



Interdisciplinaridade

A AIDS COMO OBJETO COMPLEXO E DESAFIADOR, E A EXIGÊNCIA DE CONSTRUÇÃO DE UM CAMPO DE SABER INTERDISCIPLINAR

Interdisciplinaridade é o esforço de construção de um campo do conhecimento que, situado na fronteira entre outros campos de conhecimento e de ação, busca com esses estabelecer conexões e continuidades até conquistar autonomia como um novo campo do conhecimento.

Interdisciplinaridade é o esforço de construção de um campo do conhecimento que, situado na fronteira entre outros campos de conhecimento e de ação, busca com esses estabelecer conexões e continuidades até conquistar autonomia como um novo campo do conhecimento. A construção interdisciplinar é, hoje, uma exigência no plano do conhecimento e das práticas sociais, em função da complexidade dos objetos com os quais nos deparamos e, conseqüentemente, da complexidade exigida para a sua leitura e interpretação.

A AIDS é um objeto complexo. Sua formulação, enquanto objeto de conhecimento e de intervenção, exige a participação de distintos saberes e de diversas dimensões da experiência humana. Na sua própria definição como síndrome, que vigorou até há bem pouco tempo, a AIDS já se anuncia como um objeto complexo, somatório de condições e efeitos dessas condições ocorrendo simultaneamente num indivíduo. Assim, para a sua compreensão e para uma intervenção médica exitosa sobre seus portadores, são necessários conhecimentos derivados de diferentes especialidades clínicas. Além disso, enquanto desafio para a medicina e para a saúde pública, a AIDS exige e estimula a produção de novos conhecimentos, em diferentes áreas médicas como a hematologia, imunologia, farmacologia, e em outros campos de saber, como a psicologia, a pedagogia, a economia e outros.

Os aspectos éticos da prática de saúde e da prática médica nunca foram objetos de tanta discussão e polêmica como o que ocorre a partir da AIDS. Como já foi dito, o trabalho interdisciplinar é exigido também pela demanda de satisfação de um conjunto amplo de necessidades dos usuários. Para a adesão ao tratamento, por exemplo, não adianta o médico adotar uma postura de que as conseqüências pelo paciente não cumprir corretamente com a prescrição é problema apenas desse paciente.

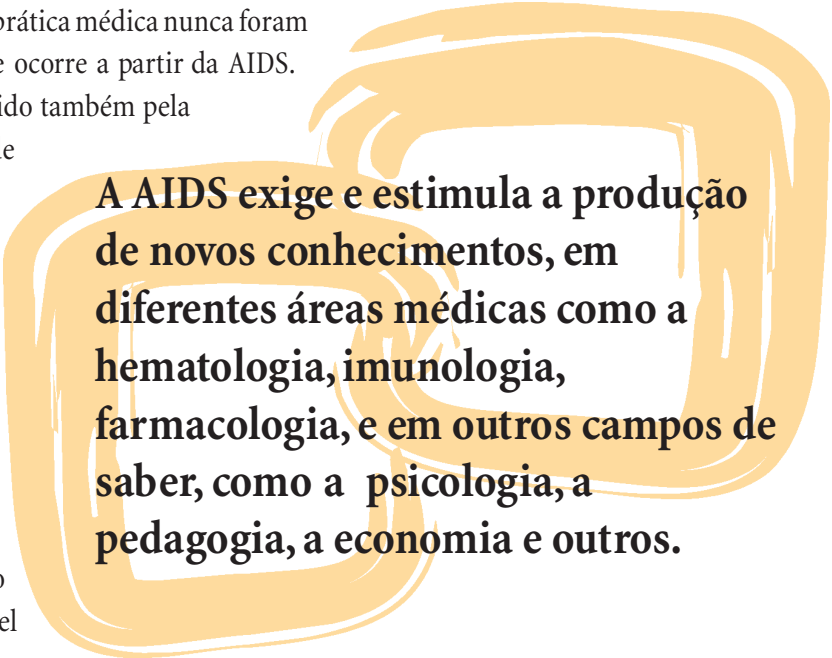
A NECESSIDADE DA ESCUTA

É certo que o remédio é muito caro, e se tomado erradamente pode provocar resistência, o que justifica o fato de o médico considerar plausível redirecionar seus recursos medicamentosos e tecnológicos, e seu saber para alguém que vai aproveitar melhor o tratamento. No entanto, questões como alimentação e dieta, o passe de ônibus necessário para ir à consulta, a falta ao trabalho e até com quem deixar as crianças interferem, muitas vezes, na possibilidade de seguir o tratamento à risca, e normalmente não encontram espaço para serem abordadas na consulta médica, até pelo fato de o paciente considerar que aquilo não é assunto para ser tratado naquele espaço.

