultas. Ao contrário, com os pacientes vistos pela primeira vez, havia apenas espaço para a prescrição do preservativo.

Quando escolhemos a entrevista como uma das técnicas de apreensão do contexto, temos que levar em conta que as respostas podem significar uma necessidade do entrevistado em satisfazer o entrevistador. Como lembrou Stella Narita (Narita, 2006, p. 27), é importante estar atento ao “discurso adequado socialmente”, utilizado como “forma de proteger-se de pessoas estranhas para não correr o risco de ser prejudicado de alguma forma”, pois o “sentimento de persecutoriedade pode mostrar-se bastante presente na situação de entrevista”.

Como lembramos, ao entrevistarmos, corremos o risco de parecermos juízes; o inverso também se coloca, muitas vezes os residentes podem ter-se sentido julgados. Assim, o discurso manifesto, no caso, a afirmação de algum vínculo com a pesquisa – dada a natureza da Fiocruz – revelou, no mínimo, uma certa necessidade de domínio da situação da entrevista pelos residentes. Afinal, como afirma Narita (2006, p. 27), “o latente, o indizível, o impróprio socialmente e que pode causar problemas [...] não é expresso”.

Já no caso dos R1, as respostas sobre o não conhecimento das pesquisas realizadas no IPEC sobre prevenção eram possíveis de serem verbalizadas, pois estavam há apenas dois meses na instituição quando foram entrevistados.

Apesar da tentativa de um “discurso adequado socialmente por parte dos residentes” do segundo e terceiro ano na pós-graduação, o conhecimento sobre as tecnologias de prevenção também foi insuficiente, como se pode ver adiante.

Os primeiros residentes entrevistados foram todos os do primeiro ano da formação (R1). Esperávamos que o conhecimento em relação às novas tecnologias em prevenção fosse precário por estarem no início da residência, embora muitos dos residentes, no ano de 2011, quando saíram os resultados dos estudos que apontaram para o tratamento com ARV como forma de prevenir o(a) parceiro(a) soronegativo para o HIV, ainda estavam cursando a graduação em medicina, portanto, com grande possibilidade de terem tido essa discussão no contexto acadêmico. Mas, além de terem demonstrado conhecimento bem superficial sobre o assunto, alguns desconheciam que alguns dos estudos, no Brasil, havia sido conduzido no Laboratório de Pesquisa Clínica em HIV/AIDS do IPEC, instituição em que cursam sua especialização.

Quando perguntados sobre como abordavam e o que recomendavam para prevenção, encontramos respostas, mesmo entre os R3, que pouco variaram em torno

de suas próprias opiniões e atitudes, mais de cunho particular do que um conhecimento formalizado.

“É... assim, costumo abordar e prescrever e tal o [preservativo] masculino, mas, acho que aqui eu nunca prescrevi o preservativo feminino, por exemplo. Então, eu acho que isso a gente deveria falar um pouco mais, explicar um pouco mais. Com relação à transmissão vertical do HIV, eu não trabalho especificamente com isso, que aqui a gente... aqui, no IPEC, de fato a gente não trabalha com gestante, né? Mas eu até pretendo passar pelo IFF¹⁸ (...). E, até depois poder falar para você um pouco mais, né? É... E a mesma coisa de transfusão, assim, de banco de sangue eu também não tenho experiência.” (R-F)

“Prevenção o que? De um modo geral? (...) É, eu acho que seria o campo, a área mais importante de se trabalhar, e muitas vezes acaba sendo uma parte negligenciada mesmo em relação ao HIV e AIDS. (...) é alguma coisa que você realmente deixa um pouco de lado, enquanto na verdade, você deveria estar reafirmando sempre, né?” (R-J)

O ano de 2011 foi revolucionário para o debate sobre a prevenção da infecção pelo HIV, pois foram divulgados os resultados do Estudo HPTN 052, mostrando que o uso de antirretroviral pelo(a) parceiro(a) soropositivo(a) e, por conseguinte, uma carga viral constantemente baixa, protegia em 96% o(a) parceiro(a) soronegativo(a) de se infectar com o vírus. (Cohen *et al.*, 2011)

Esse trabalho foi considerado, pela revista *Science*, a grande mudança de paradigma do ano de 2011 (Cohen, 2011) e teve como desdobramento uma modificação dos *guidelines* da OMS e do Consenso Nacional do Ministério da Saúde do Brasil sobre o tratamento de pessoas com HIV/AIDS. A partir daí, ficou indicado o tratamento precoce para as pessoas soropositivas. (MS, 2013)

Quando perguntamos sobre seu conhecimento relativo às pesquisas de prevenção desenvolvidas no IPEC, os residentes indicaram seu não pertencimento ao universo dos estudos ali realizados.

“De prevenção não. Assim, conheço algumas (pesquisas) que têm surgido agora, por exemplo, em relação ao Prep Brasil e tudo o mais, mas não conheço nenhuma do âmbito, por exemplo, educacional, ou algo assim. Realmente não sei se existe. Algo que você trabalhe com a comunidade, escolas, realmente não, não sei.” (R-J)

“(...)...a gente, às vezes atende um ou outro paciente que comenta estar participando de pesquisa, mas eu nunca parei para... (...) É, agora tem essa possibilidade [de conhecer as pesquisas]” (R-F)

¹⁸ IFF – Instituto Fernandes Figueira – Fiocruz – maternidade que trata de gestantes de alto risco.

“[Além dos casais sorodiscordantes] A prevenção... eu acho que não. Soube dessa pesquisa] pelo PAT, né? A gente acaba atendendo pacientes soronegativos, daí a gente lê o histórico, vê que está em algum braço de pesquisa...” (R-G)

“(...)...Soube do Iprex que foi um estudo que acabou há pouco tempo. Teve muito bons resultados em relação à prevenção do HIV em pacientes sorodiscordantes, principalmente com a tomada de antirretroviral. (...)... os (estudos) do IPEC eu conheço alguns, principalmente os que eu tenho contato no pronto atendimento. O principal foi o do Iprex, na verdade.” (R-I)

O que pareceu mais inusitado foi o fato de não relacionarem, imediatamente, algumas das estratégias mencionadas à prevenção. Só respondiam sobre as novas tecnologias quando estimulados. E mesmo assim, faziam confusão entre, por exemplo, Pep e Prep. Além disso, todos desconheciam o termo ‘tecnologia biomédica de prevenção’ quando perguntados sobre isso num dado momento.

“A prevenção pós-exposição ou no caso de sexo, ou no caso de profissional? (...) “O que eu entendi é que se você se expôs, e se você não sabe... aqui é difícil não saber se o paciente é HIV ou não, mas num caso que você não saiba, tem que fazer a profilaxia, né? Por um mês.” (...) “Não, nunca prescrevi.”” (R-A)

“Ah, sim. Profilaxia pós exposição... mas ouviu falar como assim que você quer saber? (...). Tem gente que liga lá para a enfermaria aí fala, “ah, o preservativo rompeu, eu não conheço a pessoa, não sei se ela é soropositiva e tal” (...) Aí a gente pede para que a pessoa venha para saber assim, a gravidade do acidente, né? E aí, se a pessoa... se a gente... é porque não tem... parece que não tem... isso eu ainda não li direito não, parece que não tem... o Ministério da Saúde não determina que todas as pessoas expostas a um acidente façam a profilaxia. (...) Mas se o paciente estiver preocupado, estiver interessado e se quiser fazer, aí a gente prescreve sim a profilaxia.” “Uma vez só. [Fez esse tipo de prescrição] (...) Mas ele falou exatamente isso, que não conhecia a pessoa (...), aí a gente falou, “(...) o ideal é que seja o mais rápido possível, (...) Até 72 horas aí vem e a gente faz, aí faz o teste rápido e se for negativo, faz.” (R-C)

“É, paciente que tenha realizado o sexo anal receptivo, é... (...) “É. Eu to... eu não sei todos os critérios para a profilaxia não. Mas sei que o sexo anal receptivo é um fator de risco, acho que profissionais do sexo também, se tiver sido exposta em caso de estupros também...” (...) Mas é para qualquer um: “Não, não é para qualquer um não. Eu não sei ao certo discriminar todas as situações não.” (R-D)

“Quando se tem o uma relação desprotegida, com parceiro sabidamente HIV, ou quando desconhece o parceiro e não tem como

encontrar com ele para fazer o teste no parceiro, ou com acidentes perfuro cortantes em hospitais.” (R-E)

Um dos residentes estava especialmente informado, mas referiu não abrir mão de que seus pacientes usassem preservativo. Também mostrou certo receio em conversar com seus pacientes sobre as outras alternativas em prevenção, temendo que, assim, eles negligenciassem o uso do preservativo.

“Eu sou radical quanto ao uso de camisinha. Eu acho que tem que usar sempre. Mesmo quando o paciente fala que é indetectável, mesmo quando... independente da desculpa. Sou radical, tem que usar mesmo em toda e qualquer relação. Esse é o primeiro ponto. (R-H)

“(...) Outras pessoas, que, por exemplo, já tem uma atividade sexual mais promíscua, já tendem a não usar preservativo, eu acho que dar esse tipo de informação [sobre o uso de ARV na prevenção], pode ser como um sinal verde para ele, tipo, “Ah, se eu estou indetectável, a chance de eu passar para outras pessoas é muito pequena, então eu não preciso fazer preservativo, então não preciso usar preservativo.” Isso é uma impressão pessoal que eu tenho, que não são todos os pacientes que sabem lidar com essa informação. Eu tento não ser juiz de nada, mas nesse ponto, acaba que eu seleciono o tipo de informação que eu dou”. (R-H)

A fala acima parece um reflexo da postura biomédica com tendência controlista que foca na submissão e aderência dos sujeitos e grupos sociais, dado que se trata do residente que melhor conhece as tecnologias em prevenção e que demonstrou perspicácia na observação dos pacientes. Segundo Silva e Camargo Junior (2011), “os profissionais de saúde interessados pelo paciente devem estar atentos às suas singularidades, para que, juntos, possam construir um projeto terapêutico viável” (p. 4872). Acrescentamos aí um projeto de prevenção construído em uma dimensão dialógica.

O sentido atribuído à prevenção foi a de ações de campanhas – Como pega e como não pega¹⁹ - com o objetivo de “doutrinar” a população como se essa questão da prevenção, especialmente no campo do HIV/AIDS, não tivesse avançado com a possibilidade agregar categorias como vulnerabilidade e singularidade a partir de reflexões sobre práticas sexuais, fator contundente para a cadeia de transmissão e para a prática da prevenção.

¹⁹ Lema de campanha educativa na prevenção do HIV, do Ministério da Saúde, por vários anos.

Um deles, inclusive, atribui a responsabilidade ao paciente sobre o uso da camisinha, a partir das explicações médicas. E alguns relacionaram o HIV a um comportamento promíscuo do paciente.

Esses discursos, no nosso entender, dão indícios sobre a formação desses residentes. Provavelmente não houve disciplina na graduação que valorizasse a prevenção à infecção por HIV, nem a relação da medicina com a pesquisa e, menos ainda, a complexidade da lida com outros seres humanos. Ou seja, nem as informações da mídia sobre o assunto contribuíram para a formação desses residentes.

Entendemos que a escassez de conhecimento sobre alternativas em prevenção a infecção por HIV, juntamente com um processo de trabalho tradicionalmente prescritivo e heterônomo dos médicos, diminui as possibilidades de se fazer redução ou gerenciamento das possíveis situações de vulnerabilidades do paciente, avaliando junto dele, de acordo com sua história e práticas sexuais, a melhor alternativa em prevenção.

“É... (...) Então, a massificação de conhecimentos com essa parte da prevenção, eu acho que pode ser mais bem adestrada, doutrinada e a gente pode tirar um proveito disso.” (R-D)

“Tipo usar camisinha? (Riu)” (...) “Por exemplo... ah, promiscuidade, evitar a promiscuidade... usar preservativo... as coisas básicas, né?” (R-A)

“Bom, eu sei que a principal via de transmissão por HIV é a sexual, então, a principal forma de prevenir é fazendo o sexo seguro através de uso de preservativo em qualquer tipo de relação, seja pênis-vagina, pênis-ânus, pênis-boca (...) eu queria só enfatizar que assim, esse tipo de prevenção, faça sexo seguro, use camisinha tem que ser mudado, tem que ser uma abordagem diferente, que eu não sei te explicar, eu não posso te dar, falar agora o quê, mas essa abordagem tem que mudar. Tem que ser uma abordagem mais enfática.” (R-B)

“A prevenção, de usar preservativo, essas coisas assim?” (...) “Então, basicamente o que a gente sabe é que, passado assim, que é usar preservativo, não compartilhar objetos assim, seringa, agulha, objeto assim de que tem contato com o sangue. Acho que basicamente é isso, não sei se estou esquecendo de algum... (...) Bom, tem a forma de prevenção, de prevenir a transmissão vertical, né? Da mãe para o bebê Acho que só, não estou lembrando mais.” (R-C)

“Bom, a promiscuidade é um fator significativo, hábitos de vida inadequados também colaboram, andam concomitante com promiscuidade e vida desregrada, uso de drogas, o que também é uma forma direta de se adquirir também, o uso de drogas, o

compartilhamento de seringas, a relação sem preservativo, é... em qualquer tipo de relação, é... vamos ver, ah, a pobreza também, uma vez que a transmissão vertical da doença também pode ocorrer, a gente vê muito na África devido a pobreza você tem que amamentar o filho para ele não morrer desnutrido, então também é uma outra forma da prevenção... acho que basicamente isso.” (R-D)

“Ah, eu conheço que o vírus do HIV ele é transmitido, principalmente, de forma sexual, a maioria dos casos com penetração anal, mas também pode ser transmitido com a penetração vaginal, sexo oral, uso de perfuros cortantes, né? Tanto na profissão como no alicate da manicure que entra em contato com o vírus, e, a prevenção é ter o seu próprio alicate na manicure, na profissão, evitar os acidentes o máximo que você puder com medidas de segurança durante os procedimentos, né? O jeito que você encapa a agulha, o jeito que você posiciona os dedos durante os procedimentos, andar sempre com sapato fechado. Durante as relações, é óbvio, usar camisinha, e trocar a camisinha de uma relação para a outra, do sexo anal, para o sexo vaginal, para o sexo oral, e é isso.” (R-E)

O desconhecimento acerca da prevenção à infecção por HIV por parte dos residentes foi notório. Esse resultado foi além do nosso pressuposto de uma possível dificuldade dos residentes em lidar com tais tecnologias de prevenção em razão da excessiva valorização das orientações de cunho medicamentoso dos protocolos de não possuírem habilidades solidificadas para negociar com os pacientes as alternativas mais adequadas de prevenção.

Algumas falas relacionadas a essas questões nos pareceram ingênuas no sentido de que há uma expectativa de que a boa vontade do médico, a tranquilidade e a facilidade de orientar o que tem que ser orientado poderiam levar o paciente a agir ‘certo’. Outra coisa que apareceu foi um jogo que nem sempre é eficaz, como mostrar ao paciente que seu médico faz tudo por ele e, por isso, o paciente não pode decepcioná-lo.

