



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA - PPGS

DÉBORA ARRUDA CAMPOS DE ANDRADE LIMA

PRÁTICAS DE SAÚDE E RISCO:
Estudo sociológico sobre o trabalho de profissionais de um complexo
hospitalar de João Pessoa - PB

JOÃO PESSOA - PB

2014

DÉBORA ARRUDA CAMPOS DE ANDRADE LIMA

PRÁTICAS DE SAÚDE E RISCO:

**Estudo sociológico sobre o trabalho de profissionais de um complexo
hospitalar de João Pessoa – PB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ednalva Maciel Neves

JOÃO PESSOA – PB

2014

L732p Lima, Débora Arruda Campos de Andrade.

Práticas de saúde e risco: estudo sociológico sobre o trabalho de profissionais de um complexo hospitalar de João Pessoa-PB / Débora Arruda Campos de Andrade Lima.- João Pessoa, 2014.

115f.

Orientadora: Ednalva Maciel Neves

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHL

1. Etnografia. 2. HIV/Aids - atendimento. 3. Trabalhos em saúde. 4. Percepção de risco.

UFPB/BC

CDU: 39(043)

DÉBORA ARRUDA CAMPOS DE ANDRADE LIMA

PRÁTICAS DE SAÚDE E RISCO:

**Estudo sociológico sobre o trabalho de profissionais de um complexo hospitalar de
João Pessoa - PB**

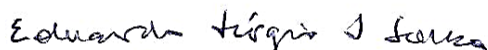
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ednalva Maciel Neves

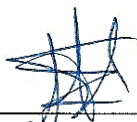
Aprovada em: 03 de maio de 2014

Conceito: APROVADO

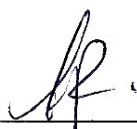
BANCA EXAMINADORA:



Prof.^a Dr.^a Ednalva Maciel Neves
(Presidente/Orientadora – Programa de Pós-Graduação em Sociologia/UFPB)
(Representada pelo Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa/UFPB)



Prof.^a Dr.^a Luziana Marques Fonseca da Silva
(Departamento de Ciências Sociais/CCAUE/UFPB)
(Membro Externo)



Prof. Dr. Artur Fragoso de Albuquerque Perrusi
(Programa de Pós-Graduação em Sociologia/UFPB - CFCH/ UFPE)
(Membro Interno)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente e, em especial, à minha querida orientadora **Ednalva Maciel Neves**, pela confiança mais uma vez depositada em mim neste momento tão importante de trajetória acadêmica. Aprendi com ela, nesses seis anos de convivência e amizade, a sempre buscar o meu melhor e a ter entusiasmo e dedicação na arte de pesquisar e na arte da vida.

Aos professores do **PPGS** que fizeram parte dessa etapa profissional, e contribuíram para que eu sentisse interesse em me aproximar e me aprofundar mais na sociologia. A coordenação do PPGS e a secretaria pelo auxílio sempre eficaz em relações as questões burocráticas.

Meus sinceros agradecimentos aos professores **Artur Perrusi** e **Luziana Silva**, por aceitarem o convite para participar da banca.

Agradeço também a **Mônica Franch**, pelas contribuições e por compartilhar seus inestimáveis conhecimentos com sugestões pertinentes e provocadoras em mais uma importante etapa de minha vida acadêmica.

A CAPES pelos dois anos de bolsa recebida.

As minhas amigas e companheiras de turma do mestrado, com quem compartilhei tantos risos e ansiedades, contribuíram para que eu me sentisse mais socióloga. Obrigada também as minhas amigas antropólogas por nossas afinidades pessoais e, principalmente, acadêmicas.

A toda minha família pelo apoio e incentivo, sobretudo a minha mãe, **Lenilda**, e ao meu noivo, **Harley**, pelas cobranças e por sempre acreditarem que no final tudo daria certo. É com amor e reconhecimento que finalizo esta etapa pensando em vocês.

Minha imensa gratidão a toda equipe de profissionais do Complexo Hospital de Doenças Infectocontagiosas Clementino Fraga de João Pessoa. Especialmente ao Anjo, Flor e os profissionais do laboratório – sem os quais não teria conseguido dar sentido e concluir minha pesquisa.

RESUMO

Esta dissertação aborda o cotidiano e as práticas de saúde de profissionais do Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga da cidade de João Pessoa – PB. Teve como objetivo desvendar: quais os serviços de saúde oferecidos por esta instituição; como os profissionais da saúde lidam com a gestão dos riscos frente às situações de trabalho com doenças estigmatizadas como Aids; analisar os tipos de interações entre profissionais/profissionais e profissionais/usuários buscando compreender como a noção do risco se aplica nessas relações e, como os profissionais da saúde constroem o domínio da experiência e convívio numa instituição que demanda procedimentos que podem levar a contaminação pelo vírus HIV. A pesquisa de campo resultou numa etnografia da rotina e das dinâmicas do serviço realizada a partir de uma prolongada investigação sobre processos ligados aos atendimentos aos usuários com HIV/Aids no setor ambulatorial. No trabalho de campo foi possível observar o itinerário terapêutico dos usuários portadores do vírus HIV dentro da instituição, assim como as percepções de riscos dos profissionais em relação ao seu trabalho. As informações revelaram que há certa diluição da percepção de risco quando a instituição e os atendimentos realizados passam a ser percebidos como familiar aos profissionais, tendo como contraponto a esta realidade a figura do “profissional novo” para o qual tudo é desconhecido e perigoso. Percebi que no contexto em pauta o domínio da familiaridade e do desconhecido afeta não só a percepção dos riscos, mas a forma como os profissionais interagem e utilizam seus instrumentos de trabalho no cotidiano. Por sua vez, a experiência de campo demonstrou que as percepções de riscos são construídas cotidianamente nos serviços de saúde, balizadas tanto pelo domínio da técnica e da experiência, assim como pela interação com os usuários. Por fim, as informações revelaram que quando há uma situação limite de acidente de trabalho, os profissionais acionam uma espécie de avaliação dos riscos baseada, por um lado, numa reflexão sobre as reais possibilidades de contaminação e, por outro, num julgamento moral sobre os usuários a partir de uma análise sobre o seu “comportamento social”.

Palavras-chaves: Etnografia. HIV/Aids. Trabalhos em Saúde. Percepção de risco.