A questão é delicada, pois se não houver alguém que escute esse conjunto de necessidades e equacione a sua satisfação, dentro das possibilidades reais do serviço e do paciente, o tratamento não se sustenta. Assim, a efetividade do trabalho médico na AIDS depende marcadamente de profissionais que possam ouvir e da interação com a enfermagem, com profissionais de serviço social e de psicologia.

O HIV e a AIDS constelam uma série de defesas psíquicas e emoções, às vezes ambíguas e contraditórias. Não dá para fazer assistência em AIDS achando que as pessoas vão lidar com isso com a mesma racionalidade que lidam com outras questões. Sexo e comida são básicos para a nossa sobrevivência como espécie. Comportamentos alimentares e sexuais são, portanto, de difícil regulação. Durante bilhões de anos, para cada indivíduo, o sexo e a alimentação tiveram sentidos específicos e importantes. Nem todo mundo quer, ou consegue, comer nas horas estabelecidas ou transar sem correr diferentes riscos.

O viver com HIV tem uma ligação com a alimentação e estilo de vida muito marcante, que nem sempre os profissionais sabem abordar. Quem trabalha com diabéticos, hipertensos, obesos, sabe o quanto é difícil para uma pessoa reestruturar a sua dieta e o seu estilo de vida. O mesmo pode ser dito em relação à sexualidade. Tanto a sexualidade quanto a alimentação são espaços ritualizados, extremamente simbolizados e repletos de significados. Isso faz com que tenhamos que compreender



A AIDS exige e estimula a produção de novos conhecimentos, em diferentes áreas médicas como a hematologia, imunologia, farmacologia, e em outros campos de saber, como a psicologia, a pedagogia, a economia e outros.

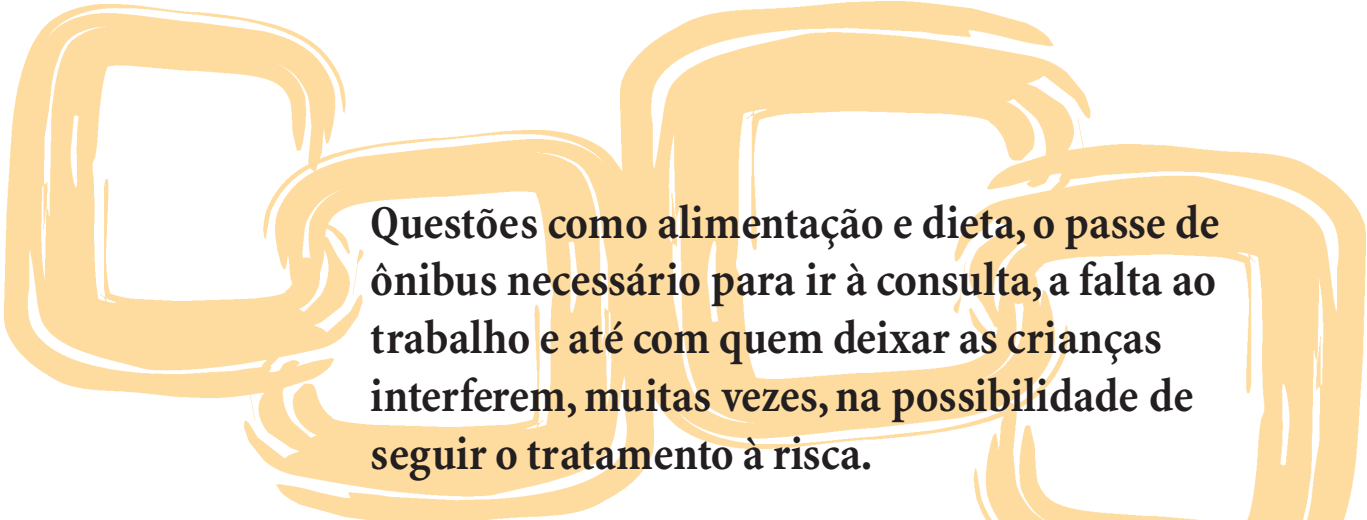
como aquele cidadão individualmente simboliza e significa a sexualidade e as relações interpessoais na sua vida para tentarmos fazer um acordo de redimensionar o seu cotidiano, visando preservar a sua vida com qualidade, a partir dos significados atribuídos a uma doença adquirida através da relação sexual.