Outras percepções parecem vislumbrar uma ‘mudança de comportamento’ do paciente, no que diz respeito à prevenção, mas com pouca esperança de solução, já que, para o residente, só depende da vontade do paciente. Não há, portanto, nenhuma facilidade nessa orientação:

“(...) eu me considero muito tranquilo para conversar com as pessoas. Eu acho que eu consigo passar para elas o que tem que ser dito. (...) eu gosto de trabalhar com prevenção. Eu gosto de trabalhar com HIV, até porque eu acho que se a camisinha, por exemplo, é um método falho, eu acho que está faltando alguma coisa na educação da população que não foi bem feita, que não foi bem falada. (...) Acho que

se existe um déficit nessa parte eu acho que posso fazer alguma coisa. (...) Não sei... eu acho que as vezes você passar tranquilidade para o paciente é um ponto muito positivo, que ele acredita mais no que você fala e ele leva a sério o que você diz. Você usar um jogo de confiança também é muito válido. Quando eu digo: “Eu confio que você vai fazer as coisas direitinho. Não me decepciona.” E é recomp... E eu vejo quando você faz as coisas certas que você depois elogia, você vê que a pessoa ficou feliz. Então eu acho que essa é uma facilidade que eu tenho, como eu te disse, eu jogo aberto, eu falo todas as coisas que eu acho que tem que ser ditas e gosto que eles me digam tudo o que eles venham a fazer e...” (R-H)

“Eu acho que, na verdade, as dificuldades acabam aparecendo mais do que as facilidades. Porque eu acho que a facilidade acaba vindo da própria conduta da própria orientação que o paciente as vezes chega para você, né? Por mais que você tente modificar a forma de pensamento, uma forma de agir, você pode até passar isso para o paciente, mas eu acho que isso tem que ser alguma coisa que tem que vir dele, né? Óbvio que você passa a informação, você expõe a situação, seu ponto de vista, o ponto de vista de outras pessoas e aquilo tentar trabalhar de alguma forma na cabeça da pessoa para ter uma mudança de comportamento. Mas eu acho que a mudança de comportamento vem a partir da motivação pessoal, né? Eu quero mudar, eu quero prevenir, quero, sabe, então, não sei o que teria de facilidade realmente.” (R-10)

“Não sei, não sei. Acho que eu sou... não sei se eu sou muito expansivo e não tenho, sei lá, pu... não tenho tanto pudor para falar sobre isso. Acho que é por aí.” (R-F)

“Ah, o diálogo, assim, é, flui bem, ninguém fica assim, constrangido com o tema. Eu acho que... mas assim, isso que eu te falei, o diálogo é bom, mas na prática nem sempre acontece aquilo que a gente conversa, né? (...) Ah, eu acho que assim, colocar em prática isso, na hora do, ali, que está tudo quente e tal, é difícil, né? Então... aí, alguns vem para cá e depois na exposição sexual, né? Tem uns que não vem, ficam quietos...” (R-G)

“Facilidade assim, para abordar o assunto eu não tenho nenhum problema nisso. É difícil quando você tem problemas em estar abordando o assunto (...) Mesmo dependendo de suas convicções ideológicas ou religiosas, qualquer coisa assim, você tem que estar aberto para ouvir o que a pessoa tem para falar e também expor sua opinião em relação a prevenção, né? Daqueles métodos que eu já falei. Segunda coisa é que a instituição tem que dar uma estrutura básica para que você trabalhe isso também. Não adianta você falar em mil coisas relacionadas a prevenção se o paciente não tem acesso a nenhuma delas, entendeu? Então você tem que pensar no acesso também. Se você não pensar no acesso dele a determinado... não adianta eu falar em Truvada para a pessoa do casal sorodiscordante se aquela pessoa não vai ter acesso ao Truvada. Então, as vezes você causa até mais angústia do que propriamente você está ajudando. Então, geralmente é isso, a facilidade de tentar se comunicar, acho

que é o principal, e também em relação a infraestrutura. Se o lugar que você trabalha dá o mínimo de infraestrutura para você trabalhar os métodos de prevenção.” (R-I)

Nessa última fala percebemos pouco conhecimento do residente sobre as políticas públicas de saúde nesta área.

Em contraponto às facilidades, que nos pareceram poucas, mencionam como dificuldade a não obediência dos pacientes às recomendações médicas. Esse foi um resultado muito semelhante ao estudo de Silva e Camargo Junior (2011) sobre facilidades e dificuldades no atendimento às pessoas com HIV/AIDS (ainda que não seja específico para a prevenção). Mas, de um modo geral, o caráter difícil da lida com pacientes que não obedecem, que não são convencidos, que não aderem, são reiterados. Até mesmo uma queixa sobre a questão estrutural do serviço apareceu em ambos estudos.

O residente menciona a dificuldade em lidar com algumas populações específicas, como homem que faz sexo com homem e travestis. No entanto, também coloca como dificuldade a abordagem de heterossexuais. Quer dizer, praticamente não há quem cumpra a obrigação de proteger-se ou proteger o outro, conforme orientado pelo médico:

“A dificuldade que eu tenho é que as vezes o paciente não adere, como a gente viu hoje. Tem paciente que apesar de todas as explicações possíveis, os caras não fazem as recomendações que a gente pede. Não usa camisinha, não toma remédio direito. A gente explica, 10, 20 vezes, as várias consequências, as vezes a gente até é um pouco mais dramático, fala sobre as consequências reais, finais de quando a pessoa não toma o remédio, mas mesmo assim, as vezes, as pessoas não tomam. Ou então não usam preservativo mesmo e ficam tendo sífilis. Outra coisa, é quando a gente atende profissional do sexo que eles vivem tendo sífilis, apesar da gente orientar sobre todas as formas de transmissão da sífilis, eles vivem tendo. Que eu acho que a população que... é um pouco mais difícil de aderir. Não são todos. Eu acho que é um pouco mais difícil nesses profissionais.” (R-H)

“Usando como exemplo, tem uma população específica que é bem complicado você tentar trabalhar com prevenção, que seria, seriam os travestis. Eu tenho muito problema em tentar trabalhar a prevenção com essa população especificamente porque tem a questão da utilização do sexo como uma ferramenta de trabalho, né? De sustento. E, por muitas vezes é oferecido para esse profissional um valor maior do programa [interrupção. Bateram a porta]... é oferecido muitas vezes fazer programa por um valor três, quatro, cinco vezes maior que

normalmente eles pedem para fazer sem nenhum uso de preservativo, né? E é claro que eles acabam fazendo. Isso aí é certo. Isso aí eu vejo muito. Se tiver algum paciente chegando com alguma doença sexual transmissível e aí, quando você começa a conversar tem sempre essa história no meio. Então é uma população bem difícil de trabalhar por conta disso. É, uma outra população também que eu vejo que algumas dificuldades é a população de homem que faz sexo com homem mais jovem também. Realmente eu não sei o que pode estar acontecendo para você ter uma incidência maior nessa população, se é uma população realmente que a gente precisa se preocupar. E porque que eu tenho também muitos pacientes que chegam, ah, teve uma vez ou outra que eu não usei preservativo”. E mesmo você... e outra coisa interessante que a preocupação que eles chegam é de transmitir alguma coisa para alguém, não que eles possam ser infectados ou por um outro subtipo de HIV ou por alguma outra coisa. É como se o medo fosse que eles transmitissem alguma coisa para alguém e não o contrário. Eu fico sempre batendo na mesma tecla, Olha, você trata, sua carga viral é indetectável, então assim, o risco de você transmitir alguma coisa para alguém é infinitamente menor do que da outra pessoa que você não tem ideia do estado sorológico dela, não sabe absolutamente nada, né? Então é, as vezes é complicado você abordar a prevenção com os pacientes fora aqueles casais sorodiscordantes ou não que, simplesmente, não utilizam. Falam, olha, a gente não utiliza e ponto. Eu tenho um casal que é sorodiscordante há anos... (...) Hetero. Que eu acho que é mais difícil você falar isso em casais heterossexuais que casais homossexuais. E, não usam, né? Ela é indetectável há anos, ele, soronegativo há anos também, mas o relato é de que eles não utilizam preservativo e, não tem como você tentar convencer a ele utilizar. Então é... as vezes é complicado você abordar isso numa consulta. (R-J)

“Eu acho que, assim, é muito particular. Eu vejo alguns pacientes que a gente tem facilidade para explicar as coisas, outros que a gente tem um pouco mais de dificuldade, talvez por... ou a pessoa não entende direito, baixa escolaridade, alguma coisa assim, e aí eu acho que isso eu tenho um pouquinho mais de dificuldade para explicar, mas tento achar algum meio, né? E dos pacientes fora gestantes, eu costumo sempre, acho que eu tenho uma boa facilidade para falar sobre prevenção, uso de preservativo. Eu nunca tive problema quanto a isso não. Tenho facilidade. (R-F)

“Ah, a maioria fala, né? Que usa, que ouve o que a gente fala, mas na prática eu acho que não é bem assim. Então assim, por isso que é tão importante toda vez você reforçar [a necessidade do uso do preservativo], né? Mas eu acho que, com certeza não é 100% das relações que eles usam preservativo.” (R-G)

“Porque, o que eu estou notando, pelo menos, de onde eu comecei a fazer ambulatório até aqui, existe... está mudando um pouco o pensamento das pessoas. Eles acham que por eles terem acesso a remédio, por eles terem acesso a exame, por eles terem acesso a ambulatório, essa coisa toda que tudo bem, eu posso deixar a prevenção para lá. Não preciso mais usar camisinha, não preciso mais me cuidar porque o governo já está me dando o tratamento todo para o HIV e que daqui a pouco vai ter a cura e vai estar tudo bem. Então,

uma dificuldade que eu acho é isso. E eu acho que é a pior dificuldade porque para você quebrar essa barreira junto a pessoa, junto ao paciente que isso pode mudar, isso é difícil.” (R-I)

A última fala relaciona a negligência de algumas pessoas na prevenção ao fato de o governo garantir medicamento e tratamento para os afetados pelo HIV. Ouvi essa correlação por outros médicos em momentos distintos. Trata-se de afirmação descontextualizada, pois não há qualquer associação possível entre o governo cumprir o seu papel e os indivíduos relaxarem na prevenção.

Os relatos dos residentes sobre a orientação relativa à prevenção foram bastante diversos:

“Ah, sem dúvida eu acho que tem que tratar todo mundo. (...)Eu acho que tem que tratar todo mundo. Eu acho até por uma questão da pessoa mesmo. Eu acho que quando você começa a tratar a pessoa precocemente, embora os estudos falem que você só precise tratar abaixo de 500 para ter um benefício real para a pessoa, eu acho que uma pessoa com uma carga viral lá nas alturas, mesmo com o CD4 bom, tem chance de ficar doente mais rápido. Então eu acho que todo mundo que tem HIV tem que tratar, e principalmente, não só por esse lado pessoal que eu acho, para diminuir a transmissibilidade para as próximas pessoas.” (R-H)

“Muitas vezes eu tento fazer isso, tentar fazer que o parceiro ou a parceira venha a consulta para a gente conversar, mesmo que seja um parceiro ou parceira novo, ou mesmo que seja mais antigo, já com relacionamento já há algum tempo.” (R-J)

“Normalmente eu pergunto para o paciente... minha primeira consulta, por exemplo, normalmente eu vou, pergunto sexualidade e tal... “Ah, você tem parceiro fixo, namorado? Tem namorada?” “Ah tenho”. E aí? Ele é negativo, é positivo? “Ah não, é negativo.” Mas ele sabe que você tem HIV? “Ah, sabe” Tudo bem. E aí, como é que vocês se relacionam? “Ah, a gente sempre usa camisinha” Mas sempre? Né? Aí tento explicar para ele o porquê do uso, transmissão, esse tipo de coisa. Quando a resposta, por exemplo, é negativo “Não, ele não sabe”. Bem então acho que a gente tem que conversar um pouquinho, porque a pessoa precisa saber, é importante. E, tento abordar assim. Acho que é isso. (...) [sobre as tecnologias biomédicas] eu acho que as vezes eu esqueço um pouco de falar, né? No caso, por exemplo, se o paciente fala assim para mim, “Ah, eu tenho um parceiro e ele é negativo”, por exemplo, aí, acho que eu costumo abordar o fato de prevenção com o uso de preservativo. Mas, eu acho que é uma falha minha talvez, quando... as vezes eu lembro até, as vezes quando paciente me pergunta, “Mas não tem uma história de que tem um remédio”. Aí eu costumo explicar. Mas eu acho que vem pouco na minha cabeça, logo de cara, na primeira consulta, explicar isso para ele.” (R-F).

“Ah, quase todas as consultas a gente aborda, (...) Acho assim, que o que eu mais foco, que é o público que eu mais tenho, a questão que é mais envolvida é a relação sexual com preservativo. É. Am ham. E assim, o ideal não é isso, né? [Prep ou Pep] O ideal é se prevenir mesmo. (...) De pós-exposição eu sempre falo, né? Caso rompa o preservativo para vir aqui. Mas eu acho que é mais isso, no pós-exposição. Mas no pré não”. (R-G)

“Depende. (...) vou dar um exemplo de paciente de primeira vez, a primeira consulta, normalmente não é uma consulta totalmente esclarecedora, você não estabeleceu nenhuma relação médico-paciente, então, provavelmente a pessoa, vamos dizer assim, 100% das coisas que você perguntar você não vai ter 50% da resposta que você quer ter, né? O que geralmente eu faço, é tentar fazer uma anamnese o mais completa possível, pelo menos nas primeiras consultas. (...) Outra coisa é perguntar se usa drogas ilícitas ou não, se tem histórico de ter usado, também isso aí ajuda bastante, álcool e tabagismo, acho que orientação religiosa também tem que perguntar até para que você não seja tão invasivo, não ultrapassar o que for de barreira ética também que a pessoa tem em relação aos preceitos dela, então, acho que tudo isso tem que ser abordado mesmo. (R-I)

“Quando os dois são soropositivos eu sempre pergunto se a pessoa, se o parceiro está tratando, ou se realmente existe o uso de preservativo entre eles... basicamente isso. Ou então, quando alguém surge com alguma doença nova, eu sempre pergunto: “trocou de parceiro? Fez sexo sem camisinha?” Aí, mudo um pouco a abordagem que varia de caso a caso.” (R-H)

“Sempre pergunto também. Até porque está diretamente relacionado ao maior risco ou não de transmissão, então, isso querendo ou não tem que ser abordado, né? (R-J)

“Ah, sempre pergunto o estado civil, se o paciente informa o parceiro da sorologia dele, se não informa eu reforço a ideia de que tem que falar, que é um direito do parceiro e algumas vezes isso é muito constrangedor para o paciente. Vários assim, que eu forço para contar acabam chorando... teve um paciente de transmissão vertical que tem uma namorada, estava com várias DSTs associadas ao HIV e que transava com ela sem camisinha e não contou. Aí, eu fui bem rígida assim, aí, ele pediu para trocar de médico. Que assim, por lei a gente tem que entrar em contato com a outra pessoa e avisar, né? Mas ele não passou o telefone, não informou o nome, nada da namorada. Então, assim, é uma situação bem difícil. Esse ponto é um dos pontos que eu mais tenho dificuldade” (R-G).

“Às vezes sim. Mas nunca em uma primeira consulta. Eu espero criar um vínculo maior para a pessoa se sentir mais à vontade porque eu não quero que ninguém minta. E eu quero que a pessoa se sinta confortável. Muitos pacientes eu nem preciso perguntar que ele já me conta. Eles se sentem à vontade e me contam. Outros eu já pergunto

depois da segunda, terceira consulta e eles já falam com mais naturalidade.” (R-H)

“Sim, por mais que as vezes possa surgir algum constrangimento você chegar para um rapaz e perguntar, ah, você sabe o que é um homem que faz sexo com homem, perguntar que tipo de prática sexual é mais comum dele fazer, então... mas eu tento sempre abordar com eles” (R-J).

“Ah, se faz mais assim ou assado? Bem, até pergunto, mas acho que mais... como é que eu vou dizer, assim, quando alguma coisa me chama a atenção para perguntar para isso, entendeu? Não é uma coisa que eu faça assim, que eu pergunte assim logo de cara. (...) Se alguma circunstância me leva para isso eu não vou ter problema de perguntar. Mas acho que não é uma coisa que eu pergunte assim corriqueiramente não” (R-F).

“Aí depende. (...) Não, não [não aborda sobre a vida sexual dos pacientes]. (R-G)

“Então, por isso que tem que perguntar mesmo. Tem que perguntar o que é que faz, que tipo de sexo pratica. Às vezes, quando o paciente é de mais tempo, ele tem mais confiança, ele mesmo vai e fala, “olha Dr, eu fiz isso, fiz aquilo e acabei tendo uma laceração, acabei fazendo isso, o meu parceiro esteve assim, está assado, está com uma lesão no pênis, está assim”. Eles já falam. Você não precisa nem tanto você estar expondo, dependendo do tipo de convívio que você tem com o paciente ele já fala. Mas as vezes você tem que perguntar. Quando você vê que o paciente é mais restrito, conversa menos, aí você tem que instigar mais. Uns você tem até que cortar um pouco do que eles falam, porque também é para não sair daquele nível que seja razoável, mas alguns deles você tem que perguntar mesmo” (R-I).

A abordagem da prevenção nas consultas, salvo se for simplesmente a prescrição do preservativo, requer pelo menos, a abordagem sobre as práticas sexuais dos pacientes e, minimamente, a vivência da sua sexualidade, sem preconceitos. No entanto, essa pareceu uma questão complexa para os médicos residentes. Primeiro, o que falaram na entrevista não pôde ser observado em suas práticas e, segundo, que, nas falas anteriores, percebem-se claramente as dificuldades e as tentativas de perguntar algo sem que a pergunta seja muito direta. Assim, raramente perguntam e quando o fazem, abordam o estado civil, e tentam ‘manter o nível’, isto é, pode-se falar de sexo, mas com limites.

Silva e Camargo Junior (2011) chamam atenção para o pouco preparo dos médicos, especialmente os mais jovens, para abordar as questões da sexualidade.