ABSTRACT

This dissertation deals with the everyday life and health practices of professionals of hospital complex of Infecto-Contagious Diseases Dr. Clementino Fraga of the city of João Pessoa-PB. Aimed to unravel: what health services offered by this institution; as health professionals deal with the management of risks facing the work situations with stigmatized diseases like Aids; analyze the types of interactions among professionals/professionals/professionals and users seeking to understand how the notion of risk applies in those relationships and, as health workers build the field of experience and living in an institution that demands procedures that can lead to contamination by the HIV virus. Field research resulted in Ethnography of routine and the dynamics of the service performed from a prolonged investigation into processes connected to attendances users with HIV/Aids in the ambulatory sector. The fieldwork was possible to observe the therapeutic itinerary of people with HIV within the institution, as well as risk perceptions of professionals in relation to its work. The information revealed that there is some dilution of risk perception when the institution and services performed become perceived as familiar to professionals, having as a counterpoint to this reality the figure of the "new professional" for which everything is unknown and dangerous. I realized that in the context in the tariff area of familiarity and the unknown affects not only the perception of the risks, but the way the professionals interact and use their tools in everyday life. In turn, field experience has shown that risk perceptions are built daily at health services, buoyed both by mastery of technique and experience, as well as for interaction with users. Finally, the information revealed that when there is a limit situation of an accident at work, the professionals trigger some sort of risk assessment based, on the one hand, a reflection on the real possibilities of contamination and, on the other, a moral judgment about users from an analysis of his "social behavior".

Keywords: HIV/Aids. Ethnography. Jobs in health. Health practices. Risk perception.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAIS – Centro de Assistência Integral a Saúde

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CHCF – Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DST – Doença Sexualmente Transmissível

EPI – Equipamento de Proteção Individual

FNS – Fundação Nacional dos Sociólogos

HD – Hospital Dia

HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida

LACEN – Laboratório Central

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

NEP – Núcleo de Educação Permanente

NR – Norma Regulamentadora

ONG – Organização Não-Governamental

PA – Pronto Atendimento

POP – Procedimento Operacional Padrão

SAE – Serviço de Assistência Especializada

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SAME – Serviço de Atendimento Médico e Estatística

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1	18
CONHECENDO “A CASA”: O UNIVERSO E OS LIMITES DE UM ESTUDO ETNOGRÁFICO	18
1.1 Apresentando o campo da pesquisa	19
1.2 “Deixando o campo me levar” – o roteiro da pesquisa e os arranjos metodológicos.....	27
CAPÍTULO 2	44
ENTRE HISTÓRIA, TRABALHO E FLUXOS.....	44
2.1 Um breve resgate histórico da instituição	44
2.2 Refletindo sobre o trabalho em saúde	46
2.3 Os fluxos	56
CAPÍTULO 3.....	70
O RISCO ESTIMADO: A EXPERIÊNCIA FALA MAIS ALTO.....	70
3.1 O estigma está no ar? Representações acerca do CHCF	71
3.2 O tempo na “casa” indica o que é arriscado: as relações com equipamentos e com pessoas	76
3.3 “Eu avalio se tem risco ou não” – as histórias do laboratório	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
REFERÊNCIAS	96
ANEXOS	103
Certificado do CEP	104
Declaração do Programa de Pós-Graduação em Sociologia	105
Carta de Anuência	106
Quadro de Profissionais do CHCF	107
Gráfico dos Acidentes de Trabalho	108
APÊNDICES	109
Fotos – Fachada da Instituição	110
Fotos – Recepções Centrais.....	111
Fotos – Sala de Coleta.....	113
Fotos – Recepção e Salas da <i>Infecto</i>	114
Foto – Corredor geral do Ambulatório.....	115

INTRODUÇÃO

Esta dissertação é fruto do interesse em aprofundar e dar continuidade à reflexão iniciada durante minha trajetória acadêmica no curso de Ciências Sociais e constitui uma alusão às expectativas de permanecer num campo de investigação familiar à pesquisadora. Sendo assim, foi percebido, configurado e repensado a partir das experiências vividas, inquietações e relações estabelecidas ao longo do desenvolvimento da investigação que atribuiu forma e conteúdo ao presente estudo.

Os conhecimentos e as experiências adquiridas no desenvolvimento do trabalho de conclusão de curso, intitulado *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) foram centrais para a construção e elaboração dos objetivos da presente dissertação. O referido trabalho se consolidou em função do interesse em compreender o cotidiano e as práticas de saúde dos profissionais do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)¹ de João Pessoa – que, consequentemente, foi viabilizada por meio da realização de uma etnografia do serviço.

Nesse contexto, o princípio ordenador da investigação está presente no fato das interações e concepções dos trabalhadores da saúde sobre suas atividades ser uma temática relativamente pouco explorada pelos estudos das ciências sociais no cenário brasileiro. Sendo assim, esse estudo mostra-se relevante porque pouco se sabe acerca de como os trabalhos em saúde estão sendo realizados e significados pelos profissionais no cotidiano² dos serviços, considerando, por um lado, o caráter estruturado das relações e da divisão do trabalho na esfera da saúde e, por outro, como processo que se constitui através de interações sociais e conjunturas de relações. Assim, dada à relevância da problemática inserida nestes contextos, considero que os estudos relacionados às instituições e as práticas de saúde, aparecem na contemporaneidade como um terreno promissor de investigação ante a implantação de

¹ Os CTA são serviços de atendimento pertencentes à rede pública de saúde que vem sendo desenvolvidos pela Coordenação Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde desde final dos anos 1980. Este centro é uma modalidade auxiliar dos serviços de saúde que têm como objetivo ofertar à população testagem sorológica gratuita, confidencial e anônima para DST/Aids; sendo a prática do aconselhamento o instrumento diferencial apresentado por essa rede de serviços ofertada pelo SUS (LIMA, 2011).

² Utilizo como referências a noção de cotidiano assumida por De Certeau (1994), referente àquilo que nos é dado no dia-a-dia como o lugar onde realizamos nossas práticas comuns.

variados programas políticos de saúde coletiva que vem sendo instituídos desde a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS)³ na Lei Federal n.º 8.080/90.

No trabalho de campo realizado junto ao CTA, foi possível acompanhar: processos de testagem e estabelecimento de diagnóstico, assim como angariar informações acerca da rotina e dinâmicas do serviço, interações sociais e a comunicação entre profissionais/profissionais e profissionais/usuários, os percursos do usuário dentro do serviço, histórias de vida em relação ao HIV/Aids, entre outras coisas. Buscava-se entender quais os serviços oferecidos por essa rede de atendimento à saúde, como é o trabalho num setor que demanda convívio com situações de vida relacionadas à DST/Aids, como se estabelecem as interações entre os profissionais no ambiente de trabalho, como se dá a atenção destinada aos usuários e quais as estratégias dos profissionais e dinâmicas do serviço. Ou seja, minha intenção foi investigar como as práticas de saúde eram realizadas e organizadas no cotidiano do serviço.

No decorrer da pesquisa a noção de *risco*⁴ surgiu como ponto central para o entendimento das interações que ali se estabeleciam. A partir desta categoria foi possível visualizar outros elementos que também configuram e dão singularidade ao tipo de assistência oferecida e realizada. Dentre as categorias encontradas, a questão do julgamento profissional despontou mais inquietação pelo fato de apresentar alguns traços comuns ao universo dos trabalhos em saúde. Foi possível observar que esse elemento influenciava de maneira significativa na interação, qualidade e nos tipos de atendimentos realizados pelos profissionais aos usuários do serviço.