RESPEITANDO AS ESCOLHAS DO PACIENTE

A questão da escuta, no serviço, aponta para a necessidade de reconhecer e respeitar as escolhas do paciente – o que ele decide falar e com quem –, mas também de delimitar o objeto de trabalho de cada um da equipe. É fato que se trabalha em equipe tanto melhor quanto melhor você delimita o seu objeto de trabalho e lida com os conflitos derivados dessa delimitação.

Um primeiro ponto para pensar nos conflitos internos a uma equipe de trabalho, num serviço público de saúde, é que nem todos os profissionais estão dispostos a enfrentar esses conflitos que surgem no processo de constituição de uma equipe. No serviço do Instituto de Saúde de São Paulo, por exemplo, houve uma grande rotatividade de profissionais até a constituição que existe hoje. Uma primeira dificuldade do trabalho interdisciplinar percebida foi a delimitação do espaço profissional e das hierarquias: afinal, quem manda em quem? Por ser um atendimento de pessoas com HIV, o infectologista tem mais poder? Ou, por ser um serviço de pré-natal, a ginecologista deveria mandar no serviço? E qual o lugar dos outros médicos e dos demais profissionais?

Além de conflitos de poder, é comum o profissional ter que lidar com questões de ciúme e competição, e com os preconceitos, em particular quanto ao modo de transmissão ocorrida. Esses preconceitos se traduzem em diferentes posturas dos profissionais: os “psi” vão olhar a escolha do parceiro talvez como parte de um conjunto de escolhas orientadas pelo nível de auto-estima; o serviço social vai olhar o paciente com dó; o infectologista ficará mais atento às infecções oportunistas.



Questões como alimentação e dieta, o passe de ônibus necessário para ir à consulta, a falta ao trabalho e até com quem deixar as crianças interferem, muitas vezes, na possibilidade de seguir o tratamento à risca.

A efetividade do trabalho médico na AIDS depende marcadamente de profissionais que possam ouvir e da interação com a enfermagem, com profissionais de serviço social e de psicologia.

Essas posturas podem se somar num olhar sobre o paciente, mas podem também fomentar um conflito entre as condutas: ênfase no clínico ou no psicossocial? Dependendo da conduta ou postura eleita, a vaidade do profissional que postulava ser a sua a mais adequada pode ficar ferida. Esse tem sido um grande aprendizado, porque em alguns momentos fica evidente que a questão deixa de ser o paciente para ser quem tem razão, quem tem a melhor conduta, quem é mais esperto.

O último ponto que pode colocar a equipe em conflito é o envolvimento com a neurose do paciente. Todos temos nossas neuroses, isso não é privilégio dos pacientes, e às vezes o profissional permite que a sua loucura individual interaja com a do paciente. Esse é um fato freqüente e bastante delicado, pois efetivamente lidamos com uma população muito frágil e carente. Quem tem a autoridade de definir o limite objetivo da carência do outro e do suporte necessário para a sua superação? Não dá para ter uma postura de que a última palavra sobre uma questão terá que ser sempre daquele que, na equipe, é considerado especialista. Um profissional de saúde mental, por exemplo, pode entender tudo da dinâmica mental do indivíduo, mas a avaliação sobre o conjunto das necessidades que a equipe pode satisfazer tem que ser da equipe.

A INTERDISCIPLINARIDADE COMO PROPOSTA DE TRABALHO COMPARTILHADO

Para assumir uma proposta de trabalho interdisciplinar é necessário, em primeiro lugar, confiar na equipe e se reunir. Para isso, tem que haver vontade e disciplina, já que as rotinas de trabalho não prevêem isso. A segunda coisa é a humildade, aceitar que às vezes erramos e vamos ter que fazer de novo. A terceira é assumir que temos que acertar mais que errar. Erramos uma vez e aprendemos para não errar de novo.

Dar o mesmo grau de importância aos diferentes profissionais, talvez tenha sido um movimento iniciado a partir de nossos conflitos. Evidentemente, seria bom que a população, através das discussões em ONGs, pudesse ajudar os profissionais a se pressionarem mutuamente no sentido de uma construção mais consistente do conhecimento. E para ser mais consistente o saber tem que ser mais compartilhado.

