

TRABALHADORES E RISCO¹: apontamentos sobre práticas de saúde

WORKERS AND RISK: notes on health practices

Débora Arruda Campos de Andrade Lima
Universidade Federal da Paraíba

Resumo

Este artigo aborda o cotidiano e as práticas de saúde de profissionais do Centro de Testagem e Aconselhamento da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa – PB. Nosso objetivo foi compreender como os trabalhadores de saúde lidam com a gestão das noções de risco e perigo frente às situações de trabalho com doenças estigmatizadas como Aids. A pesquisa de campo resultou numa etnografia da rotina e das dinâmicas do serviço. As informações revelaram que concepções de risco têm repercussões significativas nas formas de abordagens e práticas cotidianas desses trabalhadores de saúde. Foi possível observar que na tentativa de manipular os riscos a performance frente a clientela estava fundamentada no domínio do julgamento moral sobre o caráter do outro. Percebemos assim, que atuar num setor que demanda convívio com situações de vida ligadas aos comportamentos e moralidades individuais, provoca julgamentos e estratégias que são construídas diferentemente.

Palavras-chave: risco, CTA, trabalhadores de saúde, práticas em saúde

Abstract

This article discusses the life and practice of professional health testing and counseling center of the Municipal Health Secretariat of João Pessoa-PB. Our goal was to understand how health workers deal with the management of the notions of risk and danger front at work situations with stigmatized diseases like Aids. The field research resulted in the Ethnography of routine and the dynamics of the service. The information revealed that conceptions of risk have significant repercussions in the forms of everyday practices and approaches of health workers. It was possible to observe that in trying to handle the risks the performance front the clientele was grounded in the field of moral judgment about the character of the other. We realize that Act on a sector that demand with life situations related to individual behaviors and moralities, judgements and strategies that are built differently.

Keywords: risk, CTA, health workers, health practices

1 Este artigo apresenta algumas reflexões presentes em minha monografia final de curso intitulada Etnografia do Serviço de Saúde: uma análise antropológica do cotidiano e das práticas de saúde Centro de Testagem e Aconselhamento de João Pessoa – PB (2011).

Introdução: ou sobre correr riscos

Atualmente muito se tem falado da multidisciplinaridade por meio da qual a temática do risco vem sendo abordada. É consenso entre autores de diversas áreas do conhecimento científico que estudos e abordagens sobre os “repertórios” (Spink, 2001) da categoria denominada risco não são um tema que se limita a nenhuma disciplina específica.

Risco é uma categoria que alude probabilidades de acontecimentos que passam a compor, influenciar e, até, restringir comportamentos de determinado grupo, no que diz respeito aos eventos, processos e relações sociais. Tal noção é construída e compartilhada através de valores e significados que revelam a carga simbólica das crenças e tabus de diferentes culturas (Douglas, 1991; Neves, 2008).

Para as Ciências Sociais hodiernas, a referida categoria está no centro das reflexões sobre construções e reproduções das teorias sociais modernas. Esse campo de conhecimento se contrapõe, de maneira enfática, às referências trazidas pelas ciências exatas e da saúde, visto que, em ambas, as abordagens referem-se às análises matemáticas e técnicas das probabilidades dos riscos (Giuvant, 1998).

De acordo com Beck (1997, p. 20), nas sociedades modernas “[...] os riscos são infinitamente reprodutíveis, pois se reproduzem juntamente com as decisões e os pontos de vista com que cada um pode e deve avaliar as decisões na sociedade pluralista”. Isso satisfaz a noção de que os indivíduos se encontram em uma fase na qual a autorreflexão possibilita o reconhecimento da “imprevisibilidade das ameaças”, decorrente, dentre outras coisas, de um período em que quanto mais se tem a intenção de delimitar possibilidades, menos se tem controle sobre elas.

Nesse sentido, fala-se da ‘imposição do inesperado’ na vida social, seja no campo das relações afetivo-sexuais e familiares, como também no âmbito das relações profissionais. Essa perspectiva se fundamenta na ideia de que a relação com o **outro** é sempre um empreendimento considerado arriscado, um evento que sugere possibilidades – tendo em vista que as incertezas da modernidade passam a influenciar o reconhecimento de significados coletivos (Neves, 2008).