Acham também, que do ponto de vista coletivo, as políticas preconizam que a AIDS atinge a todos e, portanto, “a sexualidade abordada é a de todos”, isto é, igualam as práticas sexuais, ignorando-se as singularidades (p. 4866). De certo modo, os médicos reproduzem esse lema.

A partir da percepção das suas dificuldades na lida prática com a prevenção, buscamos entender o que os residentes concebem como função do médico, e de um bom médico, no campo da AIDS.

A função do médico, segundo alguns, está relacionada ao cuidar, de um modo geral, integral. No entanto, chama atenção que essa percepção esteja só na ordem do discurso, já que a prática observada não apontou para um espaço relacional dedicado às subjetividades, à escuta do outro como sujeito de escolhas. Essa não é uma característica apenas dos residentes do IPEC. O fato de haver um discurso pró-integralidade pode ser um sinal de mudança, ainda que ínfimo. Pode ser um prenúncio de um redirecionamento do estilo de pensamento objetivo que envolve a profissão médica para um estilo de pensamento que contemple o subjetivo.

Muito se tem avançado nas produções das ciências sociais a respeito da formação médica. Os nós têm sido identificados, mas a mudança se faz muito lentamente. Portanto, muito há o que se fazer nesse campo de atuação vasto que é a educação médica.

A respeito da função do médico, muitas das respostas foram vagas, mas sempre permeadas pela ideia de que o papel social do médico é importante e contempla o ajudar:

“O médico tem um papel muito importante, eu acho, na sociedade, né? Que é em primeiro lugar fazer o bem, né? Tentar fazer o bem. Na questão da infectologia também na prevenção, né? Eu acho que é uma missão muito grande a cumprir, né? A profissão de médico. (R-G)

“Eu acho que é ajudar. E as vezes a gente também encontra o paciente, normalmente, né? No consultório nem tanto, mas a gente está lidando muito perto assim, com problemas que afligem o paciente, então, eu acho que a gente ajuda de várias formas, né? Tem outros profissionais também com a gente, mas é que as vezes acaba ficando com a gente, então, acho que é ajudar. De forma geral, acho que é isso. (R-F)

Um deles apresentou uma percepção sobre a função do médico de forma mais humanizada. Talvez por ter vivenciado experiência de amigos próximos vivendo com HIV ou morrendo em decorrência da AIDS.

“Eu acho que é entender a dor dos pacientes. Para mim, é isso. Depois que eu me formei eu tive pessoas muito próximas que descobriram que tinham o HIV, e isso mexeu muito comigo. E foi muito bom, porque eu tive uma proximidade muito grande por serem meus amigos e, as vezes quando a gente vê um paciente que está frustrado, que está com medo, ou então triste mesmo pelo diagnóstico, as vezes a gente tem um certo alívio de pensar... tinha, né? Um certo alívio de pensar não é do meu círculo de amizade, não faz parte da minha vida, mas quando você começa a ter isso próximo a você, pelo menos eu, comecei a enxergar de maneira diferente. E em relação ao HIV é uma coisa que eu tenho muito como meta na minha vida é justamente oferecer esse conforto. Às vezes os pacientes têm medo de abraçar porque acha que as pessoas têm nojo. E as vezes, quando você dá um abraço neles, é tudo o que você precisava. É isso.” (R-H)

Quanto a ser um bom médico no campo da AIDS, segundo alguns, é não julgar as razões do paciente para suas escolhas e não discriminá-lo. Valorizam também, como importante, uma relação médico-paciente de confiança e empatia. Essas questões devem ser faladas no ensino médico atualmente, no entanto, parece que não são muito praticadas. A observação das consultas médicas nos revelou que essas questões parecem distantes do cotidiano dos residentes, dado a importância para as questões objetivas e controláveis do processo de tratamento. Silva e Camargo Junior (2011) referem que a estratégia do estilo de pensamento médico é de “manter a subtração dos aspectos pouco controláveis ou subjetivos” (p. 4870).

Nesse mesmo estudo de Silva e Camargo Junior (2011) as condições para ser um ‘bom médico’ na assistência aos pacientes com HIV/AIDS na óptica dos médicos entrevistados, foram “a técnica, o conhecimento, a experiência e estar atualizado” e, quanto as questões subjetivas na relação médico-paciente referem “sensibilidade, afetividade, criar vínculo, ser carinhoso, cuidadoso na abordagem e interessado pela vida do paciente”. Ainda destacam que essas são “matérias aprendidas na ‘vida’ e não na faculdade de medicina” (p. 4869)

Se compararmos, as respostas dos médicos do estudo de Silva e Camargo Júnior (2011), onde a maioria deles contava mais de dez anos de experiência, podemos dizer que alguns de nossos jovens residentes abordaram questões importantes como a preocupação com a discriminação e, portanto, do não julgamento sobre as atitudes de cada paciente, a relação de confiança e o vínculo na relação e o contexto socioeconômico.

Talvez seja um prenuncio de mudança, talvez falte a eles descobrir a maneira de se lidar com tais questões na prática.

“Acho que é exatamente isso, é você receber um paciente e tentar não ter aquele pré-julgamento, sabe? Ah, o paciente veio, é HIV positivo, então, deve ter feito isso ou aquilo, ou aquilo outro. (...) muitas vezes são pacientes que vem, que exigem sigilo, é uma doença crônica, complicada em relação a isso. Então, eu acho que é necessário uma relação médico paciente de muita confiança. Acho que não só do paciente confiar no médico, mas o médico também confiar no paciente, né? Então, eu acho que quando o médico consegue conquistar isso, em fazer com que essa relação seja mais estreita e que o paciente retorne sempre ao ambulatório, tem adesão ao tratamento, faça as medicações, faça os exames, então eu acho que, esse sim seria um bom médico em relação ao HIV e AIDS. Aquele médico que consegue fazer com que o paciente tenha uma boa adesão e uma regularidade no atendimento ambulatorial da doença. (R-J)

“Pergunta difícil. Assim, como eu falei, acho que medicina é ajudar. (...) eu tento, pelo menos, nas minhas consultas, além da gente buscar o conhecimento técnico, né? Para ajudar, nesse sentido, fazer o melhor medicamento e tal, eu também procuro, acho eu, deixar o paciente à vontade e tal, e, isso, acho que não é só para infectologia, né? Mas assim, como é a área que eu lido mais, e os nossos pacientes, especificamente de HIV, são pacientes que as vezes têm muitas complexidades psicológicas envolvidas e tudo, eu tento também... acho que isso gira um pouco nessa pergunta de o que ser um bom médico para o infectologista. A gente tem que contemplar todas as questões do paciente, entendeu? Eu tento, né? Não sei se consigo. Mas eu acho que é por aí. (R-F)

“É, ter um bom vínculo com o paciente, eu acho que é isso mais. (...) Sendo prestativo, ouvindo bastante. Que são pacientes assim, que tem um lado emocional já bem abalado, né? Para a doença ainda causar tanto impacto na sociedade... por acometer geralmente pessoas de baixo nível socioeconômico... então tem todo um contexto social envolvido também. (R-C)

“Trabalhar com AIDS, primeiro, né? Mas mesmo que você trabalhe, você pode fazer propaganda da prevenção, né? Lembrar sempre os pacientes de usar preservativo, perguntar da vida deles, se eles usam drogas, se não usam, como é o relacionamento deles, se eles falam abertamente sobre sexualidade com o parceiro, se eles fizeram alguma vez o teste, se já desconfiaram de alguma coisa. (...) Fazer o que todo mundo já faz aqui em infectologia, trabalhar no ambulatório, fazer a propaganda, obrigar eles a usarem camisinha, falar sempre, alertar sempre. Toda vez a gente prescreve preservativo masculino, né? Lembrar dos riscos, falar que não é só na relação... que tem que usar também no sexo oral, falar todos os detalhes, né? Ser bem sincero, perguntar da relação deles e, buscar um retorno deles sempre, né? Ter uma boa relação médico paciente para que eles se abram com você, porque se eles não se derem com o médico eles não vão ser verdadeiros, não vão criar confiança, né? Ainda mais porque

aqui de três em três anos o médico deles muda, né? Porque o residente, no ambulatório, a gente fica três anos, aí quando uma forma, vem outro. Então eles têm que estar a toda a hora se adaptando a novos médicos, né?” **[a sugestão desse residente para facilitar a abertura do paciente com o médico em falar sobre a sexualidade]** “Eu não sei se já existe, mas eu acho que poderia ter um site com perguntas e respostas, das quais eles mandassem anonimamente. Ah, está com dúvida, está com vergonha, aí manda alguma pergunta para esse site e os profissionais infectologistas respondem quando puderem para essa pessoa, anonimamente também. Porque tem coisas que eles ficam com vergonha mesmo de perguntar, por mais que a relação médica paciente seja boa, tem paciente que é mais tímido do que o outro, não tem jeito.” (R-E)

“Boa. Boa pergunta. Ah, eu vou te dar o exemplo de um paciente que a gente atendeu na semana passada. Um paciente que tem dez filhos, que três deles estava com a mãe, que a mãe ‘e drogada, tinha levado os filhos... eu acho assim, depois ele foi atrás, enfrentou o traficante com arma na cabeça para recuperar os filhos, então eu acho assim, um bom médico no campo da AIDS é você tentar se colocar no lugar do paciente, tentar passar porque ele está passando, pelas dificuldades que o paciente passa e principalmente tentar enxergar o preconceito que existe em relação ao paciente HIV positivo. Eu acho assim, eu acredito que o médico que cuida da pessoa que tem HIV ele tem que ter um cuidado a mais além do cuidado de um bom médico. Ele tem que... é, ele tem que ter um cuidado a mais e tentar entender esse outro lado, como é que eu vou falar... o lado... esse lado ético, esse lado do preconceito que existe ainda hoje e a gente não consegue... ainda não conseguiu superar isso. Eu acho que tem que ter um cuidado a mais. Ele tem que estar totalmente aberto a ouvir o paciente, que são pacientes que têm históricos de vida não muito bom. Vamos dizer assim.” (R-B)

Ser um bom médico para alguns é concentrar-se nas informações técnicas do manejo de um paciente com HIV. O conhecimento básico e relevante, eles dizem.

“Nossa! ... É ser que nem o [falou o nome de um médico no IPEC].” (Riu) (...) “Gente, o [médico do IPEC] sabe tudo! Olha, a AIDS é um campo que está crescendo de minuto a minuto, né? As pesquisas estão aí fervilhando. Então, quanto mais você acompanhar as mudanças, saber quais são os melhores esquemas, é.... quanto mais informação você puder dar para o seu paciente, conhecer os efeitos colaterais dos medicamentos, saber identificar as falhas terapêuticas, conhecer as infecções oportunistas, é tanta coisa para saber, nossa! AIDS é um mundo, gente, um mundo!” (R-A)

“Ser um bom médico é você ter o conhecimento básico, né? Nos assuntos relevantes ao HIV e estar se atualizando no que tange a esse assunto.” (R-D)

Mas teve quem percebesse a complexidade no cuidado embora ainda um pouco longe de discutir possibilidades de solução com o paciente. Mas certamente há uma reflexão por parte desse residente. E é essa reflexão que consideramos poder gerar mudança. Principalmente se o processo de formação contemplar essas questões. Talvez o residente não saiba, mas está de certa forma identificando algumas vulnerabilidades do paciente. A resposta abaixo, não foi um padrão, nas observações das consultas. Caberia identificar o residente e sua formação para entender as diferenças entre os demais. Porém, optamos por não identificá-los, para garantir a confidencialidade de suas respostas.

“Olha, ser um bom médico, um médico completo, no caso, né? (...) A gente tem que saber a coisa da doença, como tratar, quais os efeitos colaterais da medicação, mas aí a gente também tem que entender o paciente. As vezes vem paciente aqui com depressão. Depressão assim, não aquela forma, ah, que precisa tomar remédio logo, né? Mas é aquela... não sei... e, se a gente não ajudar nessa parte ele não vai tomar o antirretroviral. Se ele não tomar, ele vai ter uma doença oportunista, ele vai internar. É tudo junto. Aí também tem a parte social, se ele não tiver... por exemplo, a gente atende paciente aqui... um paciente na semana passada ou retrasada, não lembro, não... o contexto dele, ele é jovem, ele tem 20 e poucos, 21 anos, eu acho, ele é biólogo, só que aí, ele pegou HIV e não contou para ninguém da família dele. E aí ele falou, “bom se ninguém. Eu não quero que ninguém saiba eu vou ter que sair de casa”. Aí ele saiu de casa. Ele está morando em outro... é porque eu não sei bem o nome das cidades aqui, mas pelo o que ele falou é um pouco longe. Talvez umas três horas de distância da casa dos pais para a casa onde ele está morando. Só que aí, ele tinha como se manter. Ele tinha um emprego, tinha tudo bem... só que aí ele perdeu o emprego. Aí ele estava... chegou aqui e a primeira coisa que ele falou... O [residente] falou, “Ah como é que você está? O que foi que aconteceu”. A primeira coisa que ele falou, ele não falou nada de ah, eu passei mal, eu peguei uma gripe, não falou nada. Só falou isso “Eu perdi o meu emprego, se eu não arrumar outro eu não vou ter como me manter, eu vou ter que voltar para casa e minha mãe vai descobrir que eu tenho HIV”. Aí a gente, tá, né? Foi a primeira coisa que ele falou. Então a gente tinha que dar um retorno para ele, né? De... e aí eu fiquei... “Nossa e agora o que [o outro residente] vai falar.” E perto disso ainda tem um relacionamento que ele não está bem com o parceiro dele, só que ele fica com o parceiro porque o parceiro aceita que ele é soropositivo e o parceiro não é. Aí ele ficou “Não, mas se eu largar ele eu vou arrumar outra pessoa que me aceite, que me entenda?” Aí a gente, “Nossa, então? ...” (...) “Nossa, foi muito complicado. Assim, nessa parte do desespero dele de não conseguir o emprego, a gente falou: “Não, olha só, você está novo, você tem qualificação, você vai conseguir.”. O medo dele também era de “será que eu preciso contar que eu tenho HIV no admissional?” Aí essas coisas assim eu não sei ainda, mas [o outro residente] falou que ele pode contar... ele não precisa contar, conta para quem ele quiser, que não faz parte de admissional de

empresa nenhuma. Conta se ele quiser. Só que aí essa parte foi mais no apoio, “não, você fica tranquilo, você vai conseguir, é só uma questão de tempo. Você tem qualificação, está novo, e tal, você vai conseguir”. Aí, na parte do relacionamento foi um pouquinho mais complicado. A gente ficou, poxa, se você está em um relacionamento que você não está feliz, você tem que botar na balança, né? Se é uma companhia de uma pessoa que você não está gostando mais, só porque ela sabe que você é HIV positivo e te aceita... Do mesmo jeito que ele aceita podem ter outros que aceitam também, né? E aí ficou assim.... [riu]... não sei se foi o suficiente, não sei se a gente poderia ter falado alguma coisa a mais. Não sei. É tudo muito complicado. Muito complicado... é isso que está... Ai Meu Deus!” (R-C)

A atualização sobre o campo também foi uma razão para ser um bom médico no campo da AIDS. Mas a atualização relacionada a prevenção foi bastante incipiente tanto na prática observada quanto nas entrevistas em pergunta específica sobre o tema. Muitos ouviram falar sobre os consensos de prevenção, mas não o leram apesar da recomendação de alguns preceptores para tal. No mais das vezes suas atualizações de conhecimento ocorrem para as informações acerca de diagnóstico e tratamento.

“Ah, acho que ser um bom médico é manter-se atualizado, sempre estudando porque é um, é um... a infectologia em si é um ramo que tem muitas novidades, né? Então, está atualizado é um fator primordial, assim. (R-G)

A outra percepção apontada foi a respeito do manejo das outras especialidades, mas a esse respeito, não temos como analisar, uma vez que não foi foco de nossa observação.

“Ah, aí é outra pergunta difícil. A AIDS é um... o HIV, a AIDS virou uma coisa muito complexa, na verdade. Saiu muito do campo só de doença infecciosa, né? Se você me fizesse essa pergunta há 20 anos atrás, provavelmente a resposta seria totalmente diferente, porque não tinha tratamento, era uma doença que você praticamente esperava a pessoa falecer, só tratava outras doenças graves relacionadas a imunodepressão e, hoje em dia não. Hoje em dia a gente trata osteoporose relacionada ao uso de antirretroviral por muito tempo, a gente trata dislipidemia relacionada a isso, nefropatia, então, assim, eu acho uma doença muito complexa. Exige de você ser um bom clínico, na verdade. Não basta você ser um bom infectologista. Além de você conhecer os remédios novos, você conhecer os exames que tem para fazer e essa coisa toda, você tem que saber manejar as outras especialidades, vamos dizer assim, porque hoje o paciente vive muito mais e vai ter muito mais comorbidades associadas a própria idade ao próprio tempo de tratamento.” (R-I)

Uma questão interessante foi relacionada à pergunta sobre quem deve se responsabilizar pela prevenção, qual o profissional. E, apesar de alguns responderem que, de uma forma geral, todos os profissionais envolvidos com o paciente, um deles acredita não ser tarefa de quem se formou em medicina. Parece até coerente na medida em que a prevenção não foi propósito da formação deles e, talvez, não o seja também na residência.