O viver com HIV tem uma ligação com a alimentação e estilo de vida muito marcante, que nem sempre os profissionais sabem abordar.

Se o objetivo final é a qualidade de vida do indivíduo com HIV, a construção de uma prática interdisciplinar é condição fundamental. Podemos pensar no limite do nosso trabalho em relação ao trabalho do nosso colega, se temos uma finalidade comum. Se estivermos num canto para lá e nossos colegas num canto para cá, não tem como estabelecermos limites e áreas de fronteiras.

A AIDS, no Brasil e no mundo, avança sobre populações e indivíduos mais vulneráveis, o que não significa que os portadores do HIV sejam pessoas inertes, sem capacidade de reflexão e diálogo. Assim, para o profissional, é como andar num fio de navalha, onde é preciso proteger e dar assistência a

quem precisa sem desconsiderar a sua potencialidade. Como distinguir, no trabalho cotidiano, uma proposta de assistência que promova a emancipação e o crescimento do indivíduo de uma que o torna cada vez mais dependente do serviço?

Devemos considerar que a primeira condição para o usuário se tornar cidadão e reivindicar seus direitos é que ele esteja vivo. Então, a prioridade é garantir que ele não faleça nem de AIDS nem de outra coisa qualquer. Isso implica ter que dar conta de condições mínimas de sobrevivência, sem perder o parâmetro da potencialidade do outro. Para finalizar esse debate, é importante lembrar que uma das facetas da interdisciplinaridade é a inter-setorialidade, que defende pensarmos nas estruturas sociais mais amplas. Talvez uma dica seria pensar que a primeira condição é ter os indivíduos vivos, condição que hoje representa um desafio enorme.

A segunda é buscar a equidade. Sendo essa o reconhecimento das diferenças entre os indivíduos e o oferecimento de suportes diferenciados em função disso. O desafio é perceber em que momento discriminamos positivamente para que aquele indivíduo tenha um mínimo de dignidade e vire um cidadão, e em que momento essa discriminação positiva se torna paternalista e vai solidificando um processo de negação da potencialidade do outro. Esse é um desafio que está aí para ser pensado no trabalho do dia-a-dia.

A questão da escuta, no serviço, aponta para a necessidade de reconhecer e respeitar as escolhas do paciente e de delimitar o objeto de trabalho de cada um da equipe.

Não dá para ter uma postura de que a última palavra sobre uma questão terá que ser sempre daquele que, na equipe, é considerado especialista.

“Eu sou médica e trabalho no setor público. Posso dizer que a prática da transdisciplinaridade ainda é utópica e que a interdisciplinaridade é praticada por poucas equipes. Eu fui ‘caindo’ na multidisciplinaridade ao longo da minha formação. Acho que a AIDS ‘obriga’ os profissionais a trabalharem com outros saberes. Hoje em dia, muita gente trabalha com a hipertensão e o diabetes, mas antes não era assim. A AIDS nos obrigou a encontrar nossos pares, uma vez que há muitas dúvidas e angústias.

Na gerência municipal, estou ministrando um treinamento em aconselhamento em DST/AIDS pela rede. Já treinamos 180 pessoas, sendo 35 médicos, o que considero um avanço. O fato de no último treinamento que fizemos ter profissionais de todas as categorias mostra que estamos no caminho certo: conseguimos reunir assistentes sociais, dentistas, nutricionistas, psicólogos e médicos. Trabalhar a multidisciplinaridade ajuda a aliviar o trabalho de todo mundo”.

Participante do seminário

“Quanto à interdisciplinaridade, um dos grandes problemas é a arrogância “Quando cognitiva de certos profissionais. Não há integralidade onde se vê equipes de especialistas em um assunto que desprezam o conhecimento do outro ao lado. Nesse sentido, eu diria que a interdisciplinaridade e a circulação do conhecimento são absolutamente cruciais porque fazem parte da prática democrática local.

Acho que não há possibilidade de construção de práticas integrais se o médico não estiver trocando, não estiver conversando com os outros profissionais da equipe, se os outros profissionais da equipe não estiverem conversando com os médicos e se eles não estiverem conversando com os pacientes a que atendem. Ou seja, o diálogo entre os diversos saberes, incluindo os saberes que a própria comunidade e os próprios usuários trazem, é fundamental na construção de práticas integrais”.

Ruben Mattos (IMS/UERJ)

Se o objetivo final é a qualidade de vida do indivíduo com HIV, a construção de uma prática interdisciplinar é condição fundamental.