Por sua vez, tomando como alicerce as informações impetradas a partir da referida etnografia, me propus a desenvolver no presente estudo uma investigação com a mesma natureza no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga (CHCF), localizado na cidade de João Pessoa – PB. Este mencionado espaço de pesquisa é reconhecido como Centro de Referência Estadual da Paraíba⁵ em doenças infectocontagiosas que tem como missão prestar atendimento especializado, humanizado e de qualidade para usuários de todo o Estado. Esta instituição de saúde oferece serviços ambulatoriais e hospitalares especializados para doenças como: HIV/Aids, Hanseníase, Tuberculose, Dengue e Hepatites Virais.

³ Segundo Elias (2011, p. 41), “o SUS é entendido como a principal política pública para o setor de saúde e o projeto maior do movimento sanitário brasileiro”.

⁴ Considero que 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).

⁵ Na Paraíba, o primeiro caso de Aids registrado foi em 1985. Atualmente 5.336 casos de HIV ou Aids estão registrados (SES, 2013).

Dentro do CHCF direcionei minha atenção às rotinas, percursos e práticas de saúde que estavam relacionadas aos atendimentos aos usuários portadores do HIV/Aids. A hipótese que norteia o recorte desta análise está fundamentada na ideia de que fazer pesquisa com profissionais da saúde que trabalham diretamente com uma clientela relacionada à Aids, traz resultados mais consistentes e aprofundados em relação às práticas, estratégias e sentimentos vivenciados cotidianamente por esses profissionais. Uma vez que, se tais questões demonstram importância numa instituição que não lida diretamente na assistência as “pessoas vivendo”⁶, como no caso do CTA, analisar um setor ambulatorial definido como SAE (Serviço de Atendimento Especializado)⁷ dará informações bem mais esclarecedoras no que diz respeito às tessituras presentes nesses tipos de serviço, relações sociais e os atendimentos.

A escolha pelos profissionais que atuam no campo da atenção às “pessoas vivendo” como foco da pesquisa, advém do pensamento de que atuar num setor que demanda convívio com situações de vida ligadas ao HIV/Aids, provoca tensões que são vivenciadas diferentemente em razão dos estigmas e preconceitos ainda atrelados a doença. Tal suposição decorre da interpretação de que lidar cotidianamente com procedimentos que envolvem uma doença desde seu surgimento recebe intensa carga de estigmas e preconceitos. Desse modo, passa a ter influência das representações sociais atreladas a ela principalmente por considerar que tais centros de saúde podem ser vistos como “poluídos” – pelo fato de tratar “transgressores” e oferecer perigos de “poluição” (DOUGLAS, 1991).

Assim sendo, as inquietações que perpassaram inicialmente a consolidação desse estudo estavam voltadas para o intento de compreender a partir de um prolongado acompanhamento dinâmicas e processos na instituição ligados aos usuários com HIV/Aids, como ocorrem as práticas de saúde no cotidiano de todo o serviço e como os profissionais da saúde lidavam com a gestão da noção do risco frente às situações de trabalho com doenças estigmatizadas como Aids. Enfatizando, assim, como estes profissionais constroem o domínio da experiência e convívio num setor que demanda procedimentos que podem levar a contaminação pelo vírus HIV e, também, como se relacionam com seus pacientes.

Em outras palavras, meu interesse foi: compreender como é o trabalho num setor que demanda experiências com situações de vida relacionadas ao HIV/Aids, investigar como profissionais da saúde vivenciam a ideia de risco/medo da doença e quais as situações avaliadas como perigosas, identificar as estratégias e dinâmicas utilizadas para a manipulação

⁶ Categoria nativa utilizada pelos portadores do vírus HIV para definir sua condição. A respeito ver Lima (2011).

⁷ O Estado da Paraíba possui outros SAE em diferentes cidades. No caso específico da capital João Pessoa, ela é contemplada pelo SAE do Hospital Universitário e do CHCF.

dos riscos e perigos no dia-a-dia, analisar os tipos de relações entre profissionais/profissionais e profissionais/usuários buscando compreender como a noção do risco se aplica nessas relações e, finalmente, conhecer as crenças, sentimentos e percepções dos profissionais em relação aos portadores do HIV/Aids e se esses fatores influenciam suas práticas.

Por sua vez, a hipótese que norteia o recorte desta análise está fundamentada na ideia de num complexo hospitalar, com uma demanda e clientela específica, as articulações entre práticas e as interações sociais são mediadas, por um lado, pelas normatizações da instituição e, por outro, pelas representações sociais dos sujeitos em questão. Desta forma, o contexto hospitalar exige que profissionais relativizem suas referências, entre normas das políticas de saúde e vivências sociais – articulando práticas, estratégias e sentimentos na convivência com o outro no cotidiano de trabalho dos profissionais.

Tendo ciência da relevância de tais inquietações e do postulado que me propus investigar, dei início à investigação no CHCF. O trabalho de campo foi realizado no âmbito espacial do CHCF durante 06 (seis) meses, de janeiro a junho de 2013. Não obstante, o acesso às informações e o acompanhamento sistemático das práticas de saúde, que até então havia proposto como os objetivos iniciais da pesquisa, passaram a ser visto como inviáveis no decorrer da investigação. Na verdade, o que estava em jogo na efetivação e fluidez da investigação, além dos problemas relacionados à ampla demanda de profissionais e à dimensão da instituição, era a impossibilidade de compreensão – por parte de alguns funcionários da instituição – de uma pesquisadora que não é da área da saúde estar ali atuando, ainda mais com uma postura metodológica que fugia a lógica tão familiar e, até, banal a eles dos questionários e entrevistas direcionadas aos usuários do serviço.

Logo, mediante algumas características próprias do campo houve a necessidade de se realizar algumas redefinições e mudanças no que diz respeito tanto aos objetivos iniciais da pesquisa, como em relação a melhor postura metodológica a ser adotada ao longo da investigação. Tais “alterações” incluiu o abandono da perspectiva inicial de se realizar uma etnografia e analise todos os cenários da instituição (ambulatorial e hospitalar) que estivessem ligados às assistências as “pessoas vivendo”, passando assim, a investigar com profundidade apenas o setor ambulatorial. Essas e outras tensões poderão ser melhor vistas ao longo do texto, especialmente no debate sobre os aspectos metodológicos no âmbito das pesquisas em saúde.

É válido ressaltar que os estudos sistemáticos relativos aos processos de saúde e doença se iniciaram como objeto privilegiado de inquietação socioantropológica apenas após

as décadas que sucederam a Segunda Guerra Mundial, época marcada por progressos na medicina e um crescente surgimento de serviços médicos e institutos de pesquisa, sendo o campo médico o primeiro a se interessar pelos efeitos sociais do adoecer, antes mesmo das ciências sociais. A crítica posta pela literatura, por sua vez, informa que as ciências sociais tardaram seu interesse pelas investigações sobre os aspectos socioculturais dos fenômenos clínicos, ficando a cargo dos médicos higienistas os primeiros pronunciamentos sobre os elos existentes entre os problemas sociais e as condições de saúde dos indivíduos (HERZLICH, 2005). Contudo, segundo Nunes (2003), esse “atraso” pode ser enxergado como consequência de que os clássicos da teoria social ignoraram a medicina enquanto instituição social, mesmo considerando que alguns apresentaram construções que versaram sobre os temas da saúde e da doença.