“Acho que todo mundo que lida com HIV tem que reforçar” (R-H)

“Todos, acho que desde a base daquela triagem da enfermagem, até as vezes paciente internado e você lá passando visita, eu acho que tem que passar por todos os âmbitos. Eu acho que é uma coisa que deve ser muito bem trabalhada” (R -J)

“Todos (risos). Na medida do possível, né? Acho que eu não, né? Minha formação foi toda para a medicina, né? Mas eu não sei, nas outras profissões da área de saúde como... acho que algumas talvez não consigam... nutricionista, acho que abordagem é outra, mas assim, Psicólogo, assistente social, as vezes dá para conseguir abordar esse tipo de assunto também, né? Então acho que é interessante” (R-F)

“Ah, acho que todos os que estão envolvidos, né? É isso que eu estava falando, como eu sempre vi que os ambulatórios não só daqui e em outros lugares é muito multidisciplinar, eu acho que todo mundo que tiver contato, que tiver conversando com o paciente e tal, acho que ele de alguma forma tem que trabalhar, né? Trabalhar tanto a adesão da medicação, quanto os métodos de prevenção, perguntar se está sendo efetivo ou não, se tem alguma dificuldade com o método que ele usa. Acho que tudo isso tem que ser perguntado mesmo.” (R-I)

Formação médica – graduação e residência

Dado que vários de nossos resultados apontaram para uma certa deficiência da formação médica no que diz respeito à prevenção da infecção por HIV, não poderíamos deixar de mencionar como se deram as escolhas dos residentes pela medicina e infectologia. Achamos importante conhecer suas influências nessas escolhas, como uma forma de melhor caracterizar o contexto dos sujeitos investigados, bem como de identificar indícios para entendermos a sua prática em relação à prevenção da infecção por HIV.

A medicina e a infectologia, suas escolhas

Verificamos que a escolha por medicina estava relacionada ao fato de gostar de cuidar e da identificação por algumas áreas durante as fases escolares, bem como

seus desempenhos escolares e nas disciplinas afins da especialidade. As opiniões externas também influenciaram, mas pode-se dizer que nenhum deles conseguiu objetivar claramente o motivo de suas escolhas, mas, de certa forma, construíram uma história carregada de sentido. Parecem ter pensado sobre o assunto naquele momento.

Mencionaram situações de adoecimento e mortes na família como influência sobre suas escolhas por medicina, seja por identificação com alguém que salva ou ainda seja pela necessidade de entender sobre a morte. Dos que têm médicos na família, a grande maioria nega essa possível influência, mas alguns associam a influência da família à sua escolha. A escolha pela medicina em alguns casos, segundo os residentes, teria acontecido ainda na infância:

“Sempre gostei de cuidar dos outros (...) mas a decisão final foi quando [um parente] sofreu um erro médico grave” (R-A)

“(...) eu realmente me identifiquei com infecto, que eu via aqueles RX todos bizarros e eu adorava resolver aquilo [...]” (R-B)

“(...) quando o aluno vai bem, tira nota boa, “ah, você pode fazer medicina.” (...) acho que foi algumas mortes na família mal explicadas” (R-C)

“Eu gabaritei as provas de biologia e (...) percebi que era aquilo que eu queria ficar estudando o resto da vida, essa parte de morfologia e corpo humano.” (R-H)

“Tem alguns familiares meus que são médicos, isso acaba influenciando (...)” (R-L)

“Quando eu estudava em biologia, né? Alguma coisa que tinha a ver com a área, eu já me interessava. (R-F)

“Foi no segundo ano de medicina (...) que eu vi que estudar bactérias, e fungos, e vírus era uma coisa extremamente dinâmica e legal.” (R-H)

“(...) quando eu tinha seis anos, mais ou menos eu caí, tive um corte profundo na testa e acabei indo para o hospital para fazer uma sutura” (R-I)

“Bem, eu tinha exemplo em casa, (...), então eu já tinha contato com a profissão” (R-F)

“Ah, desde pequeno, assim, eu acho que desde os sete, oito anos” (R-G)

“Desde a infância eu queria ser médico apesar de na minha família não ter nenhum médico.” (R-I)

Houve quem referisse que desde criança tinha o desejo pela ciência e pela medicina, mas não mencionou quaisquer motivos ou crenças relacionadas a esse processo de escolha, nem à associação entre medicina e ciência.

“Ah, eu sempre quis fazer medicina, [...]Eu falava que eu queria ser cientista, [...]” (R-E)

Chama a atenção que alguns discursos, salvo algumas exceções, é claro, levam a crer que a escolha por medicina não contemplava o outro, o desejo pela interlocução com o outro, pelo cuidado com o outro.

A ideologia que envolve a medicina, segundo Da Ros (2004), é calcada em uma história da ciência e da profissão aprendidas de maneira descontextualizada, sem reflexão ou crítica. Isso parece fazer com que aspirantes e alunos da medicina acreditem no exercício da profissão voltado apenas para as questões que abarcam o complexo médico-industrial²⁰, como diagnóstico, prescrição de medicamentos, exames - uma forma de pensamento hegemônico – sem sequer saber o que é isso e nem formular uma crítica a esse respeito. Imaginam que as coisas são como são de forma natural e verdadeira, porque assim é aprendido.

Essa ideologia de mercado exerce influência sobre os aspirantes a médicos, que captam o que percebem em seu cotidiano, em suas aulas no ensino médio, nas campanhas de prevenção, no reforço da mídia para o uso de medicamentos salvadores e exames milagrosos. Ainda que tenham que criar um passado²¹ no qual a medicina despontasse desde a infância como uma profissão, no discurso do ‘salvar vidas’ estão embutidos diversos estereótipos.

²⁰ Esse termo foi desenvolvido por Hésio Cordeiro na década de 1980 para designar o envolvimento das indústrias no processo de produção e consumo de medicamentos, bem como na formação profissional e prestação de serviços médicos. De acordo com Gadelha (2003) outros autores têm retomado a discussão sobre o processo de mercantilização da saúde.

²¹ As influências que sofremos no cotidiano, até mesmo para a escolha de uma profissão, parecem inconscientes, mas estão relacionadas a diversos aspectos de uma sociedade como, o sistema de organização econômica, os valores éticos e morais que o envolvem, a ideologia, a política, a família, entre outras. Como tais influências parecem inconscientes e nem todos conseguem ter um posicionamento crítico a respeito, o sentido dado a suas escolhas é construído a partir de suas identificações pessoais, e do que consideram sua personalidade, como se não houvesse influências transversais.

Também faz parte de um imaginário, quando se pensa em medicina, a ideia de que o cuidado seja capaz de amenizar o sofrimento alheio. A questão é saber qual a concepção de cuidado envolvida nessas falas. Os mistérios do adoecimento e morte também povoam o imaginário das pessoas com a crença de que os médicos são capazes de decifrá-los e quem sabe, evitá-los.

Rego (2003) menciona um senso comum que associa à medicina a ideia de vida altruística e dedicada ao próximo necessitado. Essa ideia teria sido reforçada por todo o atrelamento histórico da medicina às religiões monoteístas, especialmente a judaica, cristã e mulçumana. Os mistérios do adoecimento eram superados com a expulsão do mal do corpo das pessoas por pajés e xamãs. E, portanto, não surpreende que algumas concepções tenham persistido no imaginário das pessoas, a despeito das transformações dos conceitos de mal e de doença, ao longo da história.

Dois dos residentes referiram um processo de escolha menos idealizado. Pensavam em fazer outra área bem distinta da saúde. Um deles começou essa outra faculdade junto com a medicina e decidiu, após um tempo, ficar na medicina. O outro desejava fazer apenas essa outra área, mas para ganhar experiência fez vestibular para medicina em uma faculdade próxima à sua casa.

“Eu achava uma área interessante, assim como gostava de [outra área], cheguei a passar [nessa outra área] (...) mas eu optei por ficar na medicina mesmo.” (R-D)

“Bom, na verdade, eu não escolhi [Medicina]. Toda a minha vida eu sempre quis prestar [outro curso] Eu passei na medicina e não passei em nenhuma outra das faculdades que eu quis. Aí acabei indo para conhecer a medicina, acabei ficando, adorei e é o que eu estou fazendo até hoje.” (R-B)

A última fala acima reforça a ideia da medicina como sacerdócio e o pressuposto do médico como um ‘escolhido’ pela vontade divina, mesmo contra a sua própria vontade.

A escolha profissional pode estar relacionada a um sistema de crenças, expectativas familiares, contextos políticos, econômicos, sociais, educacionais, dentre outros. E não aprofundaremos essas questões já que nos interessa apenas perceber os fatores gerais envolvidos nessa escolha e o caminho percorrido pelos residentes entrevistados.

Podemos dizer que eles escolheram profissões antigas, cursos sempre muito disputados. Hoje existem mais possibilidades de acesso ao curso de medicina, através de políticas de inclusão, mas ainda assim, as questões socioeconômicas, educacionais e culturais são decisivas para a aprovação no difícil processo de seleção para as melhores faculdades.

O médico residente que ora abordamos foi impregnado, historicamente, de um ‘crédito social’. O historiador Edmundo Coelho analisou a formação do que chama de “profissões imperiais”: medicina, engenharia e direito (Coelho, 1999), e acreditou que a credibilidade social dos médicos tenha sido consequência de seu sucesso na construção de uma realidade universalmente válida.

A escolha pela infectologia foi facilmente explicada pelos residentes, que a perceberam com uma especialidade que cuida, que é humana e assiste a pessoas socialmente desfavorecidas. O altruísmo na medicina, mais do que a percepção das doenças infecciosas como uma questão social, é uma ideia secular. Uma questão que se coloca é a possibilidade de sobrevivência de algum grau de altruísmo diante desse modelo de formação e de prática médica. Infelizmente não responderemos essa pergunta por não ser objeto de nosso trabalho, mas certamente poderá vir a ser objeto de investigações futuras.

“ (...) um professor meu que fez infectologia aqui e era o cara mais humano que eu já conheci. Ele trata não só a doença, mas tratava o paciente e um conjunto de coisas...” (R-B)

“Eu me formei na [nome da universidade], tem bons infectologistas, pessoas boas na profissão e como seres humanos, atendendo pacientes também. Porque a infecto trabalha muito com a população carente, né? E ainda mais que eu trabalhava no SUS também. E aí, esse apelo pelo cuidado pelo paciente, isso tudo foi me tocando e eu acabei gostando e aí, decidi por isso mesmo.” (R-C)

A área clínica foi mencionada como sendo a de interesse de todos os residentes entrevistados, mas, a partir daí, muitas dúvidas surgiram para a escolha de qual especialidade clínica a seguir:

“(...) eu gosto de áreas clínicas como um todo. [...] No quinto ano, quando eu tive um rodízio de infectologia eu achei bastante interessante, (...) e acabou que na residência médica eu optei por fazer uma prova de infectologia por também achar interessante, por ser uma área clínica. E eu acabei passando.]” (R-D)

A ideia de abrangência para além da área de clínica médica é ratificada pela Sociedade de Infectologia Brasileira:

“Trata-se de um profissional com uma abrangência de conhecimento muito diversificada, que vai além da clínica médica e cobre aspectos da epidemiologia, imunologia e as várias interfaces relacionadas aos processos infecciosos.”

Houve também quem sentiu ter escolhido quase no escuro, sem muita certeza do que significava optar pela especialidade de infectologia. Nessa fala, percebe-se também que as doenças infecciosas ainda gozam de pouco prestígio em relação às demais especialidades, na maior parte das faculdades:

“Na verdade eu tive dúvida até os 45 do segundo tempo, porque não existe um incentivo muito grande [para] fazer infectologia. Então é mais uma decisão muito própria, né? Por isso que tem tão pouca gente que quer fazer.” (R-I)

Para termos uma noção, a relação candidato/vaga para a residência médica de 2015 na UFRJ em anesthesiologia foi de 22.38, de cardiologia, 8.6, de cirurgia plástica, 25.5, de cirurgia geral, 37.17, de dermatologia, 30.67, de geriatria, 3.5, de infectologia 3,67, de medicina da família e comunidade, 3.83, de medicina preventiva, 2.0, de obstetrícia/ginecologia, 18.6, de oftalmologia, 29.25, de otorrinolaringologia, 23.5 e de radiologia e diagnósticos por imagem, 24.2²². Esses números apontam para médicos preocupados com o mercado de trabalho especializado, que valoriza particularmente procedimentos estéticos, cirúrgicos e as sofisticadas tecnologias do diagnóstico. Notemos que a medicina preventiva, as doenças infecciosas e a medicina de família, tão fundamentais para nosso sistema de saúde, têm procura muito menor, como lembrou o residente que falou da falta de incentivo para a especialidade de infectologia.

O encanto pela cura (sempre a doença como foco) também foi um critério de escolha para a especialidade de infectologia. O curioso é que são os infectologistas que lidam com pacientes com HIV/AIDS, doença que tem controle medicamentoso, mas não tem cura. Além disso, muitas das doenças infecciosas não relacionadas ao

²² Selecionamos algumas dentre as dezenas de especialidades oferecidas na UFRJ.

HIV podem tornar-se crônicas, levar à morte ou deixar sequelas, como as meningites, a malária, a doença de Chagas, as leishmanioses, as pneumonias e a tuberculose.

A intervenção terapêutica, segundo John Warner, desde finais do século XIX, tem definido a identidade dos médicos. Para esse autor, que estudou a profissão médica na América do Norte do período, “entender e explicar doenças era uma parte importante da tarefa do médico, mas não era toda a tarefa”. “O médico seria mais do que um cientista natural, era também um curador” (Warner, 1997, p. 11).

Assim, ainda que de forma pouco definida, na fala dos residentes, a cura se atrelou às doenças infecciosas e, talvez, ao estudo dos microrganismos causadores de doenças, contra os quais haveria, com frequência, um tratamento certo:

“(...) sempre gostei muito de bactérias (...) na faculdade eu tive a oportunidade de participar de um projeto de pesquisa em tuberculose (...) aprendi muito sobre tuberculose (...) porque é uma especialidade que você consegue diagnosticar, tratar e curar uma pessoa, né? [...]” (R-A)

“(...) sempre gostei de doenças infecciosas menos o HIV.” (...) “Porque eu gosto de ver as doenças (...) [Que] são curáveis, né? Então você trata, você vê a evolução da doença para a melhora, para a cura. E com o HIV não é assim, né?” (R-E)

“(...) eu não gosto tanto da parte de medicina que trata. Eu gosto da medicina que cura. E infectologia é a especialidade clínica que trabalha com cura. (...)O HIV foge essa regra, mas o HIV tem uma dinâmica tão particular, tão especial, que eu gosto dele mesmo assim.” (R-H)

Para Berlinguer (1988), os conhecimentos que relacionam historicamente de sintomas clínicos e lesões orgânicas internas, assim como os conhecimentos sobre fisiopatologia, sobre microrganismos e seus modos de transmissão, sobre medidas preventivas e higiênicas, reforçaram uma relação simplificada entre normalidade e patologia, e entre saúde e doença imputada a causas específicas.

O autor também acredita que, com a atribuição das causas das doenças a agentes patogênicos específicos, ignorou-se que outros fenômenos poderiam ser produtores de doenças, tais como fenômenos naturais que agem com mais ou menos intensidade e a própria condição de existência do homem. (Berlinguer, 1988)

Warner (1997) também compartilha essa ideia. Para ele (p. 178), “um corolário da teoria dos germes foi a sugestão de que várias doenças poderiam ser curáveis

(...)”. O autor observa que a racionalidade que uniu o tratamento (ou a cura) ao patógeno, no século XIX, tirou o foco da observação cuidadosa das características do paciente e de seu ambiente, “que os médicos tanto consideravam centrais à sua tomada de decisão terapêutica e à sua própria identidade” (*idem, idem, p. 280*)

Os residentes são herdeiros dessas características, dado o modelo de ensino vigente, cuja ênfase está na identificação da lesão e do patógeno, no diagnóstico, nos procedimentos, nos exames e nos tratamentos. Fica ainda a questão de o intento altruísta, do aspirante a médico e/ou jovem médico, sobreviver aos procedimentos, protocolos e técnicas. E a dúvida sobre se a pesquisa em tuberculose de que o residente participou e o ‘gostar’ de bactérias se acompanham de um posicionamento político-filosófico que implique os residentes na problematização de seus conhecimentos e de sua prática.