Essas incertezas presentes nas interações contemporâneas têm potencial para produzir medos e inseguranças, que passam a limitar e até mesmo regular os comportamentos e as práticas cotidianas. Isso decorre das particularidades que compõem os fenômenos de uma época, na qual situações ditas perigosas ou de risco se fazem presentes e são utilizadas para racionalizar todos os domínios da vida social (Giddens, 1997); elas remetem à noção de ‘inesperado’ de uma forma quase exclusivamente negativa.

Por sua vez, considerando que muito recentemente as Ciências Sociais têm tomado a esfera do **trabalho** como um campo de conhecimento perpassado por novas possibilidades de investigação – capaz de nos conduzir à assimilação de novas práticas sociais (Sorj, 2000) –, as inquietações em torno da presente temática despontaram do interesse em investigar

como a noção de risco é percebida e gerida entre trabalhadores, que lidam com situações de trabalho que envolvem práticas de saúde, diante de doenças estigmatizadas como as DST/Aids. Enfatiza-se, desta forma, como estes profissionais constroem o domínio da experiência e do convívio em um setor que demanda procedimentos que podem levar à contaminação pelo vírus HIV, bem como o modo pelo qual se relacionam com seus pacientes.

Acreditamos que, para os estudos sócio-antropológicos, o que é singular e significativo na compreensão do que é considerado arriscado, em um determinado cenário sociocultural, é a capacidade de coerção e de regulagem da vida que tal categoria apresenta. Essa é uma área de estudo e de pesquisa que possibilita o entendimento sobre como os trabalhadores da saúde desenvolvem as estratégias de gestão dos riscos e como classificam as situações consideradas arriscadas ou perigosas – procurando perceber se tais fatores influenciam de maneira direta no tipo e na qualidade dos serviços prestados.

O interesse em abordar essa temática surgiu de algumas particularidades observadas durante uma pesquisa realizada no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), localizado no município de João Pessoa (PB)². No dia-a-dia, ao acompanhar a rotina do serviço, tivemos a possibilidade de perceber que os profissionais do serviço possuíam modalidades de estratégias individuais na manipulação dos riscos e, principalmente, classificações bem particulares das situações que apresentam estes fatores. Tais acontecimentos geraram inquietações acerca de quais as situações consideradas arriscadas no serviço; que tipo de circunstâncias apresenta riscos; e quais as abordagens utilizadas quando se sentem em perigo – levando em consideração, obviamente, as diferentes funções desempenhadas pelos profissionais.

Os CTA, anteriormente denominados Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), são serviços de atendimento que pertencem à rede pública de saúde e que vêm sendo desenvolvidos pela Coordenação Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, desde o final dos anos 1980. Este serviço está pautado pelos princípios da gratuidade, voluntariedade, confidencialidade, equidade, sigilo e acessibilidade, tendo como atividade central a prática do aconselhamento (Ministério da Saúde, 1999). Atualmente, existem mais de quatrocentas redes de CTA distribuídas nos principais centros do território nacional, caracterizando-se como uma política de saúde que visa ampliar o acesso universal da população brasileira aos diagnósticos em DST, principalmente para segmentos mais vulneráveis da população (Ministério da Saúde, 2010).

É preciso dizer que, no contexto das práticas de saúde, no Brasil, muitas são as políticas de controle em relação à redução dos riscos de contaminação pelo HIV, porém pouca ênfase é dada às construções sociais que influenciam a manipulação dos riscos entre os trabalhadores da saúde. Isto é relevante na medida em que dimensionar as distintas abordagens desses profissionais pode levar ao conhecimento do que esse grupo considera arriscado na profissão e como isso pode influenciar na qualidade do serviço prestado.

2 A este respeito ver (Lima, 2011).

Em outras palavras, as políticas de redução dos riscos, no Brasil, não levam em consideração que as situações de trabalho de alguns profissionais da saúde envolvem relações sociais, de modo que, em diversos sentidos, os valores e aspectos de ordem privada dos envolvidos também se fazem presentes. Isto se torna pertinente, pois não há como prever estritamente, por meio de diretrizes, quais tipos de abordagens devem ser realizadas nas situações específicas; entretanto, desvendar como os trabalhadores desenvolvem a gestão dos riscos pode levar ao conhecimento dos fatores que se fazem presentes no momento dos atendimentos desses profissionais – uma vez que

[...] os riscos representados pela epidemia da Aids foram moralizados e politizados, à semelhança de tantos outros perigos já experimentados pela humanidade; que a percepção de risco ao HIV/Aids esteve (e está) articulada aos simbolismos próprios da cultura ocidental sobre contágio, doenças transmitidas pelo sexo, sangue, esperma, saliva, morte (Jeólas, 2010, p. 12).