O fato é que, mesmo tendo alguns exemplos de sociólogos clássicos que escreveram sobre tais temáticas, dentre eles: Comte, Max Weber, Durkheim, Marx e Engels, “eles não fizeram da medicina um objeto de reflexão sistemática, e seus trabalhos não levaram ao desenvolvimento de uma sociologia da saúde e da doença” (NUNES, 2003, p.58). Outra interpretação é que as precursoras correntes da teoria social valoravam apenas os estudos que traçassem esquemas e teorias gerais sobre as sociedades, aplicando assim, uma classificação inferior as teorizações que apresentassem um perfil mais aplicado ou direcionado, como nos estudos da saúde/doença quando comparadas a temas centrais de análise social, a exemplo da política, religião ou do trabalho.

Segundo Barros e Nunes (2008), o significativo crescimento do diálogo entre as ciências sociais e o campo da saúde se deu a partir do reconhecimento das contribuições que o ensino e a pesquisa que relacionam estas duas áreas de conhecimento podem trazer. Levando-se em consideração o fato de que a interdisciplinaridade presente na relação entre ambas as ciências possui uma variedade não só de objetos, como também de orientações teórico-metodológicas, é possível afirmar que um olhar focalizado das ciências sociais sobre o campo da saúde corrobora para um entendimento mais aprofundado sobre os processos que compõem os fenômenos da saúde/doença.

A produção brasileira sobre as questões sociais no âmbito da saúde é um campo de estudo recente, iniciado de forma sistemática nos anos 70. O fato dos primeiros estudos serem resultados do interesse e das pesquisas realizadas por profissionais da saúde e acadêmicos ligados aos institutos de Medicina Social ou Epidemiologia que possuíam relativa afinidade as teorizações das ciências sociais, fez com que os mesmos fossem fortemente influenciados

pelos padrões metodológicos quantitativos e positivistas imperantes na epidemiologia (ALVES e RABELO, 1998). Atualmente, pode-se observar um número cada vez maior de cientistas sociais interessados por essa área de pesquisa, fazendo com que essas “novas” possibilidades de estudos e áreas de atuação venham aos poucos sendo reconhecidas como legítimas e, conseqüentemente, o lugar dos cientistas sociais nestes espaços.

Face ao exposto, acredito que as pesquisas com viés socioantropológico trazem contribuições importantes para o estudo dos processos de saúde e doença na contemporaneidade. Considero que entender como os trabalhos em saúde estão sendo realizados e percebidos pelos profissionais envolvidos é fundamental para a compreensão das novas modalidades de trabalho. Estas não mais tomadas estritamente como processos de produção, mas, sim, como *prestações de serviços*⁸ e também para desenvolvimento de uma política de saúde mais humanizada. O deslocamento da noção de trabalho assalariado/produtivo para o de serviços é conseqüente das novas estruturas estabelecidas pela era da *especialização flexível* (SORJ, 2000). A finalidade é inserir num contexto mais amplo, os sentidos e as percepções dos trabalhadores da saúde e investir numa investigação sobre as atividades por eles realizadas.

Para as ciências sociais, investigações como esta, direcionada a compreensão das instituições clínicas e dos trabalhos em saúde, ainda se configuram de modo geral como um terreno pouco explorado; sendo mais comuns entre os estudos hodiernos da antropologia da saúde. Pode-se afirmar, portanto, que o foco é na maioria das vezes, dado aos processos de adoecimento e convivência com patologias de diferentes naturezas. Entre elas, as crônicas, que estão na ordem do dia pelo viés dos acometidos pela doença e não em relação aos trabalhadores que também “convivem” com elas. Por outro lado, é possível visualizarmos um debate que vem ganhando cada vez mais fôlego no que se refere à legitimidade de pesquisas das ciências humanas dentro dos “domínios” da biomedicina como no caso das recentes discussões relativas às exigências propostas pelos Comitês de Ética e Pesquisa (CEP).

Em última análise, considero que, para as políticas públicas, compreender o funcionamento e o modo como profissionais das instituições de atendimento à saúde estão atuando no dia-a-dia é central para o desenvolvimento de medidas que se adéquem as diretrizes político-organizacionais de vigilância epidemiológica do MS às realidades vividas.

⁸ De acordo com Sorj (2000), o que caracteriza o setor de prestação de serviços são as novas formas de relação estabelecidas entre trabalhadores e empregadores. Que no caso dos trabalhadores de saúde abrange também as relações de interação com os consumidores (“pacientes” ou usuários de serviço de saúde) – colocando desta forma, trabalho/consumo e trabalhadores/consumidores no mesmo tempo e espaço, diferentemente do que acontecia nos tradicionais modelos industriais de produção.

Como também para o desenvolvimento da humanização nas práticas de saúde, tão imprescindível na atenção aos doentes da contemporaneidade, principalmente àqueles que sofrem de doenças de *longa duração* (CANESQUI, 2007). Por isso, a imprescindibilidade de se investigar e analisar os fatores que influenciam as práticas de saúde dos profissionais na atenção as “pessoas vivendo”.

Ante essa contextualização, é preciso informar que o conteúdo dessa dissertação se distribui em três capítulos, complementados por uma Introdução e pelas Considerações finais. No primeiro capítulo, *Conhecendo “a casa”: o universo e os limites de um estudo etnográfico*, apresento o campo a partir de um arcabouço da instituição juntamente com algumas reflexões sobre a trajetória e redefinições metodológicas durante a realização do estudo.

No segundo capítulo, *Entre história, trabalho e fluxos*, volto minha atenção para um breve resgate histórico sobre as transformações ocorridas na instituição desde a sua criação e algumas questões relativas aos trabalhos em saúde no geral, assim como uma descrição etnográfica dos processos relacionados aos usuários portadores do HIV/Aids dentro da ala ambulatorial da instituição.

Já no terceiro capítulo, *O risco estimado – a experiência fala mais alto*, parto de uma breve discussão teórica sobre a categoria risco articulando-a com as práticas de saúde encontradas dentro da instituição.

Finalmente, nas Considerações Finais, abordo resumidamente as reflexões que desenvolvi no processo de compreender práticas e o cotidiano dos profissionais de saúde no contexto em pauta e algumas impressões acerca da importância da realização de estudos dessa natureza no âmbito dos serviços de saúde.