Ainda sobre suas escolhas, perguntamos se o conteúdo sobre HIV/AIDS dado na faculdade foi suficiente para influenciar a escolha da especialidade; alguns associavam esse conteúdo à “doença”, suas complicações e tratamento, mas nunca à prevenção. Lembraram da diferença entre o aprendizado na faculdade e a realidade na residência.

“Tive uma boa base, não cheguei aqui completamente sem saber nada, mas quando eu cheguei aqui, você vê que é tudo muito diferente.” (...)” Tudo muito diferente. As coisas são muito mais complexas do que ensinam na faculdade” (R-A)

“Olha, na faculdade a gente não vê muito HIV e suas complicações. O kit HIV e suas complicações você não vê. Você aprende a tratar uma pneumonia, aprende a tratar uma meningite, alguma coisa de vacina, mas, o arroz com feijão, o básico que a gente está vendo aqui hoje, que é o HIV e complicações como neurocripto, neuro-TB e essas coisas a gente acaba não vendo tão profundamente assim.” (R-B)

“Foi. [suficiente] (...) Foi o que eu aprendi lá (...) tipo, os serviços mudam muito, o serviço no meu hospital estava completamente adaptado ao tipo de paciente que aparecia lá para querer atendimento, né? Os motivos que levavam à internação são diferentes daqui. Então aqui eu estou meio perdido, estou tentando me adaptar ainda. Quase dois meses já e estou suando até hoje. Mas aí, eu acho que foi suficiente para eu me interessar pelo infecto sim.” (R-C)

A fala abaixo nos fornece pistas sobre a formação dos jovens médicos. Sentem que, ao se formarem, ficam aptos a atuarem como médicos generalistas, e muitos

são, inclusive, absorvidos pelo mercado de trabalho e atuam como médicos de família e/ou plantonistas.

“A infecto que eu vi como generalista, que é a formação que todo o médico sai, é boa, muito boa e é a básica, é a curricular e não tem nada demais... aprendi a tratar meningite, como eu falei e assim, eu acho que não precisa mais do que aquilo que a gente vê. Porque eu acho que o médico que acaba de formar não precisa saber dose de antirretroviral, dose de medicação para a neurocripto... tem que saber que existe isso, mas ele não precisa saber dose disso (...)” (R-B)

A prevenção parece não ter sido objeto da formação desses residentes. O que os discursos dos residentes nos revelam é que, ou a formação ainda está aquém do que se pretende atingir, ou os estudantes absorveram um conceito de saúde e doença regido por sinais e sintomas apenas, sem contextualização e reflexão.

Pensamos que as duas hipóteses podem estar corretas, pois nem todas as faculdades de medicina revisaram seus currículos e, mesmo que o tenham feito, os professores são os mesmos que ensinavam no formato anterior, podendo não ter adquirido habilidades suficientes para internalizar um conceito mais abrangente de saúde e doença, além de não ter uma reflexão muito acurada sobre modelos tecnoassistenciais em saúde. Muitos professores, inclusive, resistem a uma possibilidade de mudança, acreditando que “para ser bom professor, basta aprofundar o conhecimento técnico da especialidade e despejar este conteúdo no recipiente vazio, que é a cabeça do aluno” (Da Ros, 2004, p. 239). A resistência dos professores à mudança pode ser um grande empecilho para uma formação que contemple os aspectos subjetivos de um paciente, integrado num conceito de saúde e doença mais abrangente.

Além de Fleck (2010), que discute a perpetuação acrítica do estilo de pensamento, Pierre Bourdieu (2009) entende que o modo de viver e de ser dos indivíduos revelam o grupo social ao qual pertencem, e o chama de *habitus*. Refere que “o mundo prático que se constitui na relação com *habitus* como sistema de estruturas cognitivas e motivadoras é um mundo de fins já realizados (...)” (p. 88). Segundo o autor, essas “estruturas estruturadas” aparecem como necessárias e naturais, dada a percepção sobre o meio em que são apreendidas. Para melhor compreensão do conceito, segue abaixo a um trecho do autor a respeito de *habitus*:

“Os condicionamentos associados a uma classe particular de condições de existência produzem *habitus*, sistema de disposições duráveis e transponíveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, ou seja, como princípios geradores e organizadores de práticas e de representações que podem ser objetivamente adaptadas ao seu objetivo sem supor a intenção consciente de fins e o domínio expresso das operações necessárias para alcançá-los, objetivamente ‘reguladas’ e regulares sem em nada ser o produto da obediência a algumas regras e, sendo tudo isso, coletivamente orquestradas sem ser o produto da ação organizadora de um maestro” (Bourdieu, 2009, p. 87).

Em relação à prevenção da infecção por HIV, na graduação, os discursos reforçam a concepção de prevenção sob a forma de campanhas e de cunho normativo. Talvez, por este motivo, não tenham dado a devida importância ao fato de essas questões não serem abordadas formalmente na faculdade.

“Olha, era comentado durante as aulas de HIV, que eram duas ou três [comentários] no final da aula... (...) Porque tem que prevenir e tal e tudo.” Que bem ou não, assim, no meu ver, é uma coisa assim meio batida, né? “Ah, usar camisinha, não fazer isso, não fazer aquilo.” Então, ficava uma coisa meio pedante para a gente que já estava no quarto, quinto ano, ficar batendo nessa mesma tecla. Então assim, não foi abordado, eu não tive uma aula “vamos prevenir o HIV.” Não teve isso.” (R-B)

“Tive, a gente fez até um trabalho contra as DSTs, incluindo o HIV. Trabalho de Medicina Social, né? Em escolas públicas para ensinar e tirar as dúvidas das crianças do ensino fundamental.” (R-E)

Um dos residentes mencionou ter havido, na faculdade, conteúdo sobre prevenção à infecção por HIV. Referiu, inclusive, ter ouvido sobre hábitos de vida. Mas citou como prevenção apenas o uso de preservativo.

“Não sei se é suficiente, mas a gente tem bastante aula sobre HIV que eles falam sobre hábitos de vida, uso de preservativo, é.... acho que uma noção geral do que a doença realmente pode adquirir”. (R-D)

Um deles respondeu terem sido suficientes as informações recebidas sobre prevenção na graduação, mas por interesse próprio. Isso demonstra que o aluno também precisa aprender a escolher seus caminhos no lugar de aceitar apenas o que lhe é oferecido em termos de conhecimento. Esse residente, em especial, era o mais bem informado sobre prevenção e sobre os estudos realizados no LabClin-AIDS:

“Foi, [suficiente] por interesse meu.” (...) “Pela disciplina, ela não dá formação tão adequada, até porque no internato que é nos dois últimos anos da faculdade, o rodízio em DIP é opcional. E eu que optei por fazer DIP. Não é obrigatório. Então, foi por interesse meu mesmo.” (...) “Eram aulas teóricas e a gente tinha também uma matéria que falava sobre medicina social, medicina preventiva, que a gente ia nos postos de saúde fazer educação e saúde. Então um, dos temas, às vezes, era DST e AIDS que estava incluído no programa. Não só essa parte de prevenção, mas era um dos quesitos que a gente trabalhava prevenção, era com educação e saúde para a população nos postos de saúde.” (R-H)

Outro considera terem sido suficientes as noções de prevenção da faculdade, pois é um conhecimento já acumulado desde o ensino médio – referindo-se à “como pega, como não pega”.

“Sim, a gente sempre tem, né? Desde o ensino fundamental, em algumas aulas de ciências eu já tinha alguma coisa no currículo mesmo disso, né? (...) Ah, no currículo de medicina? Especificamente não. Né? Por exemplo, ah, vamos ter uma aula sobre isso... é algo que se comenta, porque você já vem com um certo conhecimento também, mas eu não me lembro de ter nenhum momento específico para isso, né? Até mesmo em relação a biossegurança e tudo o mais. (R-J)

Outros nem se lembravam ao certo se tiveram uma abordagem sobre prevenção à infecção por HIV na graduação. Achavam que tinha sido abordado:

“Ah, acho que foi suficiente. Acho que foi (...) Na faculdade eu não me lembro de ter tido especificamente para prevenção não. Mas como eu tive... que eu julgo, né? Bons professores, eu acho que eles abordavam isso durante a aula, mas nunca tive uma aula específica para isso. Mas isso foi abordado na faculdade. (...) o uso de preservativo, o cuidado com transfusão, com banco de sangue, acho que isso tudo foi abordado, assim, que eu me lembre, assim....” (R-6)
 “Foi [suficiente]. Com certeza. (...) Então, a minha disciplina de DIP foi muito boa. Assim, acho que a melhor ‘cadeira’ que tem na faculdade é a de DIP. Então, eu lembro assim, que a aula de HIV foi muito boa. Então, com certeza estava incluído, né? A questão da prevenção.” (R-G)

Um único residente informou ter tido aula específica sobre prevenção:

“Olha, então, é como eu falei, como a minha disciplina de infectologia ela foi bem dada, assim, foi mais bem contemplada, foi sim. Antes, de primeiro, a gente teve as aulas introdutórias, né? Quando se falou sobre doenças sexualmente transmissíveis, e a gente tinha aula especificamente sobre métodos de prevenção, aquela coisa toda, com equipes multidisciplinares. Então vinha a enfermeira e explicava o lado dela, vinha o médico e explicava o lado dele, entendeu? Tinha

ginecologista associado ao ambulatório de infectologia, então isso aí facilitava bastante nessa parte.” (R-I)

A mudança da graduação para a residência, que se caracteriza pela formação em serviço, quando os jovens médicos passam a lidar com os pacientes, parece ter sido impactante. Tanto que algumas dificuldades vivenciadas na residência levaram os residentes a pensar em deixar a medicina e/ou a residência em infectologia. Geralmente essas dificuldades residem na lida insegura com os pacientes e o temor por não saber, errar e causar danos ou mesmo a morte de alguém.

Pudemos supor, através das respostas dos residentes, certa deficiência na graduação em medicina, no que diz respeito à relação com outros seres humanos. Essa parece ser a grande dificuldade quando chegam na residência, já que precisam encarar as pessoas em sua singularidade e subjetividade. Mas as dificuldades apenas se perpetuam e acabam sendo tratadas pelos residentes como algo que não está na alçada deles. Transformam-nas em questões objetivas e protocolares dos atendimentos, não de seus pacientes. Nesse processo, passam a ser apoiados e orientados por seus preceptores que, segundo eles, fornecem a segurança necessária à sua prática:

“Quando eu me formei me deu o maior medo da minha vida. Ter o CRM para mim foi um... minha [parente] sempre me dizia, (...) o CRM é uma arma porque você pode assinar um atestado de óbito com ele, então é, o medo é enorme “O medo maior era não conseguir dar conta do recado. Não conseguir cuidar dos pacientes.” (...) “Eu via tanta coisa, falava: “Meu Deus! Não vou conseguir dar conta disso. Eu nunca vou conseguir ser médico. Isso várias vezes me aconteceu.” (...) “O medo. Vencer o medo de ir lá e carimbar e fazer uma besteira.” (...) “Prescrever uma dipirona dava um desespero... ficava “Ai Meu Deus será que o paciente tem uma alergia e ele não sabe e eu vou matar o paciente?” Coisas bobas assim que você vai perdendo o medo” (R-A)

“Olha, deixar a medicina não, mas deixar a residência (...) na primeira semana. (...) no plantão a noite eu falei, isso aqui não é para mim. (...) Eu não estava muito bem, estava longe de casa, (...) Quando eu cheguei eu estava completamente perdido no plantão, não sabia o que estava se passando... é, até hoje eu não sei como é que eu consegui dar aquele plantão, eu não estava entendendo nada... se não fosse a preceptora, a staff me ajudar ... ela falou: “calma, vai devagar”, eu teria juntado as minhas malas e ido embora. (...) Não é que eu não sabia nada, é que é tudo muito novo, muito diferente e naquele dia tinha um paciente grave que eu não sabia nem por onde começar a mexer com ele. Mas eu tinha o apoio do staff e tal, mas aquilo me deixou muito apreensivo e me fez ficar acuado e realmente quase desisti. (...) porque eu sempre tive medo de paciente de UTI, de paciente grave. Eu tenho medo de pôr a mão, de mexer alguma coisa, eu ainda não

tenho muita mão para isso, mas foi a primeira vez que eu falei, nossa! É porque é você que está ali, entendeu? Você é o residente, (...) porque o paciente estava grave, me assustou e eu quase desisti. (...)” (R-B)

“Passou, mas foi no susto. Assim que a gente tem o CRM na mão, logo nas primeiras vezes que a gente sente a responsabilidade, a gente tem vontade de correr. Mas eu acho que foi só o medo do recém-formado mesmo. (...) Foi só nesse momento, tipo, Ai meu Deus eu acho que não vou ser médico não! Mas depois que a gente fica um pouquinho mais seguro, principalmente se tem algum amigo nosso mais velho, um médico mais velho que te ajuda no início, ou então até a própria residência... sempre me falaram isso, faça residência que você vai perder esse medo. E, realmente foi uma coisa que se concretizou de uma maneira bem eficiente e, eu não me imagino largando a medicina de jeito nenhum. (...) A preceptoria aqui é muito eficiente. Você não faz nada aqui sozinho. Então, (...) [nos] primeiros anos que a gente está recém formado, que a gente fica com receio de prescrever até dipirona, ter alguém ali para falar: ‘não, tudo bem, você está indo certinho’. Isso dá um conforto muito grande. E também porque na residência você vê muita coisa, você trabalha muito, faz muitos atendimentos, procedimentos, justamente com esse apoio. Eu acho que é como ensinar uma criança a andar mesmo. A partir do momento que ela começa a aprender a andar legal, fica mais fácil. E eu acho que a residência, pela preceptoria, é o método mais eficiente, ou pelo menos o mais forte para dar essa segurança pós formatura.” (R-H)

Chama a atenção a fala de que, no IPEC, “os residentes não fazem nada sozinhos”, o que reafirma, de alguma forma, a habitual trajetória profissional de ter por modelos os preceptores ou os médicos que consideram de excelência. Apareceu também como dificuldade certa melancolia relacionada ao sistema de saúde e a uma falta de valorização da medicina e da especialidade. No entanto, pelos movimentos políticos atuais em que as representações médicas se envolvem, observo que esse parece ser um discurso reproduzido das lideranças da categoria profissional. Os médicos são uma categoria bastante corporativista e usam o discurso das deficiências do sistema de saúde a seu favor. Os CRMs vêm tendo como prática receber os recém formados com palestras de boas-vindas à profissão, que, por um lado, os acolhe, e por outro indica as fraquezas do sistema de saúde como responsáveis pelas suas possíveis falhas profissionais.

“[silêncio] Às vezes passa [pela cabeça desistir] mas mais pelas adversidades do sistema em si do que você não estar satisfeito com a profissão. Às vezes você fica um pouco mais chateado, mas é mais

pelo sistema em si, principalmente o sistema público de saúde. Questão de valorização da profissão e tudo o mais. (R-J)

A ideia de que “o médico vale muito”, criada pelos CRMs a partir da pergunta “quanto vale o médico?” difunde a sensação, na população, de que o médico é realmente um sacerdote que doa sua vida para salvar a das pessoas.