Essa afirmativa corrobora e serve de argumento para a ideia de que as percepções dos indivíduos referentes ao HIV/Aids são marcadas pelas representações e valores morais dos diferentes grupos sociais aos quais pertencem. Por outro lado, não se pode ignorar a perspectiva de que os trabalhadores da saúde têm lugar privilegiado no que diz respeito às informações relativas aos riscos da doença, o que de certa forma gera uma sensação de ‘imunidade’ desses em relação às suas práticas profissionais, conforme sugere o estudo de Andrade e Tanaka (2002) em relação às representações dos profissionais da saúde referentes ao HIV/Aids.

Desse modo, para fins da presente discussão, levaremos em conta as concepções trazidas pelas Ciências Sociais, tendo em vista que elas fornecem elementos para entender o processo de construção e intervenção na atenção à saúde sob a perspectiva do risco; e aquelas provenientes da Biomedicina, na qual a ideia de risco tem sido lançada pelo discurso epidemiológico. Esta última, de maneira bastante enfática, fornece determinadas definições sobre as doenças e seus riscos, que passam a compor a percepção dos trabalhadores da saúde.

Por tudo isso, tentamos fazer aqui uma breve sinalização de como a temática do risco, correlacionada às práticas dos trabalhadores, surgiu e se tornou reveladora de como os trabalhadores da saúde lidam cotidianamente com possíveis riscos implicados nas práticas de trabalho, em um setor que demanda convívio com aspectos ligados aos comportamentos e moralidades individuais. Procuramos enfatizar, com isso, a necessidade de estudos dessa natureza, bem como a importância de refletir e tentar compreender se tais questões interferem ou influenciam de alguma forma na qualidade e nos tipos de atenção destinadas aos usuários dos serviços.

O risco estimado

A necessidade imprescindível de problematizar e discutir questões relacionadas às definições e classificações dos riscos nas práticas de saúde da modernidade encontra-se profundamente vinculada aos conhecimentos disponibilizados pela epidemiologia. Considera-se também, segundo Herzlich e Pierret (2005), que tais preocupações tornaram-se a ordem do dia a partir do advento da epidemia de Aids como **fenômeno social** que, vista como uma **doença-cataclismo**, foi a responsável por introduzir, na cultura do senso comum, as designações ‘fatores de risco’ e ‘grupos de risco’, utilizados pela epidemiologia para dimensionar os riscos de contaminação. Faz-se necessário, também, enfatizar que, de acordo com estas autoras, os conhecimentos produzidos pela epidemiologia chegaram ao senso comum por meio da epidemia de Aids.

Acreditamos que essas considerações contribuem para que as construções sociais sobre a referida doença incidam significativamente na interpretação das possibilidades dos riscos de contaminação, na medida em que tais termos atuam como categorias de classificação dos indivíduos, em termos biomédicos (contaminação pelo vírus) e em termos da moralidade da doença. Fenômeno relevante, pois, como se sabe, as abordagens das Ciências Sociais sobre as noções de risco não o consideram apenas em função da ideia de probabilidade de acontecimento ou em função de seus aspectos normativos, com o intuito de prevenir situações – como faz o discurso epidemiológico –, mas o consideram também em alusão às percepções coletivas, que admitem significados e sentidos diferentes balizados por valores culturais. Em outras palavras, partimos do pressuposto de que as concepções trazidas pelas Ciências Sociais fornecem elementos para entender o processo de construção e intervenção na atenção à saúde sob a perspectiva de que as concepções sobre risco estão ligadas a fatores socioculturais.

Um elemento que contribui para tais considerações é o fato de que a literatura biomédica assinala que os riscos de transmissão do HIV de pacientes para trabalhadores da saúde são baixíssimos e muito raros; principalmente quando comparadas as potencialidades existentes de contaminação pelas hepatites. Entretanto, o que está em jogo, como aponta Discacciati e Vilaça (2001, s/p, grifo do autor), é que “[...] a história da *Aids* extrapola as fronteiras da ciência médica, expõe as fraquezas humanas e os conflitos morais e se reflete no profissional enquanto indivíduo”. Isto nos faz supor que não são os riscos de contaminação ou probabilidades de ‘ser infectado’ que estão em jogo nas relações sociais envolvendo os chamados usuários e os trabalhadores da saúde, mas um conjunto de valores e crenças que norteiam os julgamentos morais sobre o outro – o usuário.