OBSTÁCULOS E DESAFIOS DA INTERDISCIPLINARIDADE: AS INTEGRAÇÕES

**Muitas vezes,
a atenção em
AIDS é
resumida ao
controle do
HIV.**

A interdisciplinaridade enfrenta alguns obstáculos. O primeiro é o componente humano, a questão da vaidade, da política cotidiana, das relações de poder formais e instituídas ou informais que se estabelecem entre os profissionais. O segundo obstáculo é o próprio paradigma das práticas de saúde, que é biomédico, curativo e centralizado. O terceiro é a alta valorização dos anti-retrovirais. Existe uma dicotomia na atenção à epidemia. Muitas vezes, a atenção em AIDS é resumida ao controle do HIV. Essa é uma questão séria, uma vez que se deixa de dar importância aos aspectos psicossociais e nutricionais, e às questões de condicionamento físico, sem falar no componente de reabilitação que praticamente é inexistente nos serviços de atenção em HIV/AIDS.

Um outro desafio é refletir sobre o papel do Estado e da sociedade civil em lidar com a AIDS como uma questão multissetorial e não somente ligada à área de saúde: as políticas sociais, de trabalho, de desenvolvimento econômico, previdenciário. Isso demanda a criação de algumas alternativas diferentes e criativas: tentar mudar ou rever esse paradigma, incluir a comunidade atingida e profissionais de diversas áreas, ter uma associação desses setores com gestores que anseiam mudar essa relação de ameaça mútua.

Um desafio é refletir sobre o papel do Estado e da sociedade civil em lidar com a AIDS como uma questão multissetorial e não somente ligada à área de saúde: as políticas sociais, de trabalho, de desenvolvimento econômico, previdenciário.

Um exemplo para pensarmos a multissetorialidade é o que ocorre na cidade do Rio de Janeiro: a negação do transporte gratuito (passes) às pessoas vivendo com HIV/AIDS é vista como uma ação que toca na qualidade de vida desses indivíduos. Ainda na questão da integralidade, o Pela VIDDA Niterói tem um projeto de intervenção em que profissionais de saúde mental são treinados para desenvolver ações de prevenção e de atenção para os usuários dos serviços.

INTERCÂMBIO: INICIATIVAS PROFISSIONAIS X POLÍTICAS

Trabalhar com a interdisciplinaridade não significa, por um lado, que o profissional tenha que ser necessariamente multiprofissional, mas que ele precisa ter clareza sobre sua área de atuação e sobre as possibilidades de junção a outros profissionais, ou até mesmo, a profissionais da mesma área, para desenvolvimento das ações. Muitas das experiências bem-sucedidas no campo da interdisciplinaridade estão pautadas nas iniciativas dos profissionais dos serviços e muito menos através de políticas estabelecidas.

Um outro desafio que nos atinge de forma indireta é a questão dos recursos humanos em saúde: planos de cargos e salários, capacitação de profissionais, supervisão institucional. Seguramente, essas questões materiais vão intervir nas disposições dos profissionais. Outra questão é a necessidade do planejamento estratégico, incluindo todas as fases, desde a incorporação de atores-chaves até a elaboração de levantamentos da situação e das necessidades, além de se ter um bom plano de monitoramento, pois muitos setores brasileiros apresentam muitas dificuldades para monitorar suas ações.

Isso é um processo de mudança gradual que passa pelas políticas públicas, pelo processo de educação comunitária, pela formação dos profissionais, pelo controle social capacitado. Embora pareça inatingível, na história da resposta brasileira à AIDS existem muitos exemplos mostrando que já avançamos, mas ainda é preciso lutar.

Trabalhar com a interdisciplinaridade não significa que o profissional tenha que ser necessariamente multiprofissional, mas que ele precisa ter clareza sobre sua área de atuação e sobre as possibilidades de junção a outros profissionais.

Um outro desafio que nos atinge de forma indireta é a questão dos recursos humanos em saúde: planos de cargos e salários, capacitação de profissionais, supervisão institucional.

“Hoje, fala-se que a atenção em AIDS, muitas vezes, é vista apenas como a hipervalorização da terapia anti-retroviral e não se vê a qualidade de vida, o tempo de vida e o bem-estar geral da pessoa. O grande desafio na relação médico-paciente, na relação paciente-equipe de saúde, não é só necessariamente a participação dos profissionais de saúde, através de informações e treinamentos, é também trabalhar essa pessoa atendida.