CAPÍTULO 1

CONHECENDO “A CASA”: O UNIVERSO E OS LIMITES DE UM ESTUDO ETNOGRÁFICO

O atual contexto de mudanças ocorridas no mundo tem provocado os pesquisadores no sentido de se voltarem para descoberta de áreas de conhecimento e espaços de pesquisa que buscam compreender novas configurações sociais e modos de viver. O fato é que ao longo da história do desenvolvimento da teoria social, as Ciências Humanas têm despontado cada vez mais como campo de conhecimento interessado na área da saúde, enquanto espaço social perpassado por distintas possibilidades de investigação que dão acesso ao sistema simbólico que compõe o arcabouço da vida cotidiana de determinados grupos.

Nesse sentido, nos últimos tempos podemos observar um esforço contínuo de alguns pesquisadores para abrir um espaço de diálogo entre as Ciências Humanas e as Ciências da Saúde, na medida em que os estudos que envolvem o domínio da saúde/doença e a ordem sociocultural mostram-se cada vez mais importantes para apreender o funcionamento das sociedades contemporâneas. A referência do enfoque interdisciplinar para a compreensão dos processos relacionados aos sistemas de saúde e doença na atualidade, tem se mostrado cada vez mais promissora, considerando que tais fenômenos possibilitam alcançar com bastante propriedade os valores e normas sociais dos grupos estudados.

Sabendo que essa é uma interlocução que tem crescido significativamente nos últimos tempos e que cada vez mais há uma forte especialização sistemática de pesquisadores no campo das ciências sociais, faz-se necessário dizer que existe ainda uma reconhecida escassez de investimento de pesquisadores da área das Ciências Sociais no que diz respeito às investigações dentro do universo dos trabalhos em saúde (KNAUTH, 2010).

Face ao exposto, considero que desvendar e compreender as percepções e as singularidades que compõem as relações entre usuários e profissionais no cotidiano dos serviços de saúde é fundamental para o desenvolvimento de uma política mais eficiente de humanização nas práticas de saúde, como também “[...] uma comunicação eficaz entre profissional da saúde e paciente pode contribuir para a qualidade do cuidado e do tratamento e para a melhora da saúde” (OSTERMAN e SOUZA, 2009, p. 1522).

Utilizo aqui um raciocínio que valoriza a *etnografia* como postura metodológica mais adequada em contextos de pesquisa como o que me propus a investigar. A perspectiva de

estar “dentro” e “fora” do que define e caracteriza o universo estudado, corrobora, por um lado, uma visão direcionada para as especificidades que dão sentido a tessitura dos fenômenos existentes nesses espaços e, por outro, confere dificuldades relacionadas às questões prático-metodológicas na investigação. Em outras palavras, fazer pesquisa num campo que historicamente é reconhecido por um *status* relacionado à autoridade científica e legitimidade da expertise biomédica, impõe situações aos pesquisadores que não são da área e que precisam ser cuidadosamente problematizadas.

Diante desse cenário, as explicações apresentadas no presente capítulo trazem informações que retratam o campo e as atividades de pesquisa, as redefinições e mudanças ocorridas no seu percurso, assim como uma breve reflexão sobre quais os limites e possibilidades da atividade etnográfica utilizada pelos pesquisadores que se dedicam às investigações nas instituições de saúde.

1.1 Apresentando o campo da pesquisa

O Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga está localizado no bairro de Jaguaribe, Rua Ester Borges Bastos, s/n, na parte sudoeste da cidade de João Pessoa-PB⁹. Conforme sugeri em outra ocasião¹⁰, o bairro de Jaguaribe pode ser caracterizado por meio de uma analogia com o conceito antropológico de *manchas* indicado por Magnani (2000). Tal noção é utilizada para fazer referência às específicas formas como um espaço urbano é apropriado e reconhecido, estas em relação a algum tipo de serviço ou equipamentos que servem como referência para defini-los de acordo com sua “funcionalidade”. Segundo o autor:

[...] são as manchas, áreas contíguas do espaço urbano dotadas de equipamentos que marcam seus limites e viabilizam – cada qual com sua especificidade, competindo ou complementando – uma atividade ou prática predominante (MAGNANI, 2002, p. 19).

Sendo assim, é possível observar a partir da imagem a seguir, que CHCF está localizado em um bairro composto por um significativo número de instituições de saúde, e inserido no que pode ser considerado como exemplo de um cenário caracterizado como

⁹João Pessoa é a capital do Estado da Paraíba e compõe o quadro de uma das capitais da região Nordeste do Brasil, com uma população de aproximadamente 723.515 habitantes e uma extensão territorial de 211,475 km² (Fonte: IBGE, 2013).

¹⁰A respeito ver *Etnografia do serviço de saúde: uma análise antropológica do cotidiano e das práticas de saúde do Centro de Testagem e Aconselhamento de João Pessoa – PB* (LIMA, 2011).

mancha médica. A ilustração abaixo confirma minha percepção sobre a referida paisagem urbana. Nela, destaco os limites do bairro de Jaguaribe dentro da área amarela, e sinalizo algumas das instituições de saúde presentes nas imediações do CHCH. Cumpre frisar que o bairro é constituído por vários tipos de serviços disponibilizados tanto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como pela rede privada de saúde. Contudo, neste momento, evidencio apenas aqueles que compõem a rede pública de saúde.



Imagem1 - Localização de algumas instituições de saúde do bairros de Jaguaribe - João Pessoa/PB; FONTE: Google Maps- (Julho de 2013).

- A – Hosp. Infantil Arlinda Marques
- B – Hosp. Napoleão Laureano
- C – Hosp. São Vicente de Paulo
- D – Hosp. Monte Sinai
- E – Hosp. Napoleão Laureano
- F – Hosp. São Luiz
- ☆ – CAIS/CTA
- G – Hosp. Santa Lúcia
- H – Hosp. Rodrigues Aguiar
- I – Instituto Cândida Vargas

Como podemos ver na Imagem 1, o CHCF está localizado dentro do círculo branco, os balões vermelhos representam outros hospitais públicos presentes nos arredores da instituição

em questão, e a estrela branca representa o Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) de Jaguaribe que consiste numa central de serviços públicos ligados tanto a rede municipal quanto estadual de saúde. Convém ressaltar que estou dando destaque à área representada pelo CAIS devido ao fato de que nele está localizada a instituição sobre a qual realizei a minha primeira experiência etnográfica dentro de um serviço de saúde – o CTA – experiência esta que, conforme dito antes gerou inquietações, despertou o interesse e serviu como referência para realizar o presente estudo.

O CHCF é uma instituição de saúde que conta com uma equipe multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, entre outros, para atender as demandas e proporcionar atendimento especializado aos seus usuários. Além dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares, a instituição desenvolve ações sociais direcionadas a população em geral. Sendo algumas delas desenvolvidas em parceria com ONGs presentes no estado, com as quais são promovidas ações junto a pacientes, familiares e profissionais da saúde.