Grosso modo, o que está em pauta nas práticas cotidianas desses trabalhadores não é apenas as estimativas concretas de contaminação por acidentes de trabalho, mas, principalmente, os significados e as crenças que se fazem presentes no momento do procedimento a ser adotado junto ao usuário – procedimento influenciado tanto pelas

representações sociais quanto pelas percepções de cada um. Não estamos querendo afirmar que as percepções de risco não tenham uma dimensão técnica, mas sim que, no dia-a-dia, os trabalhadores da saúde acionam uma classificação moral estereotipada e defensiva em relação aos usuários do serviço, como meio para desenvolver estratégias de manipulação dos riscos.

Um exemplo da adoção de estratégias fundadas na dimensão técnica da avaliação dos riscos formaliza-se na ‘escolha’ dos equipamentos para a realização dos procedimentos técnicos, como é o caso da preferência por determinados instrumentos na realização dos testes rápidos³ e nas coletas de sangue. Com efeito, os relatos dos informantes sinalizaram a preferência por utilizar materiais de determinados fabricantes, apresentando como justificativa a ideia de que este ou aquele é ‘mais seguro’ e/ou mais fácil de manusear. Entre os acontecimentos que chamaram a atenção está o fato de que alguns profissionais guardavam para si unidades daqueles equipamentos que lhes davam mais segurança e que gostavam de manejar, sob o argumento de que se o estoque do produto acabasse ainda continuariam utilizando-o até a chegada da próxima remessa – sem mencionar que estas escolhas também se estabeleciam no campo da classificação social estereotipada do usuário que estivesse a sua frente, conforme esboçarei mais adiante.

Por outro lado, ao perguntar a um trabalhador da saúde sobre os possíveis riscos de suas práticas eles responderão que são poucos ou baixos – ideia esta que também foi encontrada entre os informantes do presente estudo. Por sua vez, as informações indicam que alegar o contrário ou se referir a sentimentos de medo põe em xeque a autoridade e o desempenho profissional do trabalhador; sem falar na sensação de imunidade que tais profissionais desenvolvem em decorrência, segundo afirmam, dos conhecimentos adquiridos sobre a doença, pelos anos de prática da saúde e pela utilização de equipamentos considerados de biosegurança.

Em relação a este último aspecto, é preciso enfatizar que, com surgimento da epidemia de Aids, as normatizações da Biomedicina passaram a determinar que todos os procedimentos que se relacionem com os cuidados à saúde/doença devem ser regulados por medidas universais de biosegurança⁴, de modo que haja um nivelamento, em todas as práticas, a partir do pressuposto de que todos os indivíduos estão potencialmente infectados.

Contudo, algumas observações realizadas no trabalho de campo revelam que, no 3 Segundo informantes, o teste rápido é um exame de caráter diagnóstico adotado em situações de confirmação de soropositividade ou em situações de urgência diagnóstica. No entanto, existem muitas controvérsias acerca da autoridade e do treinamento do profissional responsável por manuseá-lo, embora isso não seja relatado ao ‘usuário’ que o solicita.

4 No contexto biomédico, a biossegurança se refere ao conjunto de medidas que devem ser adotadas por cada profissional de saúde nas suas práticas em serviço, e que dizem respeito ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual/EPI (luvas, máscaras, óculos etc.) e também aos equipamentos para intervenção junto ao usuário, como seringas.

cotidiano, mudanças significativas acontecem quando se tem o conhecimento prévio da condição sorológica do usuário. Da mesma forma, pode-se dizer que persiste uma classificação social perante o outro-usuário; assim, age-se diferentemente quando o usuário deixa entrever que pode ser incluído entre os integrantes dos grupos de risco. Logo, diante de uma pessoa que ‘apresente’ algum indício de pertencimento àqueles grupos, utiliza-se o equipamento mais ‘seguro’, já diante dos usuários cuja *performance*/aparência não revele proximidade com estes grupos, o manejo dos equipamentos é diferente, podendo-se dispensar a utilização de luvas na realização da coleta de sangue, por exemplo. Em relação a isto, Greco e Neves (1993) afirmam que os sentimentos de medo e ansiedade relacionados à Aids tornaram-se tão epidêmicos quanto a própria doença, acrescentamos que isso se aplica também aos profissionais da saúde, como agentes que circulam em domínios valorativos diferentes do grupo de pertencimento e do grupo profissional.