Eu, que sou HIV+, e outros colegas brasileiros damos muito valor à palavra do médico e à dos outros profissionais nas suas especificidades. Mas, pela experiência que tenho por participar de um grupo na ABIA, percebo que há uma dificuldade das pessoas entenderem que qualquer profissional da área de saúde pode ser capaz e capacitado para dar informação sobre terapia anti-retroviral.”

Participante do seminário

Isso é um processo de mudança gradual que passa pelas políticas públicas, pelo processo de educação comunitária, pela formação dos profissionais, pelo controle social capacitado.

Embora pareça inatingível, na história da resposta brasileira à AIDS existem muitos exemplos mostrando que já avançamos, mas ainda é preciso lutar.

UMA QUESTÃO FUNDAMENTAL NO PROGRESSO DA ASSISTÊNCIA EM AIDS

Atualmente, no mundo inteiro existem 42 milhões de pessoas vivendo com AIDS. Em 2002, cinco milhões de pessoas adquiriram a infecção por HIV e um milhão de pessoas morreram por causa da infecção. Segundo projeção do Programa para AIDS das Nações Unidas (UNAIDS), se continuarmos no passo que estamos hoje, 68 milhões de pessoas vão morrer nos próximos 20 anos. Se pensarmos que estamos com 20 anos de epidemia, chegamos à conclusão que teremos cinco vezes mais mortes do que já tivemos até agora.

Diante desse quadro, é importante situar a resposta brasileira como uma construção coletiva, que já deu passos importantes, mas que, sem dúvida nenhuma, ainda precisa progredir mais. Por isso, a discussão da transdisciplinaridade e da interdisciplinaridade é fundamental e cada vez mais necessária.

O desafio que os profissionais de saúde encontram, hoje, é o de trabalhar com outras disciplinas diferentes da sua especialidade. Essa é uma questão de fronteiras, de negociação e, quando se fala do ponto de vista de uma secretaria de saúde, a discussão fica ainda maior, uma vez que envolve milhares de profissionais.

Sabemos que a epidemia, no Rio de Janeiro, é eminentemente sexual e avança em direção à população feminina. A transmissão heterossexual, hoje, tem uma tendência de crescimento e velocidade maior do que a transmissão homossexual. Quando se superpõe esse mapa geográfico de transmissão aos mapas da violência e da pobreza, vemos uma superposição contundente, com uma nitidez assustadora. Isso nos obriga a aprofundar uma interdisciplinaridade que vai além mesmo do setor médico. Podemos verificar um exemplo concreto dessa dificuldade a partir da ampliação do Projeto Saúde da Família e dos agentes comunitários. Há 60 vagas de médico de família disponíveis, mas só 12 se inscreveram no concurso para desempenharem essa função. Depois de

O desafio que os profissionais de saúde encontram, hoje, é o de trabalhar com outras disciplinas diferentes da sua especialidade. Essa é uma questão de fronteiras, de negociação.

É preciso estar preparado para ouvir um discurso e uma demanda estruturados em outras bases diferentes daquelas que estamos acostumados a lidar com as organizações que trabalham com o tema do HIV/AIDS, da homossexualidade, ou em torno de outras questões que trazem o pano de fundo da ideologia.

analisarmos o caso, chegamos a duas possibilidades: talvez os médicos especializados por formação não tenham disponibilidade para voltarem a desempenhar a função de médico mais generalista ou estejam com medo de ter que trabalhar em comunidades violentas.

NEGOCIAÇÃO COM OUTROS SETORES E O DESAFIO DA QUALIDADE

Os médicos não estão preparados para essa atuação e é preciso negociar com outros setores para se encontrar uma solução sem esquecer dos limites éticos dessa negociação. Está claro que vamos ter que negociar com todo um contingente organizado que está à margem do que é considerado legal e socialmente aceito. O Estado, hoje, tem organizações comunitárias com perfil diferente das organizações não-governamentais, que possuem uma outra estrutura e outra lógica, com uma dinâmica extremamente veloz. Temos de ter essa clareza para que o benefício possa acontecer. A quebra de preconceitos é uma questão significativa, pois o papel da sociedade civil organizada sempre foi debater, questionar, criticar. Já me peguei achando um absurdo que a AIDS fosse a oitava ou nona prioridade. Mas essa é a realidade, e temos que trabalhar atentando para todas as outras oito prioridades em conjunto como uma questão de saúde integral e pública.