Para efetivar em tempo integral algumas das ações realizadas, há no espaço físico externo da instituição uma brinquedoteca, um brechó, uma lanchonete, uma oficina eletrônica e um estacionamento. Além das referidas instalações, a instituição conta também com o primeiro ambulatório de saúde para travestis e transexuais do Nordeste, inaugurado no dia 24 de julho de 2013, como parte das comemorações pelos 54 (cinquenta e quatro) anos da instituição. Na área do estacionamento é comum observar tanto acompanhantes de usuários, como alguns profissionais em horário de descanso, uma vez que esta é uma área composta por algumas árvores que garantem sombra durante todo o dia. Também na parte externa, mais precisamente na calçada instituição, há dois comerciantes fixos que vendem doces e salgados em suas barracas ambulantes. Entretanto, a maior demanda de clientes (em sua maioria profissionais do próprio CHCF) que utilizam o comércio alimentício¹¹ faz uso da lanchonete da instituição.

O espaço físico interno do CHCF é basicamente distribuído em duas grandes alas: a ambulatorial e a hospitalar. A estrutura física em sua totalidade possui uma extensa dimensão espacial edificada exclusivamente de forma horizontal, composta por amplos jardins, pátios e janelas que foram arquitetados inicialmente com a finalidade de proporcionar um sistema de

¹¹ É preciso expor que também existe um circuito de outros comerciantes ambulantes que passam por esse ambiente externo da instituição vendendo seus produtos. A exemplo de carrinhos de picolés, açaí na tigela e tapioca. Alguns destes têm os profissionais da instituição como clientes fixos. Esses mesmos comerciantes percorrem um circuito que abrange também os outros serviços de saúde nas proximidades do CHCF.

ventilação e iluminação artificial pelo fato de ser inicialmente um centro de tratamento apenas para portadores de tuberculose (FREIRE, 2005).

O edifício possui duas entradas: uma dá acesso direto ao ambulatório e a outra à ala hospitalar e ao setor administrativo da instituição. É importante ressaltar que a ala ambulatorial e a hospitalar são distribuídas em dois blocos distintos, interligados a um corredor interno¹² que demarca os limites dessas duas alas. É utilizado exclusivamente pelos profissionais para o deslocamento junto aos pacientes para outros setores do complexo. Deste modo, toda a extensão frontal da instituição corresponde ao bloco ambulatorial e a parte traseira ao bloco das internações.

A seguir, apresento a estrutura física que compõe a distribuição espacial do ambulatório e as dependências comuns da ala hospitalar.

Lista 01 - Relação com as distribuições espaciais do CHCF

<u>Distribuição espacial do setor Ambulatorial</u>	<u>Áreas comuns do setor Hospitalar</u>
. 01 (uma) recepção central; . 04 (quatro) recepções satélites; . 01 (uma) sala de triagem médica; . 18 (dezoito) salas para consultas; . 05 (cinco) salas de espera; . 01 (um) laboratório; . 01 (uma) farmácia; . 01 (um) Auditório; . 01 (um) centro de diagnóstico por imagem; . 02 (dois) jardins; . 01 (uma) sala de curativos; . Hospital Dia (HD); . 02 (duas) enfermarias; . Sanitários (públicos e restritos).	. 01 (uma) recepção; . 01 (um) rol de espera; . 01 (uma) UTI; . 04 (quatro) jardins; . 02 (dois) pátios para lazer; . 01 (um) refeitório; . Betinho – ala feminina; . Henfil – ala masculina; . Tísio; . DIC; . Capela Nossa Senhora de Fátima.

No caso específico da ala hospitalar, apresento apenas uma caracterização total da estrutura para situar o leitor acerca da organização espacial das internações, visto que as análises desse estudo são direcionadas a ala ambulatorial. Conforme observado, a ala hospitalar possui uma recepção exclusiva localizada na porta de entrada, onde estão situadas a

¹²Segundo um informante, este corredor é estrategicamente utilizado por ele como alternativa para não mais passar situações constrangedoras (como muitas vezes ele informou ter passado) de encontrar pessoas conhecidas esperando por atendimentos no *setor da infecto*. Esse caso será mais bem explanado no capítulo 3.

diretoria e a ouvidoria da instituição, ambas do lado direito. Há também, a presença de um profissional responsável pelo registro de todos os nomes das pessoas que entram no referido setor. O cenário é constituído por cadeiras de espera para as visitas aos pacientes, macas e suportes na parede com álcool em gel, luvas e máscaras para serem utilizados pelos visitantes. É importante mencionar que nesta recepção o maior fluxo de pessoas que transitam ou à espera corresponde aos próprios profissionais. Grande parte dos transeuntes são os profissionais em suas atividades de busca a processos de usuários para transferências¹³, entre serviços ou outras questões burocráticas a serem tratadas junto à diretoria da instituição.

A ala hospitalar é reconhecidamente dividida em 02 (dois) grandes setores¹⁴ separados por sexo – o “Betinho” (responsável pelas internações femininas) e o “Henfil” (responsável pelas internações masculinas). Constituindo tais setores, existem outras subdivisões que confirmam as correlações existentes entre os elementos patológicos e espaciais. Tais “isolamentos” satisfazem a perspectiva moderna de regime e organização do ambiente hospitalar, sendo tomado como um dos instrumentos dos processos de cura (FOUCAULT, 1979).

Dentro do setor que integra o “Henfil” há um bloco com as enfermarias¹⁵ destinadas as internações dos pacientes com Aids (“infecção masculina”¹⁶) e, paralelo a ele, separado por um pátio que serve de área de lazer e sociabilidade entre os internos, um bloco com as enfermarias responsáveis pelas internações de pacientes com tuberculose e hanseníase chamada de “Tísio masculina”. Já o setor do “Betinho” é composto por um bloco mais extenso e isolado (em relação ao bloco do “Henfil”) para as internações das pacientes e crianças com Aids (“infecção feminina”), e outro, para pacientes com tuberculose e hanseníase que também são separados por um jardim e chamada de “Tísio feminina”. Por fim, entre essas duas áreas divididas por sexo, há um quarto bloco conhecido como *DIC* (Doenças Infectocontagiosas), onde estão presentes pacientes internados de ambos os sexos e com os mais variados tipos de doença infectocontagiosa, o qual é separado do setor da “Tísio feminina” por um pátio de lazer até então não utilizado.

¹³ O fato das transferências serem realizadas através deste setor faz com que seja comum sempre haver a presença de uma ambulância na porta de entrada.

¹⁴ Tais setores são intitulados de forma a homenagear duas figuras importantíssimas para o cenário da cidadania brasileira. Herbert de Souza (o Betinho) e Henrique de Souza Filho (o Henfil) eram irmãos. Eles eram hemofílicos e contraíram o vírus HIV através de transfusões sanguíneas; ambos morreram devido a complicações com a Aids.

¹⁵ Todas as enfermarias têm capacidade para acomodar dois pacientes.

¹⁶ Essa e outras denominações serão apresentadas e melhor definidas no terceiro tópico deste capítulo.