Na verdade, fala-se de uma **distinção categorizante na relação com os pacientes** (Morin, 2000, p. 75); de modo que a percepção do perigo faz com que a prática ou o manejo dos cuidados sejam modificados – variando de acordo com a ‘proximidade’ da doença. Cumpre frisar que estas tendências são altamente contraditórias às necessárias “precauções universais” das práticas de saúde decorrentes, dentre outros aspectos, da vivência em uma época marcada por um fenômeno que é considerado como “um risco global que pesa sobre toda a coletividade, questionando nossos modos de vida e valores” (Herzlich; Pierret, 2005, p. 72).

Por sua vez, Mendes (2002, p. 58) afirma que “[...] o discurso do risco tornou-se uma estratégia política e uma forma dialética de negociar entre os perigos públicos e os medos privados”. Assim, “[...] os discursos da saúde pública e da promoção da saúde introduziram um novo significado moral sobre o risco” (Mendes, 2002, p. 60), passando a oferecer diferentes funções políticas.

Nesse sentido, tem-se que os discursos sobre risco invadiram tanto a vida pública quanto a vida privada dos indivíduos – consideradas as tentativas da epidemiologia de tentar controlar os comportamentos dos indivíduos como artifício para realizar uma gestão dos riscos. O que é problemático, neste campo do conhecimento científico, é o fato de que ele não considera que os trabalhadores da saúde, na condição de *expertises* ou indivíduos em geral, possam fazer uso seletivo de informações quanto às formas de gestão dos riscos, como observado por Schuch (1998) em seu estudo com estudantes universitários em relação à prevenção da Aids.

Esta perspectiva correlaciona-se com a afirmativa de Neves de que “[...] as formas de gerenciar os riscos, na vida pessoal, estão relacionadas, em geral, com certa *relativização* do discurso especializado, em razão de que outros aspectos sociais são considerados nas relações cotidianas” (Neves, 2008, p. 170, grifo do autor). Com efeito, queremos enfatizar que “cabe aos indivíduos a ritualização cotidiana de escolha e controle dos riscos” (Neves, 2008, p. 55), e que o fato de trabalhadores da saúde serem agentes que

detém o conhecimento especializado sobre os riscos das suas práticas não impede que eles desenvolvam, no dia-a-dia dos serviços de saúde, estratégias para classificar situações consideradas perigosas ou arriscadas a partir de julgamentos sobre o Outro. Logo, acreditamos que, na tentativa de manipular os riscos, a *performance* frente aos usuários do serviço está fundada no domínio do julgamento moral sobre o caráter do outro (Lima, 2011).

Portanto, de estimado o risco se torna concreto, quando se escuta as histórias dramáticas de vida dos ‘usuários’, que envolvem estupros, dificuldades de aceitação da orientação sexual, acidentes de trabalho, ansiedades e medos dos preconceitos e estigmas sociais, do abandono ou da falta de apoio por parte da família e ou da rede social, e assim por diante.

Notas sobre práticas em saúde

Nesses contextos, é válido ressaltar que a noção de risco, como categoria abstrata construída por grupos sociais, está associada ao fato de que “[...] cada cultura tem seus riscos e problemas específicos” (Douglas, 1991, p. 91). Assim, os trabalhadores da saúde, diante de saberes e normas regulatórias, estabelecem problemas e riscos que devem tomar como prioridades. No entanto, esses elementos são apropriados e utilizados nos contextos de interação inerentes às relações dos profissionais com os usuários, quando são também mobilizados outros elementos advindos da experiência em serviço e da história pessoal.

Considerando que a categoria do risco é derivada da ideia de perigo e que emerge a partir do enfoque crescente dado à racionalidade, enquanto valor social; ela passa a ser mobilizada por um conjunto de disposições que objetivam interpretar as práticas sociais cotidianas (Neves, 2008, p. 31). Isto se torna relevante à medida que as teorias sociais ponderam que as determinações feitas pela epidemiologia sobre riscos têm a intenção de servir como ‘moldes’ para direcionar as ações das pessoas.