É preciso estar preparado para ouvir um discurso e uma demanda estruturados em outras bases diferentes daquelas que estamos acostumados a lidar com as organizações que trabalham com o tema do HIV/AIDS, da homossexualidade, ou em torno de outras questões que trazem o pano de fundo da ideologia. Estamos num campo novo e que pode ser capaz de quebrar vários paradigmas.

Não conseguiremos, com a base de sustentação que temos hoje, com uma razoável rede de assistência e de prevenção nos serviços, entrar também nessa área inter-setorial se não ampliarmos nossa base de sustentação. Estamos falando de uma base bastante inédita para nós, que perpassa todo o campo das ciências sociais, passando pela questão do judiciário, da polícia e por questões mais amplas.

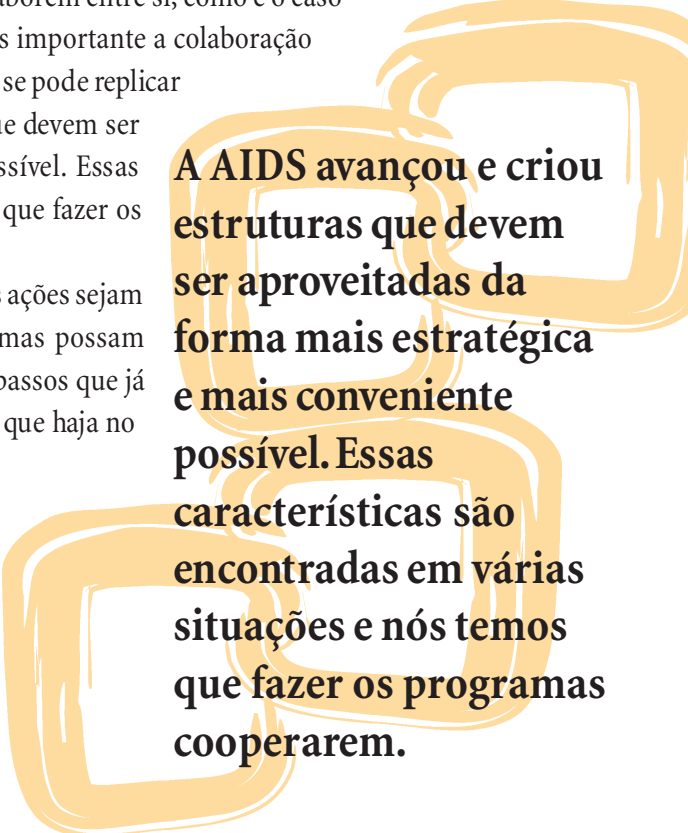
Reduzimos as infecções oportunistas na AIDS, mas a tuberculose tem sido a primeira infecção oportunista em causas de mortes nas pessoas com infecção por HIV. Essa questão foi importante porque, pelo fato de a dose ministrada no tratamento da tuberculose precisar ser supervisionada, houve uma revolução no atendimento, exigindo a presença freqüente e constante do paciente dentro da unidade de saúde. Tratar a tuberculose por seis meses com o paciente comparecendo na unidade de saúde apenas uma vez ao mês para pegar a medicação e dizer “oi” para o médico não desafiava aquele serviço e não trazia a perspectiva que gostaríamos de implementar, que é a questão da qualidade.

O DESAFIO DA INTEGRAÇÃO

Hoje, o grande benefício que temos visto nessa estratégia é exatamente a presença do usuário constantemente na unidade, o desafio que ele traz e as mudanças que acarreta. Sem dúvida nenhuma, trabalhar com esses outros setores gera muito atrito. Coisas que deveriam ser minimamente irmanadas, não são. Existem brigas pelo mercado, com especialistas pisando na seara de outros especialistas. Uma questão a ser trabalhada.

No planejamento estratégico, tentamos acertar mais e aprender com os erros e os acertos, utilizando-os para uma melhor implementação de outras experiências. No Rio de Janeiro, por exemplo, é importante que os programas estejam alinhados e colaborem entre si, como é o caso da tuberculose e do HIV/AIDS. Em outras regiões do País, é mais importante a colaboração entre a hanseníase e o HIV/AIDS. Vivemos em um país em que não se pode replicar grandes estruturas a todos. A AIDS avançou e criou estruturas que devem ser aproveitadas da forma mais estratégica e mais conveniente possível. Essas características são encontradas em várias situações e nós temos que fazer os programas cooperarem.