Nos corredores que integram a referida ala hospitalar não há um fluxo intenso de profissionais e os usuários quando transitam por ele estão acompanhados de algum profissional responsável por levá-los para algum setor da instituição. Segundo informações, *“essa área tem que ser bastante ‘vigiada’, porque estava havendo casos de namoros entre pacientes com tuberculose e Aids por exemplo”*. Outra questão, a qual faz referência aos “territórios nosológicos”¹⁷, é a de que nenhum paciente “invada” a área de internação de usuários com patologias diferentes da sua, evitando assim, contaminações. Logo, como medida preventiva a tais eventualidades, existe em todos os acessos profissionais responsáveis pela fiscalização das pessoas que transitam pelos corredores. No entanto, não se pode esquecer que além das exigências nosológicas, também existem, de acordo com Foucault (1999), interdições que podem ser consideradas uma sexualidade anormal, pois estão na condição de “doentes” e, como tal, “portadores” de doenças impregnadas por uma carga moral intensa.

No que se refere à ala ambulatorial, campo sobre o qual direciono minhas interpretações e análises ao longo dessa dissertação, o primeiro ponto observado foi que nela é estabelecida grande parte das interações sociais ocorridas na instituição. Neste espaço, encontram-se basicamente todos os cenários que compõem um complexo serviço de saúde, desde o acolhimento nas recepções e os usuários nas salas de espera, até a distribuição de medicamentos e as interações entre profissionais/profissionais e profissionais/usuários.

Nos corredores foi possível observar um intenso fluxo apenas de profissionais e estagiários do serviço, não é frequente encontrar usuários transitando entre os setores, eles apenas permanecem em suas respectivas salas de espera, nem sempre interagindo uns com os outros. As poucas interações existentes ocorrem entre próprios profissionais ou com seus possíveis acompanhantes. O silêncio é corriqueiro e impera entre as recepções, destaca-se apenas a presença dos profissionais e, em outros momentos, unicamente o áudio das televisões.

Semelhante à ala hospitalar, o ambulatório também possui uma entrada exclusiva, através da qual os usuários se deparam com uma ampla recepção composta por funcionários dispostos a prestar informações e realizar possíveis agendamentos de consultas. Além disso, o cenário da porta de entrada dos usuários neste setor de serviço também compõe: um quadro de informação sobre campanhas nacionais de saúde e avisos da instituição, profissionais de

¹⁷ O que denomino aqui como “território nosológico” surgiu a partir do conceito de Cuidado Progressivo do Paciente, que “segundo esse modelo de organização hospitalar, os pacientes são agrupados de acordo com a gravidade de sua doença e dependência dos serviços de enfermagem” (BASTOS, 2001, p. 164).

“apoio” responsáveis pela segurança/informações, macas, cadeira de rodas, suportes para álcool em gel, luvas e máscaras.

Do lado esquerdo da recepção central, está localizada a “sala de triagem” e do seu lado direito, a “recepção da pneumo”, onde há a presença de um profissional responsável pelos agendamentos da “dermato”. Do lado esquerdo, ao longo de um corredor estão localizados respectivamente: o 1º jardim, o auditório Jackson Dervile de Araruna¹⁸, o 2º jardim, a “recepção da infecto”, o Hospital Dia (HD) e suas enfermarias e a recepção do setor da fisioterapia. Atrás da recepção central estão localizadas a recepção do laboratório e a farmácia para distribuição de medicamentos. Já o setor de diagnóstico por imagem está situado no corredor logo após a farmácia, que também conta com banheiros destinados aos usuários e com uma sala de curativos no final.

Cada recepção é equipada com: uma extensa bancada de madeira e uma estrutura de vidro (que separa o usuário do profissional), um espaço com cadeiras de espera enfileiradas lado a lado e uma televisão na parte superior das paredes, este último não constando apenas na recepção do laboratório. É importante ressaltar, também, que todos os setores do ambulatório são devidamente identificados por meio de placas colocadas nas portas, como também são equipados com bebedouros e suportes de álcool em gel presos na parede.

Em relação ao laboratório, este é constituído basicamente por: uma recepção, uma sala com 04 (quatro) boxes para coleta das amostras para análises, banheiro para os profissionais, 01 (uma) copa, 01 (uma) sala para separação das amostras de sangue que na sua frente possui 01 (um) chuveiro no corredor em caso de acidentes com materiais químicos, 01 (uma) sala para análise das sorologias para HIV e mais 02 (duas) salas para análises das demais sorologias. Ele também possui um corredor interno que dá acesso às enfermarias do setor das internações do hospital, já que faz parte da rotina coletar sangue dos pacientes internos quando estes não têm condições físicas de serem transportados pelos profissionais até a sala de coletas.

As salas de consultas são distribuídas ao longo de toda a ala ambulatorial e são climatizadas. Cada recepção possui salas específicas que ficam localizadas próximas a ela e são destinadas aos tipos de atendimento especializados naquela determinada patologia. Como no caso da “infecto”, que possui na frente da recepção 04 (quatro) salas de consultas, mais 01 (uma) de ginecologia/proctologia e 01(uma) de odontologia. Enquanto que o HD possui duas enfermarias, uma feminina e outra masculina, cada uma com 04 (quatro) leitos, os quais são

¹⁸ Segundo informações, o nome do auditório é uma homenagem ao ex-diretor, médico infectologista e cirurgião torácico, Jackson Dervile de Araruna, que trabalhou na instituição durante muitos anos.

separados em duplas por uma sala onde estão presentes dois profissionais da enfermagem, um psicólogo (ou assistente social) e um médico.

É dessa forma que a ala do ambulatório está distribuída ao longo do bloco frontal da instituição, contudo, há também nessa estrutura física frontal áreas que estão ligadas ao setor hospitalar da instituição. Essas áreas estão localizadas após uma porta onde se “encerra” os atendimentos ambulatoriais posterior ao setor da fisioterapia e da enfermaria masculina do HD. Em seguida, encontra-se o 1º jardim da ala hospitalar e os setores institucionais (recursos humanos, biossegurança, controle de infecção hospitalar), e também, o 2º e 3º jardins, uma sala de triagem para as internações, um depósito para os pertences dos profissionais, banheiros, o SAME (Serviço de Atendimento Médico e Estatístico) e a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da instituição.

O levantamento coletado acerca das especialidades médicas que compõem os cuidados realizados no ambulatório do CHCF são os seguintes:

Lista 02 – Relação com as Especialidades Médicas do Ambulatório do CHCF

Especialidades Médicas do Ambulatório	
. Infectologia; . Pneumologia Sanitária; . Dermatologia Sanitária; . Pediatria; . Ginecologia; . Imunologia; . Endocrinologia . Homeopatia/Acupuntura; . Nefrologia; . Neurocirurgia; . Neurologia; . Otorrinolaringologia; . Nutrologia; . Proctologia; . Odontologia; . Angiologia.	. Psiquiatria; . Urologia; . Hematologia; . Reumatologia; . Hepatologia; . Cardiologia; . Gastreenterologia; . Radiologia; . Triagem Clínica; . Hospital Dia; . Broncoscopia; . Cirurgia Cabeça e Pescoço; . Cirurgia Clínica; . Cirurgia Plástica; . Cirurgia Torácica; . Cirurgia Vascular.