No entanto, no cotidiano dos serviços de saúde, outros elementos são utilizados pelos trabalhadores para avaliar as diferentes situações que enfrentam. Por exemplo, os profissionais do setor de Aconselhamento são unânimes ao afirmar que o desempenho de suas funções não representa riscos. Todavia, ponderam que “[mas] também a gente não sabe quem vai entrar pela porta [...] não se tem como saber a reação do Outro” (informante 1). A afirmativa deixa entrever que a existência de riscos não está ligada às questões normativas, mas ao processo de interação com o ‘outro’ e suas reações. É preciso informar que as sessões de aconselhamento são realizadas com cada usuário, individualmente, em sala reservada, e, como afirmado, os profissionais deparam-se recorrentemente com variadas histórias de vida, na maioria das vezes lidando com as angústias dos usuários. Em tais circunstâncias, esses trabalhadores da saúde desenvolvem estratégias de enfrentamento das diferentes situações, que variam de acordo com as classificações que fazem de quem está à sua frente.

Algumas iniciativas observadas foram significativas e sugerem como os trabalhadores enfrentam os riscos cotidianos e como as medidas simples, relacionadas às atitudes que adotam, podem fazer diferença na qualidade do atendimento e na interação com o Outro. Entre os relatos das iniciativas e estratégias dos trabalhadores, encontram-se: “despisto e tento fazer um atendimento rápido” (Informante 1); “dou um jeito de deixar a porta aberta” (informante 2); “procuro contornar possíveis situações [...] é só demonstrar não ter medo que dá tudo certo” (informante 3); “eu não gosto e não faço teste-rápido, dou um jeito de encaminhar para outra colega que esteja atendendo” (informante 4); “eu prefiro fazer pré-aconselhamento porque o clima é menos pesado” (informante 5).

Assim, o setor de Aconselhamento é reconhecido como a etapa mais delicada e ‘arriscada’ do serviço, uma vez que é perpassada pela interação e o diálogo com o Outro. Em razão disto, diferentemente deste setor, os profissionais que atuam na coleta de sangue para a realização de exames alegam que “não tem medo de algum usuário apresentar alguma reação”, tendo em vista que “o usuário quando vem pra cá, ele já vem do aconselhamento, então ele já sabe do que se trata” (informante 6). Neste sentido, aquele que ultrapassa o umbral da chamada ‘sala de coleta’ passou pelo ‘choque’ inicial e reconhece a necessidade da realização dos procedimentos técnicos que serão aplicados; em tese, admitiu para si mesmo o imperativo da realização de exames, seja para confirmar uma suspeita seja para dela se libertar.

Quanto aos profissionais que atuam no laboratório, examinando as ‘amostras’ vindas da sala de coleta, consideram que o trabalho e os cuidados de biossegurança necessários no CTA são iguais aos de qualquer outro laboratório. Para um informante, quanto ao seu lugar de trabalho, “os riscos num laboratório são os mesmos em todo lugar, pois sempre estamos trabalhando com sangue. O fator determinante é a atenção” (informante 7). Desta forma, podemos observar que, no laboratório, o risco está associado exclusivamente ao exercício de sua função, pois, diferentemente dos outros setores, não há qualquer processo de interação do profissional com o usuário. Em outras palavras, os riscos para os trabalhadores do laboratório dependem das suas capacidades na realização das tarefas, sendo o cuidado na manipulação do sangue – “trabalho com sangue” – o aspecto condicionante do risco.

Assim, algumas diferenças nas situações arriscadas vividas na unidade de saúde são reveladas pelo informante do laboratório, quando afirma que “os profissionais que estão na coleta” vivem situações mais complicadas, uma vez que não dependem apenas de seu desempenho. Para o informante, “o risco está em todo canto; mas lá na frente se trabalha com materiais perfuro-cortantes e com pessoas. Ninguém sabe quem vem doar [coletar]” (informante 7). Nesta perspectiva, os riscos estão associados, por um lado, aos ‘materiais’ e ao seu caráter de perfurante ou à capacidade de contaminar pela ruptura da integridade do trabalhador, e, por outro, a lidar com pessoas – reflexão que permite balizar que o risco tem uma dupla dimensão: a da técnica e a das relações sociais (Lima, 2011). De modo que, para a primeira dimensão, relacionada à técnica, correr risco depende tão somente da

competência profissional para a realização do procedimento e, na segunda dimensão, a das relações sociais, depende das contingências da interação, basicamente, depende da relação com o usuário, fato que leva a pensar que lidar com o outro é sempre um acontecimento arriscado, um evento que sugere inúmeras possibilidades (Neves, 2008).