Identificamos a dificuldade na lida com o paciente como um sujeito de escolhas, provido de conhecimento. Muitas vezes os residentes se queixam que seus pacientes não compreendem o discurso médico de forma instantânea, ou talvez nunca:

“Eu ainda não soube lidar direito com isso [pacientes com HIV] (...) Porque eles têm uma rejeição com a doença deles, né? É o HIV, é uma doença que tem um estigma muito grande, então, eles mesmos negam a doença. Não é igual uma doença qualquer com cura que você fala para o paciente, “ah, você vai fazer o tratamento” e ele faz direitinho. Não, o paciente tem a negação, tem toda aquela fase, né? De rejeição, “ah, eu não quero me tratar, quero morrer!” (...) Você acaba vendo que eles pesquisam muito. Lógico, os pacientes bem instruídos, né? Tem outros que não tem a menor noção, que a gente tenta explicar o máximo que pode, mas não entra direito na cabeça deles. Mas os outros que são bem instruídos e tal, eles acabam pesquisando muito sobre a doença. Alguns... eu tenho pacientes muito bons. (...) “O que me incomoda muito é o paciente... o rebelde. Aquele que não quer tomar, não quer usar a camisinha, aí aparece descompensando... eles são espertos, eles sabem que a instituição faz tudo por eles, sabe? Aqui tem um foco em HIV, toda uma proteção e eles sabem que... ah, muitos não vão no dia da consulta porque têm outra coisa para fazer. Eles não deixam a doença como prioridade, a saúde deles como prioridade, muitos, “ah, eu vou outro dia”, porque eles sabem que (...) no pronto atendimento, é só eles chegarem lá que eles vão conseguir uma receita. Mas eu acho que não deveria ser assim, que aí, eles ficam mimados, faltam à consulta que é importante você conversar com o paciente, para irem só no Pronto Atendimento no qual eles chegam e pegam a receita com um médico que não é o médico deles. Aí acaba que eles vão faltando, vão só pegando a receita no Pronto Atendimento, por comodismo, né? E ainda reclamam quando chega... se você chega no Pronto Atendimento é para pegar emergência, né? Aí você está lá cuidando de um paciente séptico que vai ser internado, aí chegam os pacientes que querem pegar a receita reclamando que estão demorando muito. Eles não deveriam reclamar porque não era nem para ser entregue ali. Eu acho que eles deveriam ir na consulta e pegar na consulta” (R-E)

A fala do residente revela uma distinção entre o paciente que é instruído daquele que não é. Também entre aquele que “faz o tratamento direitinho” e o que não faz; leia-se, o que não obedece. Repudia o que chama de “certa mordomia” que a instituição promove e que permite que o paciente consiga a medicação sem

necessidade de passar por consulta regular. No entanto, deixa de relativizar sobre as razões que podem levar o paciente a procurar a instituição fora do dia e/ou horário de sua consulta agendada. Desconsidera, assim, suas dificuldades, seu contexto social e sua forma de entender o mundo.

Victor Valla (1994), no texto “A crise da compreensão é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas”, afirma que profissionais e população não vivem uma mesma experiência de forma igual. Desse modo, podemos dizer que há uma discrepância de percepções no encontro de ambos, prejudicando seriamente a comunicação. Valla (1994) trata dos profissionais como mediadores das questões sociais, e, obviamente, o conceito se estende aos médicos, nosso foco nesse estudo.

O autor apresenta duas questões que podem interferir na compreensão por parte dos profissionais/mediadores do que pessoas da “classe subalterna” estão dizendo. Uma delas é a postura do profissional que não considera que as pessoas humildes, pobres, moradores de periferia sejam capazes de produzir conhecimento, organizar e sistematizar pensamentos sobre a sociedade e interpretá-los. E a outra é que para se compreender pessoas das classes subalternas, deve-se entender sobre “suas raízes culturais, local de moradia e a relação que ela mantém com os grupos que acumulam capital”. (Valla, 1994, p. 2)

Valla (1994) também atribui uma atitude de “tutor” por parte do profissional, devido à diferença de classe entre profissional e pessoas pobres. Isso quer dizer: o profissional “sabe” e a pessoa pobre precisa aprender.

Dois residentes apontaram como dificuldade o não saber e a pressão para aprender muita coisa (em geral, doenças) que conheceram apenas nos livros, durante a faculdade. Esse é um dado frequente em suas falas que pode revelar uma formação distanciada da prática ou ainda com escassas discussões de problemas que podem advir do trato com o paciente:

“(...) eu me cobro muito. (...) o perfil dos pacientes [no serviço] é um pouco diferente. É a primeira vez que eu estou vendo algumas doenças aqui que só vi em livro. (...) aparece muita gente com doença de Chagas e aí tem a forma cardíaca e tem um monte de coisa de cardio que eu não sei. E aí eu pego um paciente desse e aí o staff começa a perguntar algumas coisas sobre a doença e que aí eu não sei, eu fico me sentindo muito mal. Com a autoestima lá em baixo. Aí a gente pega na média de três a quatro pacientes por dia para evoluir, cuidar de exame, fazer tudo. E aí, às vezes, são quatro doenças diferentes. E aí eles ficam perguntando “E aí, o que você vai fazer? Você vai tratar com o quê, quanto tempo?” (...) Eu fico com muita

dificuldade de falar isso. Eu não sei. E fico com vergonha também. (...) A maioria dos pacientes [do serviço] tem HIV mesmo, e ainda tem aqui o ambulatório, e mais as outras doenças que eu tenho que estudar, aí o paciente tem alta e eu não terminei de ler a doença dele ainda, e vem outro com uma outra doença, entendeu? Sou cobrado nesse sentido, de eles ficarem perguntando e eu não saber...” (R-C)

“Eu pensei (...) [em deixar a residência] nos primeiros três meses (...) Pensei em largar, não porque a infectologia, por ela mesma me frustrasse. É porque eu me sentia meio frustrado, porque tinha que aprender muita coisa em muito pouco tempo e quando eu via que eu não conseguia aprender no ritmo que eu queria aprender eu pensei em desistir e procurar outra coisa, outra especialidade para fazer. Mas assim, foi uma coisa muito rápida, porque na verdade você vai pegando o ritmo e quando você pega o ritmo acaba que você consegue ver que aquilo que você está aprendendo realmente você evolui e vai aprender devagar mesmo. Não tem como apressar as coisas.” (R-I)

Que se percebiam ou não com deficiências na abordagem da prevenção do HIV/AIDS, as falas dos médicos residentes em infectologia do IPEC revelam que isso não comprometeria sua prática profissional. A frustração que os médicos encontraram na residência diz respeito à dificuldade em identificar um diagnóstico e um tratamento. Ou seja, os problemas que os residentes relatam estão no que é externo à relação pessoal, no que não passa pela troca, no que não contempla subjetividades. De alguma forma, a prevenção segue sendo o patinho feio da medicina.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Porque a vida, a vida, a vida, a vida só é possível reinventada”

Cecília Meireles

Esta dissertação teve por objetivo entender as percepções, conhecimentos e práticas dos médicos residentes em infectologia do serviço especializado do IPEC-FIOCRUZ sobre as estratégias de prevenção da infecção pelo HIV. Buscamos, assim, contribuir com o debate sobre a formação médica e sobre a implementação das políticas públicas de saúde nesse campo, considerando o protagonismo médico nas chamadas alternativas de prevenção biomédica.

Nossa observação da dinâmica da assistência médica no IPEC nos fez pressupor que os médicos residentes em infectologia ainda estivessem pouco habilitados para lidar com as práticas preventivas em seu cotidiano, pois elas demandam clareza sobre a singularidade e subjetividade do paciente. Possivelmente pela forma com que esses médicos dão sentido à sua profissão, valorizam as orientações de cunho medicamentoso dos protocolos e não possuem ainda habilidades solidificadas para negociar com os pacientes as alternativas mais adequadas de prevenção.

O fato de as alternativas preventivas no campo da AIDS terem adquirido um corpo de domínio médico, os medicamentos, não diminuiu a complexidade do ato preventivo, ao contrário. Observamos em nosso campo de estudo que até mesmo o uso do preservativo, tecnologia mais antiga de prevenção, é, muitas vezes, prescrito sem que seja percebida a vasta gama de situações em que cada sujeito está vivendo. Essa forma de prescrição do preservativo caracteriza equivocadamente o ato de prevenção como algo simples e objetivo.

O conhecimento sobre as alternativas de prevenção à infecção por HIV por parte dos residentes se mostrou escasso e incompleto, particularmente porque levamos em conta sua inserção numa instituição produtora de conhecimento que participa de pesquisas internacionais, muitas das quais influenciaram a mudança de diretrizes da OMS e Ministério da Saúde do Brasil.

A percepção dos residentes sobre as alternativas em prevenção, já na quarta década da epidemia, revelaram-se controlistas, prescritivas e heterônomas. Sua prática, portanto, não podia ser diferente. A referência à autonomia do paciente parecia não fazer parte do contexto da sua prática profissional. Quando a ideia de prevenção vinha à baila, foi unânime a orientação restrita ao uso do preservativo, sempre indicado sem conhecimento das possíveis dificuldades que os pacientes apresentassem com sua utilização.

A possibilidade de uma decisão conjunta sobre a melhor alternativa dentro do consenso brasileiro de prevenção e tratamento está praticamente ausente do escopo rotineiro desses médicos. A dificuldade de tempo para leitura dos consensos de prevenção foi uma das razões que encontraram para justificar esse lapso. A preocupação dos residentes com as muitas outras 'doenças' para aprender reforça sua compreensão sobre doença - reduzida às formas de adoecimento já estabelecidas para o cuidado 'médico' - e impede que a atualização sobre tecnologias de prevenção faça parte do seu repertório de estudos.

As falas de alguns residentes ratificaram a insuficiência das suas noções de prevenção da infecção pelo HIV. Eles identificaram as formas de transmissão veiculadas ao longo dos anos, pelo MS, através da mídia, isto é, a transmissão por via sexual, pela transfusão sanguínea, pelo uso de instrumentos perfuro cortantes não esterilizados, pelo uso de drogas injetáveis e através da transmissão vertical. Para a prevenção da transmissão sexual do HIV, limitaram-se a citar o uso de preservativo e para a transmissão vertical, o uso de ARV no pré-natal. Quanto às demais formas de prevenção, só se manifestaram quando estimulados pelas entrevistas, mas ainda assim, na maioria das vezes, desconheciam as mais atuais práticas preventivas, como por exemplo o uso do tratamento para cortar a cadeia de transmissão.

Podemos dizer que a vigência histórica, de longa data, de um modelo de formação médica desde a graduação, que organiza seus saberes-fazeres de modo fragmentado e intensivo, que não privilegia o profissional pensante em favor da memorização, que não enaltece o prazer do conhecimento, a alegria do trabalho e a responsabilidade social do profissional (Carvalho e Ceccim, 2007) evidenciam o pouco preparo desses jovens residentes em infectologia.

Observamos que a maneira objetiva de cuidar, voltada para o diagnóstico e tratamento de doenças é resultado também da forma acrítica com que se trata o

conhecimento científico (Fleck, 2010), da falta de uma reflexão política da sociedade, além da total ausência de juízo filosófico (Czresnia, 2003).

A formação e a práxis médica deveriam reforçar certos valores com o fim de garantir uma relação de troca e autonomia, entre médico e paciente, respeitando-se a subjetividade e adequação das propostas terapêuticas e/ou preventivas de acordo com cada indivíduo. (Ayres, 2000; Campos, 2011)

Os médicos residentes, como os médicos em geral, naturalizam a reprodução dos conhecimentos adquiridos no período de faculdade somados aos da residência, nos quais acreditam, num processo de reprodução dos conhecimentos de seus professores, que, por sua vez, também passaram pelas mesmas condições (Da Ros, 2004). Os cursos de medicina, em geral, produzem pouca reflexão sobre o processo do conhecimento, fazendo com que os alunos desconheçam ou tenham dificuldades em explicar a formação de seu próprio raciocínio clínico.

Mas há concordância na literatura sobre a necessidade de revisar os pontos críticos da formação que venham se adequar melhor às demandas assistenciais atuais (Nogueira, 2009; Koifman, 2001). Muito já se avançou em análises e propostas, mas acreditamos que a mudança se faça lentamente, pois temos um grande contingente de médicos que se tornaram professores e foram formados dentro de uma tradição da medicina voltada para a doença.

A prática médica não deve ser fácil. Lidar com o sofrimento, com a diversidade, com a maneira singular de um paciente encarar seu adoecimento não deve ser simples, mas acreditamos que a ausência de discussões e prática a respeito da lida com seres humanos e sua complexidade no processo de formação torna ainda pior o enfrentamento das subjetividades e acaba reforçando as questões objetivas do cuidado, por serem mais controláveis.

Berlinguer (1988) faz o exercício de colocar-se no lugar do doente e perceber como a doença é vivida e enfrentada. Pergunta-se “quais as consequências para o indivíduo e quais comportamentos suscita nos outros.” (p 36). O autor descreve cinco faces do processo patológico que devem ser observados: sofrimento, diversidade, perigo, sinal e estímulo, considerando que a percepção da própria doença sofre influências da cultura, do trabalho, da riqueza.

Entendemos que o cuidado dos pacientes com HIV deva estar permeado pelas reflexões acima, pois na sua ausência, os residentes incorrem no risco do uso incorreto das tecnologias de prevenção e no equívoco de que o médico, e apenas ele,

tem o poder e o dever de escolher o que o paciente vai fazer – prática comum, observada entre os residentes com que lidamos.

Observamos a ausência de reflexão em vários momentos; preocupamo-nos com que os desdobramentos da dificuldade na escuta dos pacientes reforcem ‘as verdades’ geradas com os dados epidemiológicos, com base exclusivamente nas noções de risco. Esses dados, ainda que homogeneizem as subjetividades, podem até ser um norteador de políticas de saúde pública, de um modo bem amplo. Mas jamais devem determinar a prática clínica, uma vez que é através dessa prática que as observações singulares podem favorecer orientações sobre prevenção e tratamento, em acordo com o sujeito em questão. Os protocolos clínicos, portanto, devem prever situações que fogem a dita “normalidade”.

As reflexões e ponderações acerca das percepções e práticas dos residentes de infectologia do IPEC, longe de apresentarem um entrave para a implementação das novas alternativas de prevenção, norteiam nossa preocupação com a qualidade da formação e da prática médica. Questões subjetivas como a sexualidade, a prática sexual, os prazeres distintos e o modo como cada indivíduo lida com suas questões são relevantes para o aspecto relacional entre médico e paciente, como já mencionou Ayres (2000). Essa relação é mais delicada e mais necessária ainda quando se trata de subsidiar a decisão sobre as melhores alternativas na prevenção da infecção por HIV e sobre quem as deve fazer uso.

Fleck (2010) procurou entender, em 1935, o motivo por que os médicos não possuíam as ferramentas necessárias para criticar o que lhes é apresentado pelo campo de conhecimento biomédico. O conceito de estilo coletivo de pensamento o ajudou a explicar que os médicos, como vários profissionais de áreas científicas, aprendem os fatos científicos sem entender como foram construídos. Como a profissão médica não é necessariamente voltada para a produção de conhecimento, esse tipo de conhecimento acabaria sendo dispensável para o dia a dia. Nesse sentido, acreditamos que uma aproximação da formação médica com a pesquisa e com a produção científica, principalmente no campo da prevenção, se faça necessária até mesmo para evitar a ideia de verdades incontestáveis. Esse debate não prescinde de ostensiva reflexão, contextualização e crítica.

Entendemos a necessidade de se habilitarem os residentes para problematizarem seu dia a dia. Percebemos a relevância de se destinar um espaço sistemático para discussão de casos com os residentes sobre o nosso sistema de

saúde, sobre a relativização da ciência, sobre uma atenção voltada para a escuta das questões subjetivas do paciente e modos de lidar e acolher tais demandas e ainda garantir sua autonomia. Enquanto isso não acontece, existe sempre o recurso pedagógico de simular experiências já vividas por outros profissionais com casos a serem problematizados.

Assim, também é fundamental lembrarmos que o reforço do protagonismo médico na lida com as alternativas em prevenção poderia criar uma ideia equivocada de que a participação social organizada - fundamental para as ações de prevenção e de tratamento das PVHA ao longo dos anos de enfrentamento da epidemia – seria dispensável. Ao contrário, os médicos que acompanharam essa história se envolviam com a sociedade civil e com as instâncias de tomadas de decisão, lutando ao lado dos pacientes pela melhoria da atenção de uma forma geral.

Nenhum residente mencionou qualquer contato com essas instâncias, nem mencionou sua importância. A experiência de proximidade e participação em grupos organizados na luta contra a AIDS pode aumentar a possibilidade de um posicionamento político mais adequado dos residentes, considerando o papel do Estado, do bem público e favorecendo reflexões mais profundas.

Finalmente, vale reforçar que as medicações e intervenções preventivas estão disponíveis para serem usadas de forma combinada, e que sua 'prescrição' deve se dar a partir da prioridade da subjetividade e da autonomia dos indivíduos.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIDS. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais [homepage na Internet]. História da Aids. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>. Acesso em 15 de março de 2015.

Andrade, M. Namoros com a medicina. Belo Horizonte: Editora Itatiaia, 1980.

Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

Ayres JCRM, França Junior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. **In:** Czeresnia, D; Freitas, CM. de. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003.

Ayres JRCM. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? Interface, Comunicação, Saúde e Educação. Rio de Janeiro, v. 6, p. 117-120, fevereiro, 2000.

Bacheschi LL. A residência médica. **In:** Marcondes, Eduardo e Gonçalves, Ernesto Lima (coord.). Educação Médica. São Paulo: Sarvier, 1998.