A tendência do programa brasileiro de DST/AIDS é que as ações sejam cada vez mais inclusivas e integradas, para que outros programas possam avançar mais rapidamente e não precisemos percorrer todos os passos que já percorremos com a AIDS. De acordo com a UNAIDS, é necessário que haja no mundo um investimento cinco vezes maior do que os recursos já alocados para o HIV/AIDS. Estima-se em US\$ 10,5 bilhões o montante necessário para a reversão desse quadro e há uma projeção de 68 milhões de mortos, mostrando que o que é hoje disponibilizado ainda não é muito. Precisa-se de investimentos capazes de abranger todos os setores envolvidos e as políticas que podem trabalhar a questão dos limites e das fronteiras dos diversos conhecimentos.



A AIDS avançou e criou estruturas que devem ser aproveitadas da forma mais estratégica e mais conveniente possível. Essas características são encontradas em várias situações e nós temos que fazer os programas cooperarem.

Há a necessidade de transcender o próprio setor de saúde na interdisciplinaridade. Mesmo se encarando o hospital como o setor saúde na sua essência, temos as questões de administração, da política do hospital, dos custos e todas as outras questões relacionadas a um dos negócios mais complexos que existem que é a administração de leitos.

Um ponto relacionado à pobreza na África Sub-Saariana e que merece atenção é o fato da migração interna no continente africano, onde os homens migram, devido à AIDS, para países menos afetados, fugindo de países onde a força de trabalho, o que move a educação, a saúde e a assistência social, se extinguiu por causa da epidemia. Esse é um círculo vicioso muito sério e é difícil não imaginar que ele também possa se estabelecer nos centros urbanos e nas áreas mais pobres do nosso país.

Há a necessidade de transcender o próprio setor de saúde na interdisciplinaridade. Mesmo se encarando o hospital como o setor saúde na sua essência, temos as questões de administração, da política do hospital, dos custos e todas as outras questões relacionadas a um dos negócios mais complexos que existem que é a administração de leitos. Tal administração compara-se com a hotelaria, um negócio extremamente complexo que vai desde a rouparia até o mais sofisticado caviar que deve estar estocado.

A expectativa é que para a Ásia haja um pouco mais de rapidez na resposta, uma vez que estamos falando de grandes economias e grandes setores produtivos bem diferentes da África. Na Ásia, será necessário negociar com questões relacionadas à Igreja e às religiões em geral. Teremos que trabalhar no limite e nas fronteiras de todos esses conhecimentos. Devemos perder, principalmente, a prepotência de achar que teremos uma boa abertura por causa da temática da AIDS. É importante saber que será necessário todo um poder de convencimento para que a AIDS seja incluída na agenda de prioridades do continente asiático.

Embora não haja motivos para comemoração, temos que recorrer a um certo otimismo, uma vez que a UNAIDS, as organizações mundiais e o cenário internacional reconhecem que o Brasil é o carro-chefe da política internacional da AIDS. Noventa por cento da epidemia está localizada no mundo em desenvolvimento. Só 270 mil pessoas têm acesso ao tratamento e, dessas, 170 mil estão no Brasil. Isso é muito significativo.

Nós já sabemos muito o que deve ser feito. A militância e a organização da sociedade civil são características da resposta do Brasil à AIDS. O médico que trabalha com a epidemia tem uma postura, um amor e uma paixão diferentes daquele profissional que faz o acompanhamento de outras doenças, o que contribui em muito para o sucesso do combate à epidemia.

Embora não haja motivos para comemoração, temos que recorrer a um certo otimismo, uma vez que a UNAIDS, as organizações mundiais e o cenário internacional reconhecem que o Brasil é o carro-chefe da política internacional da AIDS. Noventa por cento da epidemia está localizada no mundo em desenvolvimento. Só 270 mil pessoas têm acesso ao tratamento e, dessas, 170 mil estão no Brasil. Isso é muito significativo.

“Sou psiquiatra do serviço de psicologia médica. Trabalho no serviço de doenças infecciosas. Do ponto de vista do cotidiano, do exercício das profissões, acho que a interdisciplinaridade é muito difícil, e que, por vezes, inexistente. O que a gente pode refletir é que a interdisciplinaridade é um exercício e um aprendizado diário.

Se estabelecermos o paciente como o nosso objetivo, prestaremos atenção a todas as coisas em volta, ao colega, ao outro funcionário, ao material que está faltando. Se fizermos esse esforço, esses momentos de interdisciplinaridade serão importantes e darão resultado”.

Participante do seminário