Embora outros setores indicassem a utilização de estratégias para essa convivência com o risco, os setores do Aconselhamento, da “coleta de sangue” e do laboratório foram os que nos revelaram mais inquietações com relação à manipulação dos riscos pelos trabalhadores da saúde. Isto porque foi possível visualizarmos claramente distintas percepções sobre práticas de saúde e riscos, a partir do enfoque nas responsabilidades de cada profissional.

Ante o exposto, cabe ressaltar que o elemento revelador das preocupações dos trabalhadores consiste na insegurança quanto às reações dos usuários; por sua vez, conforme afirmado anteriormente, o setor do Aconselhamento, apesar de utilizar técnicas de conversação no seu cotidiano, desponta como o lugar em que se corre maior risco. Tal tendência se fundamenta na ‘incerteza’ sobre o outro e suas atitudes, podendo estar em jogo preconceitos e angústias pessoais ou a suspeita sobre o caráter moral do outro.

Assim sendo, podemos dizer que as práticas de saúde são reveladoras da natureza físico-moral, como diz Duarte (1986), atribuída a doenças como a Aids. De modo que, mesmo diante do conhecimento biomédico adquirido, as atitudes dos trabalhadores apontam para elementos de uma classificação ainda vinculada às representações sociais, atreladas aos chamados grupos de risco relacionados à epidemia da Aids, nos anos iniciais da descoberta da doença e da pesquisa epidemiológica.

Considerações finais

O trabalho de campo demonstrou que a experiência com o risco é construída cotidianamente, nos serviços de saúde, em particular nas relações com os usuários. Esta experiência tem repercussões significativas nas formas de abordagem e nas práticas que são adotadas pelos trabalhadores que lidam com o adoecimento, como no caso das DST/Aids, envolvendo discursos, práticas e manejos de procedimentos para fazer frente ao que consideram arriscado.

É pertinente dizer que, nesse contexto, os parâmetros ou critérios utilizados para a definição do risco são orientados por valores que extrapolam o domínio das técnicas e das tecnologias em saúde. Eles estão ancorados em concepções oriundas dos grupos de pertencimento destes profissionais e das suas experiências cotidianas, assumindo uma dimensão moral, porém relativizada, quando se trata de exercer o cuidado sobre o outro.

Consideramos que a carga simbólica presente nas crenças, tabus e valores morais interfere sobre práticas de saúde, concretizando-se em modalidades de interação, em estratégias de estar diante do outro e em equipamentos utilizados para os procedimentos

técnicos. Mas, está associada também às histórias de vida dos usuários e ao conhecimento de suas práticas sociais e sexuais.

Tais experiências, no entanto, não embotam a sensibilidade e a motivação dos profissionais na atenção à saúde e na garantia da excelência dos princípios definidos pelo Ministério da Saúde. E, de maneira geral, o CTA está organizado de maneira a possibilitar um atendimento diferenciado e resolutivo em relação às necessidades de seus usuários, em conformidade com o objetivo desta rede de serviço especializado que é procurar promover a atenção integral à saúde, adaptada a realidade situacional de seus usuários.

Com efeito, consideramos que o que está em pauta nas práticas cotidianas desses trabalhadores não é apenas as diretrizes organizacionais definidas pelo Ministério da Saúde, mas, principalmente, os significados e as crenças que se fazem presentes na hora da realização das suas práticas – influenciadas tanto pelas representações sociais como pelas percepções de cada um. Posto que, conforme observado, atuar em um setor que demanda convívio com situações de vida ligadas ao HIV/Aids provoca tensões que são vivenciadas diferentemente, em razão da estigmatização destinada a esta doença desde o seu surgimento.

Ademais, não poderia deixar de mencionar, a título de consideração, a importância de termos participado de uma experiência de pesquisa dessa grandeza, uma vez que tal contexto foi fundamental para o exercício reflexivo relacionado a temas dessa ordem, tanto no que diz respeito à plasticidade necessária que os objetivos iniciais de uma pesquisa devem apresentar no decorrer da investigação, como no que se refere ao imperativo de compreender como os indivíduos administram o cotidiano para o entendimento das relações sociais contemporâneas.

Para finalizar, conforme afirmado anteriormente, consideramos que as concepções trazidas pelas Ciências Sociais forneceram os elementos para entender que o processo de construção e intervenção na atenção à saúde, sob a perspectiva das concepções sobre risco, está ligado e é influenciado também por fatores socioculturais. Assim sendo, por tudo que foi exposto, acreditamos que, para o presente estudo, a interdisciplinaridade entre os estudos sócio-antropológicos e a biomedicina foi significativa e esclarecedora para o empreendimento de tentar compreender e problematizar as experiências cotidianas de trabalhadores em um serviço de atenção à saúde.