Bastos, FI, Malta M. Usuários de drogas vivendo com HIV/AIDS: O desafio do cuidado, prevenção e integralidade. Em: Segurado A; Calazans G; Paiva V. (Org.). Direitos Humanos e Vulnerabilidade na Prevenção e Promoção da Saúde Vol. II: Entre indivíduos e comunidades. 1ª Ed. Curitiba. Juruá Editora, 2012. v. 1, p. 187-216.

Bastos, FI. Aids na terceira década. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. (Coleção Temas em Saúde. P. 104)

Beloqui J, Seffner F, Terto Junior V. Pontos de tensão e tesão: limites e possibilidades para a inovação da prevenção na quarta década da epidemia de HIV/AIDS. **In:** Paiva V, França Junior I, Kalichman AO. Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: entre indivíduos e comunidade. Livro IV. Curitiba: Juruá, 2013.

Berlinguer G. A doença. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1988. Disponível em: <<http://www.docvirt.com/docreader.net/docreader.aspx?bib=CEBESLIVROS&Pasta=A>>

Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Residência Médica. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12263&Itemid=507>. Acesso em 04 novembro de 2014

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001.

Brasil. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes. Brasília, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de boas práticas em HIV/Aids na atenção básica. 2014. Biblioteca Virtual em Saúde. Tiragem: 1ª edição – 2014 – 200 exemplares. Elaboração, distribuição e informações. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Brasília/DF. Site: www.aids.gov.br. E-mail: aids@aims.gov.br/edicao@aims.gov.br. Edição Assessoria de Comunicação. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica - HIV/AIDS, hepatites e outras DST - n.º 18 Brasília – DF, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – AIDS e DST. Ano VIII, Número 1 – Julho a Dezembro de 2010 e Janeiro a Junho de 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-AIDS>>. Acessado em 15 de março de 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. P, 126. v. II – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis. MANUAL DE BOLSO. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Manuais 80. Brasília – DF, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV – 2008. Suplemento III - Tratamento e prevenção Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV. Acesso: www.aids.gov.br. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Brasília/DF, 2010.

Camargo Junior KR. As ciências da AIDS e a AIDS das ciências: discurso médico e a construção da AIDS. Rio de Janeiro: ABIA/IMS/UERJ. Relume-Dumará, 1994.

Campo GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, das práxis e da arte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7): 3033-3040, 2011.

Campos GW. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.

Canelotti B, Soares CB. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. *Interface – Comunicação, saúde, Educação*. Setembro, 2004 – Fevereiro, 2005. V.9, n.16: 115-29.

Caponi S. A saúde como abertura ao risco. **In:** Czeresnia, D; Freitas, CM. de. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003.

Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. **In:** CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. (Org.). Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

Castro, CM. O restabelecimento pela doença: um debate sobre a institucionalização dos estudos sobre HIV/AIDS e transformações na pesquisa clínica no Hospital Evandro Chagas (1985-1989). Anais Eletrônicos do 14º Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia – 14º SNHCT, 2014.

Cecílio LCO. Modelos técnicoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, julho – setembro, 1997.

Coelho, EC. As profissões imperiais – medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro – 1822-1930. Rio de Janeiro: Record, 1999.

Cohen MS, Ying QC, Mc Cauley M *et al.* Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. N Engl J Med 2011; 365:493-505. August 11, 2011.

Cohen, J. Breakthrough of the year. *Science*. 23 December, 2011: Vol. 334 no. 6063 p. 1628.

Corrêa M. V. Novas tecnologias reprodutivas – limites da biologia ou biologia sem limites? Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001.

CREMERJ [homepage na Internet]. Quanto vale um médico. Disponível em: <http://www.cremelj.org.br/quantovalemedico/?jsessionid=A68009D56C6742F8A250E95F1B8E6B97>. Acesso em 19 março de 2015.

Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **In:** _____. (Org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

Da France P. Ciência e Saúde da Globo. [homepage na Internet]. EUA vão suspender regra que proíbe homens gays de doarem sangue. Disponível: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2014/12/eua-vaio-suspender-regra-que-proibe-homens-gays-de-doarem-sangue.html>. Acessado em: em 10/03/2015)

Da Ros MA. A ideologia nos cursos de medicina. **In:** Marins JN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC (Org.) Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, p.390, 2004.

Degregori MCA. Perspectivas da antropologia médica crítica sobre circuncisão masculina para prevenir o HIV. **In:** Mulher, SIDA e o acesso à saúde na África subsaariana.

ENGEL, M. Meretrizes e doutores: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890). São Paulo: Ed. Brasiliense, 1989.

Escorel S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. **In:** Giovanella L et al. (Org.). Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 385-434, 2008.

Fernandes NM. Vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre casais sorodiscordantes acompanhados no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/Fiocruz. **Tese** [Doutorado] – Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas, 2013.

Fleck L. Gênese e desenvolvimento de um fato científico. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

Foucault, M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Freidson, E. Professionalism – The third logic on the practice of knowledge. Chicago: The University of Chicago Press. 2001.

Gallagher, J. (Editor de Saúde da BBC News). **BBC News**. [homepage na Internet]. Testes com nova vacina indicam proteção total contra vírus HIV. Disponível em: http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2015/02/150219_vacina_hiv_mdb. Acesso em 19/03/2015

Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

Grant RM *et al*. Paraprev, ver: Preexposure Chemoprophylaxis for HIV Prevention in Men Who Have Sex with Men. *Publicadoem N Engl J Med*. 2010 December 30; 363 (27): 2587-99.

Grant RM *et al*. Uptake of pre-exposure prophylaxis, sexual practices, and HIV incidence in men and transgender women who have sex with men: a cohort study. www.thelancet.com/infection. Published online July 22, 2014. <[http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(14\)70847-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(14)70847-3)>

Grinsztejn B *et al*. Effects of early versus delayed initiation of antiretroviral treatment on clinical outcomes of HIV-1 infection: results from the phase 3 HPTN 052 randomised controlled trial. *Publicado em Lancet Infect Dis*. April 2014; 14(4): 281–290.

Guimarães, MRC. Civilizando as artes de curar: Chernoviz e os manuais de medicina popular do Império. **Dissertação** [Mestrado]. Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz. Fiocruz, 2003

Guimarães, MRC. Hospital de Manguinhos 1904-1940. Edição Comemorativa. IPEC, 2009.

Guimarães, MRC. Os catedráticos de clínica médica e as propostas de reforma do ensino médico no Brasil nas décadas de 1950 e 1960. **Tese** [Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde. Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz. 2009.

Jonathan MM, Daniel JMT. AIDS in the world II. Global dimensions, social roots, and responses. New York: Oxford University Press, 1996.

Karim QA, Karim SSA, Frolich JA, Grobler AC, Baxter C, Mansor LE, Taylor, D. Effectiveness and safety of tenofovir gel, an antiretroviral microbicide, for the prevention of HIV infection in women. *Science*, 329, 1168-1174 (2010).

Kippax S, Stephenson N, Parker RG, Aggleton P. Between Individual Agency and Structure in HIV Prevention: Understanding the Middle Ground of Social Practice. *American Journal of Public Health* (online), Junho 13, 2013.

Knauth D, Sandrine, PM. Corrigir, prevenir, fazer corpo: a circuncisão masculina como estratégia de prevenção do HIV/AIDS e as intervenções cirúrgicas em crianças. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), v. 14, p. 229-241, 2013.

Knauth D. Da camisinha à circuncisão: reflexões sobre as estratégias de prevenção ao HIV/AIDS. Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trabalho apresentado na 26ª. Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 01 e 04 de junho, Porto Seguro, Bahia, Brasil.

Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. VIII (1): 48-70, março-junho, 2001.

Lampert, JB. Na transição paradigmática da educação médica: o que o paradigma da integralidade atende que o paradigma flexneriano deixou de lado. *Boletim da ABEM*, julho-agosto-setembro-outubro, 2003.

Loyola MA. Sexualidade e Medicina: a revolução do século XX. *Cadernos Saúde Pública*, v. 19, n. 4, p. 875-884, julho-agosto, 2003.

Madureira VSF, Trentini M. Da utilização do preservativo masculino à prevenção de DST/AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008; 13(6):1807-1816.

Maksud I. O discurso da prevenção da AIDS frente às lógicas sexuais de casais sorodiscordantes: sobre normas e práticas. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*. 2009; 19 [2]: 349-369.

Mann J, Tarantola D, Netter T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. **In:** Mann J, Tarantola D, Netter T. *A AIDS no Mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

Mann J, Tarantola D, Netter T. Prevenção. **In:** *A AIDS no Mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

Merhy EE, Cecilio LCO, Nogueira, FRC. Por um modelo técnico assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. *Revista Saúde em Debate*, 33: 83-89, 1991.

Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. **In:** Campos CR et al. (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.

Merhy EE. *A Saúde Pública como Política. Um Estudo de Formuladores de Políticas*. São Paulo: Hucitec, 1991.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. **In:** Merhy EE., Onocko R (Org.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

Mesquita FC. HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis: a experiência do Brasil. **In:** Czeresnia D, Santos EM, Barbosa RHS, Monteiro S (Org). *AIDS – Pesquisa social e educação*. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1995.

Minayo, MCS. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. **In:** Campos GWS et al (Org.) *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, p. 871, 2007.

Morin, E. A Entrevista nas Ciências Sociais, no Rádio e Televisão. *Centre National de la Recherche Scientifique – Communications*, n. 7, 1966.

Narita S. Notas de Pesquisa de Campo em Psicologia Social. *Psicologia & Sociedade*; 18 (2): 25-31; maio-agosto, 2006.

Nogueira MI. As Mudanças na Educação Médica Brasileira em Perspectiva: Reflexões sobre a Emergência de um Novo Estilo de Pensamento. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 33 (2) : 262 – 270, 2009.

Nunes MPT. *Residência Médica no Brasil: situação atual e perspectivas*. Cadernos ABEM. Volume 1. Maio, 2004 – [Publicado em novembro-dezembro/2003].

Oliveira RC. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. **In:** *O Trabalho do Antropólogo*. Brasília/São Paulo, 2006, p. 222. Paralelo Quinze/Editora da Unesp.

OMS/UNAIDS [homepage na Internet]. Novos dados sobre a circuncisão e a prevenção do HIV: consequências para as políticas e programas. Montreux, 6 a 8 de março, 2007. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Novos_dados_sobre_circuncisao_UNAIDS.pdf>. Acessado em 17 de outubro de 2014.

Paim JS. Reforma Sanitária e Modelos Assistenciais. **In:** M. Z. Rouquayrol MZ (Org.) Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

Paiva V; Pupo LR; Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Revista Saúde Pública*. 2006; 40(supl.): p. 109-119.

Parker, RG. Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

Pereira AMB, Nascimento FRF. Prevalência de HIV entre doadores de sangue no banco de sangue do Maranhão. *DST – J. Bras. Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 2004; 16(4): 11-13.

Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA (Org.) Ensinar Saúde: A integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ/ABRASCO, 2006.

Polanczyk CA, Vanni T, Kuchenbecker RS. Avaliação de tecnologias em Saúde no Brasil e no contexto internacional. **In:** NITA ME *et al.* (Org.). Avaliação de tecnologias em Saúde: Evidência Clínica, análise econômica e análise de decisão. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Rego, S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

Rocha FMG. Política de controle ao HIV/AIDS no Brasil: o lugar da prevenção nessa trajetória. **Dissertação** [Mestrado] – Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz, Saúde Pública, 1999.

Rosen G. Da polícia médica à medicina social. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

Santos VGV, Bastos FI, Portela MC *et al.* HIV rapid testing as a key strategy for prevention of mother-to-child transmission in Brazil. *Revista Saúde Pública*, 2010; 44(5):803-11

Scheffer M. Coquetel: A incrível história dos antirretrovirais e do tratamento da aids no Brasil. 1ª ed. São Paulo: Hucitec: Sobravime, 2012. V. 1, p. 216.

Schraiber LB (Org.). *Programação em Saúde Hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990.

Schraiber LB, Mota, A, Novaes HMD. Tecnologias em saúde. **In:** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

Schraiber LB. *Educação médica e capitalismo*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1989.

Schraiber LB. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

Segurado, AAC. Prevenção biomédica da infecção por HIV/AIDS. **In:** Paiva V, Calazans G, Segurado AAC. *Vulnerabilidade e direitos humanos – prevenção e promoção da saúde: entre indivíduos e comunidade – Livro II*. Curitiba: Juruá, 2012. p. 360.

Sevalho G, Stotz E. A cartografia simbólica do risco epidemiológico: uma incursão ao pensamento de Boaventura de Souza Santos. *História, ciências, saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 19, n.3, julho-setembro, 2012, p. 899-917.

Silva AM, Camargo Jr KR. A invisibilidade da sorodiscordância na atenção às pessoas com HIV/AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva* [online] 2011, vol.16, n.12 [cited. 2015-03-29], p. 4865-4874.

Silva Jr AG, Alves CA. Modelos assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. **In:** Morosini, MVGC (Org.) *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

Silva Junior AG, Merhy EE, Carvalho LC. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. **In:** Pinheiro R, Mattos RA (Org.). *Construção da integralidade cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 1ª ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003, v. 1, p. 113-128.

Silva Junior AG. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

Sociedade Brasileira de Infectologia [homepage na Internet]. Disponível em: <http://www.infectologia.org.br/>. Acesso em 29 de março de 2015.

Tesser CD. Introdução. **In:** Tesser CD. (Org.) Medicalização social e atenção à saúde no SUS. São Paulo: Hucitec, 2010.

Trad Leny AB. Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(3): 627-633.

UFRJ [homepage na Internet]. Residência Médica. Relação Candidato Vaga. Disponível em: http://www.residencia.ufrj.br/index.php?option=com_content&view=article&id=96&Itemid=92. Acesso em 19 de março de 2015.

Valla, VV. A crise de interpretação é nossa: procurando compreender a fala das classes subalternas. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 21, n. 2, julho-dezembro, 1996.

Villela P. ONG/AIDS, patentes e regulação de medicamentos. **In:** Corrêa M, Cassier M. AIDS e saúde pública: contribuições à reflexão sobre uma nova economia política do medicamento: contribuições sobre uma nova economia política do medicamento no Brasil. Rio de Janeiro: Ed UERJ, 2010.

Warner, JH. The therapeutic perspective – medical practice, knowledge and identity in America 1820-1885. Princeton: Princeton University Press, 1997.

Zorzanelli RT, Ortega F, Bezerra Jr B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(6):1859-1868, 2014.

VI. ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO

Nome:

Nascimento:

Endereço:

Raça (auto-referida):

Religião:

E-mail:

Itinerário Formativo

- Escolas em que cursou o ensino fundamental:

Nome da Escola:

Local:

Pública () Privada () Outras () _____

Nome da Escola:

Local:

Pública () Privada () Outras () _____

Nome da Escola:

Local:

Pública () Privada () Outras () _____

- Escolas em que cursou o ensino secundário:

Nome da Escola:

Local:

Pública () Privada () Outras () _____

Nome da Escola:

Local:

Pública () Privada () Outras () _____

Nome da Escola:

Local:

Pública () Privada () Outras () _____

- Universidades em que cursou a faculdade de medicina:

Nome da Universidade:

Local:

Pública () Privada () Outras () _____

Nome da Universidade:

Local:

Pública () Privada () Outras () _____

Alguma outra graduação além da medicina? Especifique:

Alguma outra especialização além da residência? Especifique:

Observações:

ANEXO II – ROTEIRO TEMÁTICO PARA ENTREVISTA

ROTEIRO TEMÁTICO PARA ENTREVISTA

Residentes

- 1) Buscar informações sobre a formação do residente. Inicialmente de modo genérico.
 - a. Como se deu a escolha por medicina. Explorar se houve alguma influência de pessoas ou situações.
 - b. Como se deu a escolha pela especialidade de infectologia. O que estudou em infectologia na faculdade foi suficiente para o seu interesse pela especialidade?
 - c. O que acha ser a missão/função do médico.
 - d. O que fez você decidir pelo IPEC para fazer residência em infectologia?
 - e. Faz diferença para você estar em uma instituição de pesquisa para lidar com a questão da prevenção da infecção por HIV?
 - f. Você tem conhecimento das pesquisas do IPEC relacionadas à prevenção da infecção pelo HIV? (explorar como e quem foi o contato)
 - g. Em algum momento passou pela sua cabeça deixar a medicina ou a infectologia? (identificação de dificuldades)
 - h. O que significa para você ser um “bom médico” no campo da AIDS?