Referências

ANDRADE, Sônia; TANAKA, Oswaldo. O saber e a prevenção no trabalho e na vida: representações de profissionais de saúde que trabalham com HIV/Aids. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 22, n. 2, 2002, p. 60-69. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932002000200008&script=sci_arttext> Acesso em: 20 set. 2012

BECK, Ulrich. A reinvenção da política: rumo a uma teoria da modernização reflexiva. In: BECK, Ulrich; GIDDENS, Anthony; Lash, Scott. (orgs). *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. Trad. Magda Lopes. São Paulo: Editora da Unesp, 1997. p. 11-68.

- DISCACCIATI, José Augusto; VILAÇA, Ênio Lacerda. Atendimento odontológico ao portador do HIV: medo, preconceito e ética profissional. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 9, n. 4, 2001, p. 234-239. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001000400005> Acesso em: 20 set. 2012
- DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**. Ensaio sobre as noções de Poluição e Tabu. Trad. Sônia Pereira da Silva. Lisboa: Edições 70, 1991.
- DUARTE, L. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro/Brasília: Jorge Zahar/CNPq, 1986.
- GIDDENS, Anthony. A vida em uma sociedade Pós-Tradiconal. In: BECK, Ulrich; GIDDENS, Anthony; LASH, Scott. (orgs). **Modernização Reflexiva**: política, tradição e estética na ordem social moderna. Trad. Magda Lopes. São Paulo: Editora da Unesp, 1997. p. 73-134.
- GRECO, Dirceu B.; NEVES, Mosar de C. O Profissional de Saúde Infectado pelo HIV - Direitos e Deveres. **Revista Bioética**, Belo Horizonte, v.1, n. 1, 1993, s/p. Disponível em: <http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/476/293> Acesso em: 20 set. 2012
- GUIVANT, Julia. A trajetória das análises de risco: da periferia ao centro da Teoria Social. **Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais – BIB**, Rio de Janeiro, n. 46, 2. semestre de 1998, p. 3-38. Disponível em: <<http://www.iris.ufsc.br/pdf/trajetoriasdasanalisesderisco.pdf>> Acesso em: 20 set. 2012
- HERZLICH, Claudine; PIERRET, Janine. Uma doença no espaço público: a AIDS em seis jornais franceses. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, 2005, p. 7-35. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a05.pdf>> Acesso em: 20 set. 2012
- JEÓLAS, Leila S. O Diálogo interdisciplinar na abordagem dos riscos: limites e possibilidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 1, 2010, p. 9-21. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n1/02.pdf>> Acesso em: 20 set. 2012
- LIMA, Débora Arruda Campos de A. **Etnografia do serviço de saúde**: uma análise antropológica do Centro de Testagem e Aconselhamento de João Pessoa. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Sociais) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.
- MENDES, Felismina. Risco: um conceito do passado que colonizou o presente. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 20, n. 2, jul./dez. 2002, p. 53-62. Disponível em: <http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/2-05-2002.pdf> Acesso em: 20 set. 2012
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)**. Manual. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- MORIN, Michel. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Seminário de cooperação Brasil/França**: Profissionais de saúde frente ao manejo da infecção pelo HIV: aspectos psicossociais e técnicos. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/073_1Brasil_Franca.pdf> Acesso em: 20 set. 2012
- NEVES, Ednalva Maciel. **Antropologia e ciência**: uma etnografia do fazer científico na era do risco. São Luís: EDUFMA, 2008.
- SCHUCH, Patrice. Aids e sexualidade entre universitários solteiros de Porto Alegre: um estudo antropológico. In: DUARTE, Luiz Fernando D.; LEAL, Ondina F. (orgs). **Doença, sofrimento, perturbação**: perspectivas etnográficas.

Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SORJ, Bila. Sociologia e trabalho: mutações, encontros e desencontros. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 15, n. 43, jun. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v15n43/002.pdf>> Acesso em: 20 set. 2012

SPINK, Mary Jane P. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. **Cadernos Saúde Pública**, v. 17, n. 6, nov./dez. 2001, p. 1277-1311. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2001000600002&script=sci_arttext> Acesso em: 20 set. 2012

Recebido em 20/07/2012

Aprovado em 20/08/2012