- 2) Buscar informações sobre prevenção à infecção por HIV
 - a. Fale sobre prevenção à infecção por HIV
 - b. Fale sobre as facilidades e dificuldades no atendimento/abordagem de prevenção à infecção por HIV em sua prática.
 - c. Trabalhar prevenção é tarefa de que profissionais? E a prevenção biomédica?
 - d. Caso não tenha aparecido, buscar informação sobre o que ele(a) sabe sobre prevenção biomédica e quais tecnologias de prevenção biomédica ele(a) conhece. Explorar o que acha sobre prevenção biomédica.
 - e. Fale um pouco sobre sua abordagem à prevenção em suas consultas / como é a sua prática em prevenção? / como se dão as orientações sobre as estratégias de prevenção? E sobre as tecnologias biomédicas aos seus pacientes?
 - f. Que critérios são usados para decidir sobre o uso dessas tecnologias biomédicas em prevenção? Como se dá a prescrição medicamentosa para a prevenção da infecção por HIV? Você usa ARV como prevenção? Ou só como tratamento?
 - g. Em que circunstâncias você acha que se deve dar PEP, PreP e tratamento como forma de prevenção?
 - h. Você teve acesso aos consensos de prevenção do MS?
 - i. Qual a sua opinião crítica a respeito do consenso em prevenção do MS?
 - j. Você aborda sobre parceiros com seus pacientes? Como faz?

- k. Você aborda sobre a vida sexual dos seus pacientes? Como é a sua prática em relação a isso?
- l. Você explora outras questões subjetivas dos seus pacientes (relações com família, trabalho, prazeres, desprazeres, sentimentos diversos, etc)? Como você lida com isso?
- m. Você registra essas questões em prontuário?
- n. Como e através de que materiais, instrumentos e que tais, ocorre sua atualização sobre prevenção?
- o. Você tem alguma sugestão para melhoria (para as tecnologias já constituídas como política pública) ou para a elaboração de um protocolo de atenção para uso de tecnologias em prevenção, incluindo as biomédicas?
- p. Como você acha que as informações sobre essas tecnologias devem circular entre pacientes e parceiros?
- q. Você já ouviu falar em cura funcional? O que é? Vê alguma relação da cura funcional com prevenção? Acha que é possível isso em sua prática? Como?

3) Qual a relação da sua atividade clínica com a saúde coletiva?

ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Residente)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Residente)

PERCEPÇÃO, CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS MÉDICOS RESIDENTES EM INFECTOLOGIA DO IPEC EM RELAÇÃO ÀS ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV

Pesquisadoras responsáveis

Profª Drª Beatriz Gilda Jegerhorn Grinsztejn (Orientadora – IPEC/Fiocruz)
Profª Drª Cristina de Albuquerque Possas (Coorientadora – IPEC/Fiocruz)
Telefone: (21) 3865-9128

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas -IPEC/FIOCRUZ
Pesquisa clínica em HIV/AIDS
Avenida Brasil, 4365, Manguinhos
CEP: 21045-900
Telefone: (0XX21) 3865-9128

Mestranda:

Carla Almeida Alves
Mestranda em Doenças Infecciosas e Parasitárias pelo IPEC/FIOCRUZ
Psicóloga do Laboratório de Pesquisa Clínica em HIV/AIDS - IPEC/FIOCRUZ
Telefone: (21) 3865-9128

Comitê de Ética em Pesquisa - IPEC/FIOCRUZ

Avenida Brasil, 4365, Manguinhos
CEP: 21045-900
Tels: (0XX21) 3865-9585 e 3865-9107
Fax: (21) 3865-9585
E-mail: cep@ini.fiocruz.br

INTRODUÇÃO

Este é um documento que visa obter o seu consentimento para a sua participação no estudo intitulado “**Percepção, conhecimento e prática dos médicos residentes em infectologia do IPEC em relação às estratégias de prevenção da infecção pelo HIV**”. Este estudo nos permitirá um melhor conhecimento sobre suas percepções e prática relacionadas aos aspectos da prevenção da infecção por HIV, especialmente sobre as tecnologias biomédicas em prevenção.

Sua participação é inteiramente voluntária. Você pode decidir não realizar qualquer procedimento proposto ou pode recusar que sejam utilizadas as informações

obtidas durante sua atividade no IPEC a qualquer momento, sem que isto em nada influencie os seus direitos como profissional em treinamento.

O pesquisador do estudo responderá a todas as suas dúvidas e explicará o estudo para você.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar percepções, conhecimentos e práticas dos médicos residentes (R1, R2 e R3) em infectologia do serviço especializado do IPEC-FIOCRUZ sobre as estratégias de prevenção ao HIV, especialmente sobre as tecnologias biomédicas em prevenção ao HIV.

Objetivos específicos

- Identificar o conhecimento e a percepção dos médicos residentes sobre as alternativas em prevenção do HIV do ponto de vista clínico e das políticas de saúde;
- Identificar, na prática dos residentes, a motivação dos mesmos para a prescrição de ARV;
- Destacar as fontes de atualização do conhecimento sobre a prevenção do HIV e dos temas relacionados;
- Observar e discutir o processo de orientação dos residentes sobre os métodos/formas de prevenção sugerida aos usuários.
- Analisar os conteúdos obtidos através dos procedimentos metodológicos (entrevista, notas de campo) e da proposta de formação e prática clínica da residência médica do IPEC.
- Analisar os conteúdos obtidos através dos procedimentos metodológicos (entrevista, notas de campo) e da proposta de formação e prática clínica da residência médica do IPEC.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

A metodologia utilizada para a pesquisa será a etnografia, pertencente ao campo da Antropologia, como diretriz na pesquisa de campo.

Todos os residentes em infectologia do IPEC serão convidados a participar das entrevistas (04 residentes do ano de 2013 e mais 12 residentes que ingressarão em 2014. Total de 16 residentes).

Pode ser que outros participantes venham a ser convidados, como alguns preceptores e algum informante chave, em caso de necessidade, para enriquecer o estudo.

As entrevistas serão realizadas no IPEC/FIOCRUZ. A análise dos dados será estruturada a partir da transcrição da escuta das fitas com as gravações das entrevistas, assim como das anotações feitas durante a observação participante.

Você foi convidado porque não identificamos qualquer critério que o exclua de participar do estudo e se aceitar terá que comparecer ao local da pesquisa, situado no IPEC/FIOCRUZ, para (01) ou (02) entrevistas de cerca de uma (01) hora ou uma hora e meia (1 e ½ h) cada, que serão gravadas e posteriormente transcritas. Nas entrevistas os participantes irão relatar fatos de sua história pessoal, formação acadêmica, políticas de saúde/prevenção à infecção por HIV e sobre sua prática.

Os resultados desta pesquisa poderão contribuir de modo relevante no entendimento sobre a prática da prevenção ao HIV, assim como ajudar nas discussões sobre a formação médica e sobre as políticas voltadas para a prevenção.

Haverá uma segunda etapa da pesquisa que é a observação de algumas de suas consultas, pelo pesquisador. Mas acordaremos com você sobre as melhores possibilidades de participação para que não lhe traga problemas no fluxo do trabalho. A observação não será gravada. Apenas anotaremos determinados fatos e percepções que possam contribuir com a pesquisa, sem, contudo interferir em seu trabalho. Mas você pode não querer participar desta etapa. Neste caso, basta informar ao final deste documento.

Pretendemos que a observação ocorra em, pelo menos, quatro meses consecutivos. O paciente também será esclarecido sobre a pesquisa e será consultado se poderemos observar a consulta que lhe diz respeito.

Cabe lembrar que este trabalho não tem a intenção de avaliar o serviço ou seu desempenho.

POSSÍVEIS RISCOS

Os possíveis riscos associados à sua participação no estudo são relativos ao constrangimento causado por alguma pergunta acerca de suas percepções, conhecimento e prática da prevenção ao HIV e a possibilidade de quebra do sigilo. Contudo, o pesquisador fará tudo o que estiver ao seu alcance para que isto não ocorra, utilizando como instrumento de manutenção do sigilo e da confidencialidade um nome fictício para preservar a sua identidade. Deste modo, apenas o pesquisador saberá a relação entre o nome fictício e suas respostas.

POSSÍVEIS BENEFÍCIOS

Nenhum benefício direto está relacionado à sua participação neste estudo. Contudo, ao participar dele você poderá estar ajudando nas pesquisas sobre prevenção ao HIV, e nas reflexões sobre o incremento da formação dos residentes e seu real impacto na qualidade de vida dos pacientes.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Todas as informações deste estudo serão mantidas em sigilo sob a responsabilidade da pesquisadora e somente ela vai ter acesso a essas informações, dentro dos limites legais. Os resultados deste estudo deverão ser publicados de forma anônima na dissertação de mestrado ou na forma de artigos científicos, para que assim possamos contribuir com a divulgação de conhecimentos adquiridos. Mas lembre-se, seu nome ou qualquer dado que o (a) identifique jamais será divulgado. Você não é obrigado(a) a responder a qualquer pergunta, tendo o direito de se recusar a participar ou se retirar em qualquer fase da pesquisa.

RESSARCIMENTO

Informamos ainda que você não gastará e nem receberá qualquer quantia em dinheiro para participar da pesquisa, uma vez que elas ocorrerão nos dias de suas atividades no IPEC.

Se você preferir posso falar com o seu chefe imediato sobre sua participação em nossa pesquisa.

Neste momento, você tem alguma dúvida sobre tudo que nós conversamos? Fui devidamente orientado(a) quanto a todos os procedimentos do estudo, li este termo de consentimento. Tive chances de esclarecer minhas dúvidas e entendi todas as informações. Concordo voluntariamente em participar do estudo. Muito obrigada por participar deste estudo!

Por favor, assinale se você aceita participar das duas etapas da pesquisa.

() Aceito participar da entrevista

() Aceito que em algumas das minhas consultas o pesquisador observe minhas atividades.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Data: ___/___/___

DECLARAÇÃO DO ENTREVISTADOR

Declaro que expliquei devidamente o estudo e seus procedimentos, riscos e benefícios ao participante.

Nome do entrevistador: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Data: ___/___/___

ANEXO IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PACIENTE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Paciente)

PERCEPÇÃO, CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS MÉDICOS RESIDENTES EM INFECTOLOGIA DO IPEC EM RELAÇÃO ÀS ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DA INFECÇÃO PELO HIV

Pesquisadoras responsáveis

Profª Drª Beatriz Gilda Jegerhorn Grinsztejn (Orientadora – IPEC/Fiocruz)
Profª Drª Cristina de Albuquerque Possas (Coorientadora – IPEC/Fiocruz)

Telefone: (21) 3865-9128

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas-IPEC/FIOCRUZ
Pesquisa clínica em HIV/AIDS
Avenida Brasil, 4365, Manguinhos
CEP: 21045-900
Tels: (0XX21) 3865-9128

Mestranda:

Carla Almeida Alves
Mestranda em Doenças Infecciosas e Parasitárias pelo IPEC/FIOCRUZ
Psicóloga do Laboratório de Pesquisa Clínica em HIV/AIDS - IPEC/FIOCRUZ
Telefone: (21) 3865-9128

Sua participação é inteiramente voluntária. Você pode não participar ou participar e sair a qualquer momento sem nenhum prejuízo para você!

INTRODUÇÃO

Este é um documento que visa obter o seu consentimento para a sua participação no estudo intitulado “**percepção, conhecimento e prática dos médicos residentes em infectologia do IPEC em relação às estratégias de prevenção da infecção pelo HIV**”. Este estudo nos permitirá um melhor conhecimento sobre as percepções e prática dos médicos residentes em infectologia do IPEC relacionadas aos aspectos da prevenção da infecção por HIV, especialmente sobre as tecnologias biomédicas em prevenção.

Sua participação é inteiramente voluntária. Você pode decidir não realizar qualquer procedimento proposto ou pode recusar que sejam utilizadas as informações

obtidas durante sua consulta no IPEC a qualquer momento, sem que isto em nada influencie os seus direitos em ser atendido(a) neste serviço.

O pesquisador do estudo responderá a todas as suas dúvidas e explicará o estudo para você.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar percepções, conhecimentos e práticas dos médicos residentes (R1, R2 e R3) em infectologia do serviço especializado do IPEC-FIOCRUZ sobre as estratégias de prevenção ao HIV, especialmente sobre as tecnologias biomédicas em prevenção ao HIV.

Objetivos específicos

- Identificar o conhecimento e a percepção dos médicos residentes sobre as alternativas em prevenção do HIV do ponto de vista clínico e das políticas de saúde;
- Identificar, na prática dos residentes, a motivação dos mesmos para a prescrição de ARV;
- Destacar as fontes de atualização do conhecimento sobre a prevenção do HIV e dos temas relacionados;
- Observar e discutir o processo de orientação dos residentes sobre os métodos/formas de prevenção sugerida aos usuários.
- Analisar os conteúdos obtidos através dos procedimentos metodológicos (entrevista, notas de campo) e da proposta de formação e prática clínica da residência médica do IPEC.
- Analisar os conteúdos obtidos através dos procedimentos metodológicos (entrevista, notas de campo) e da proposta de formação e prática clínica da residência médica do IPEC.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

A metodologia utilizada para a pesquisa será a etnografia, pertencente ao campo da Antropologia, como diretriz na pesquisa de campo.

Todos os residentes em infectologia do IPEC serão convidados a participar das entrevistas (04 residentes do ano de 2013 e mais 12 residentes que ingressarão em 2014. Total de 16 residentes).

Pode ser que outros participantes venham a ser convidados, como alguns preceptores e algum informante chave, em caso de necessidade, para enriquecer o estudo.

Você foi convidado porque é atendido por algum dos residentes em infectologia, que participam deste estudo.

Os resultados desta pesquisa poderão contribuir de modo relevante no entendimento sobre a prática da prevenção ao HIV, assim como ajudar nas discussões sobre a formação médica e sobre as políticas voltadas para a prevenção.

Sua participação se dará através da observação da sua consulta no ambulatório de especialidade em HIV/AIDS do IPEC, pela pesquisadora. A observação não será gravada. Apenas anotaremos determinados fatos e percepções que possam contribuir com a pesquisa, sem, contudo interferir em seu atendimento.

Pretendemos que a observação ocorra em, pelo menos, 4 meses consecutivos, mas isso não quer dizer que sua consulta será observada mais de uma vez.

A sua participação no estudo em nada irá interferir com as consultas com o seu médico assistente e com o seu tratamento.

Além disso, se houver necessidade, seu prontuário também será consultado.

POSSÍVEIS RISCOS

Os possíveis riscos associados à sua participação no estudo são relativos ao constrangimento causado pela presença de outro(a) profissional em sua consulta e a possibilidade de quebra do sigilo. Contudo, o(a) pesquisador(a) fará tudo o que estiver ao seu alcance para que isto não ocorra, utilizando como instrumento de manutenção do sigilo e da confidencialidade um nome fictício para preservar a sua identidade. Deste modo, apenas o(a) pesquisador(a) saberá a relação entre o nome fictício e as anotações sobre sua consulta. Além disso, se você se sentir muito constrangido com a presença do(a) pesquisador(a), poderá nos informar e sairemos imediatamente para que você prossiga sendo consultado sem a presença de um(a) observador(a).

POSSÍVEIS BENEFÍCIOS

Nenhum benefício direto está relacionado à sua participação neste estudo. Contudo, ao participar dele você poderá estar ajudando nas pesquisas sobre prevenção ao HIV.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Todas as informações deste estudo serão mantidas em sigilo sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) e somente ele(a) terá acesso a essas informações, dentro dos limites legais. Os resultados deste estudo deverão ser publicados de forma anônima na dissertação de mestrado ou na forma de artigos científicos, para que assim possamos contribuir com a divulgação de conhecimentos adquiridos. Mas lembre-se, seu nome ou qualquer dado que o (a) identifique jamais será divulgado. Você não é obrigado a aceitar um(a) observador(a) em sua consulta, tendo o direito de se recusar a participar ou pedir para o(a) pesquisador(a) se retirar em qualquer fase da consulta.

RESSARCIMENTO

Informamos ainda que você não gastará e nem receberá qualquer quantia em dinheiro para participar da pesquisa, uma vez que elas ocorrerão durante sua consulta médica no IPEC.

Neste momento, você tem alguma dúvida sobre tudo que nós conversamos?

Fui devidamente orientado quanto a todos os procedimentos do estudo, li (ou leram para mim) este termo de consentimento. Tive chances de esclarecer minhas dúvidas e entendi todas as informações. Concordo voluntariamente em participar do estudo.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Data: ___/___/___

DECLARAÇÃO DO ENTREVISTADOR

Declaro que expliquei devidamente o estudo e seus procedimentos, riscos e benefícios ao participante.

Nome do entrevistador: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Data: ___/___/___