Por fim, em relação ao quadro profissional do CHCF, gostaria apenas de salientar que atualmente é constituído por um número total de 895 (oitocentos e noventa e cinco) profissionais, entre estatutários e prestadores de serviço do Estado, segundo informações disponibilizadas pelo RH da instituição, durante o período do trabalho de campo.

1.2 “Deixando o campo me levar” – o roteiro da pesquisa e os arranjos metodológicos

Conforme dito anteriormente, a proposição metodológica do presente estudo passou por alguns percalços que podemos considerar como próprios dos contextos de pesquisa sobre o qual nos debruçamos. *Negociações, dilemas, arranjos, dificuldades e limites* são algumas das variáveis presentes nos universos de pesquisa que vislumbram aplicar os métodos das ciências humanas no campo da saúde. Sabe-se que esse é um debate que vem ganhando fôlego entre os pesquisadores da área, na medida em que temos várias correntes de pensamentos pós-modernas que nos apontam à necessidade de reflexão e problematização sobre todas as etapas práticas de realização de uma investigação, principalmente, as etnográficas.

Para incrementar um pouco esse debate, apresento aqui meu itinerário de pesquisa de campo, para então estabelecer uma reflexão sobre como as características do campo influenciaram diretamente nas posturas metodológicas assumidas. Por se tratar de um estudo de natureza qualitativa, meus pressupostos metodológicos iniciais admitiram a combinação de algumas técnicas para coleta de informações, dentre as quais: observação intensiva das dinâmicas e rotinas do campo, levantamento de dados oficiais sobre o quadro profissional do *locus* a ser investigado, levantamento de histórias sobre acidentes de trabalho a partir de conversas informais e entrevistas semiestruturadas acerca do que pensam os profissionais do serviço sobre risco ou situações arriscadas que já viveram ou vivenciam no cotidiano do seu trabalho.

Optei por realizar a prática de observação intensiva do campo nos moldes do que se define como *etnografia*¹⁹, pelo fato de ser uma experiência de pesquisa de imersão total na realidade e cotidiano do outro e que não se resume apenas a uma técnica de pesquisa, mas sim, a um olhar (LAPLANTINE, 2004; MAGNANI, 2002). A iniciativa foi começar com uma “descrição densa” e minuciosa (GEERTZ, 1989) sobre a organização e funcionamento do sistema, por considerar essa prática a que melhor proporciona conhecimento sobre as regras e sistema simbólico que medeiam as relações nos espaços. Desta forma, o trabalho de campo teve como objetivo mapear as interações estabelecidas nos espaços, os atendimentos realizados, os fluxos e rotinas, horários, equipamentos disponíveis, utilização de EPIs, comportamentos etc.

¹⁹ Entendida nos termos de Malinowisk (1978), como uma técnica de pesquisa que investe na observação e no acompanhamento contínuo e prolongado das práticas cotidianas, estrutura das relações sociais, organização do sistema, bem como todo e qualquer fenômeno que compõe o universo do grupo analisado.

Nesse sentido, as atividades no campo foram voltadas para os profissionais do CHCF e sua relação com o espaço de trabalho e usuários do serviço, embora, não tenha deixado de considerar a relação e o papel dos usuários dentro da instituição. Em outras palavras, a ideia era realizar um estudo etnográfico direcionado especificamente para as práticas de saúde dos profissionais do CHCF que prestavam atendimentos apenas aos portadores do HIV/Aids, tanto no contexto ambulatorial, quanto hospitalar. Todavia, ao entrar no campo propriamente dito, percebi que o contexto encontrado era muito mais complexo do que o esperado, fazendo com que questões de ordem prática se posicionassem como entraves²⁰ em relação à proposta inicial de investigação da instituição em sua totalidade.

De fato, minha intenção foi adotar um posicionamento no campo semelhante ao utilizado em outro serviço de saúde de menor porte²¹, no qual prezei, acima de tudo, pelo estabelecimento de vínculos e laços de confiança com os possíveis interlocutores para então, a partir disso poder coletar as informações relevantes sobre o contexto investigado. Tal postura foi fundamentada na perspectiva etnográfica de Da Matta (1978), cuja proposta é fazer pesquisa *com* e não *sobre* as pessoas. Sendo assim, nos dedicamos durante todo estudo a fazer dos sujeitos da investigação interlocutores²² e não apenas “objetos” por meio dos quais devemos captar o conjunto de discursos utilizados.

Logo nas primeiras incursões ao CHCF, formalizando o emblemático *período de contaminação* (BRANDÃO, 2007), observei que a dinâmica do campo impossibilitava tanto a adoção da mesma postura de interlocução adotada no CTA, como a intenção inicial de realizar uma observação etnográfica sobre todos os serviços de atendimentos ligados às “pessoas vivendo”. Nessa ocasião, iniciaram-se os primeiros dilemas e tensões como: qual a melhor estratégia a ser utilizada? Como ter uma observação “focalizada” dentro de uma instituição tão ampla e complexa? Como estabelecer os primeiros contatos com os profissionais e obter interlocutores num cenário onde a divisão de tarefas é tão acentuada? Quais os setores essenciais para a investigação? Qual tempo necessário de permanência no campo? Essas foram algumas das questões ocorridas imediatamente ao entrar no campo e que se mantiveram durante a realização de toda a investigação.

²⁰ Dentre as dificuldades encontradas estão: a ampla extensão da instituição; elevado número de profissionais; regime de trabalho plantonista na área hospitalar dificultando assim a obtenção de interlocutores na área hospitalar; questões éticas ligadas à identificação dos pacientes internos entre outros fatores.

²¹ A saber: Centro de Testagem e Aconselhamento de João Pessoa-PB.

²² A iniciativa de adquirir interlocutores para a pesquisa corrobora com a escolha de levantar informações a partir de conversas informais, pois considero que tal posicionamento facilita no empreendimento de se obter o “ponto de vista do nativo”.

Antes de introduzir o leitor de fato dentro desse universo de prática e experiência etnográfica (MAGNANI, 2009), é importante dizer que o primeiro contato com o campo se deu bem antes, na ocasião da apresentação do projeto à instituição e consecutiva emissão de uma carta de anuência para compor a documentação necessária para aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Nesta primeira aproximação fui informada de que seria impossível iniciar a investigação sem antes apresentar a declaração de aprovação do CEP. Dessa forma, apenas pude começar a investigação após a obtenção da declaração e, por conseguinte, a entrega do documento no Núcleo de Educação Permanente (NEP) do CHCF.

Por parte da instituição não houve qualquer dificuldade para emissão da carta de anuência, embora, seja preciso destacar que um dos primeiros dilemas relacionados às negociações da pesquisa foi o fato de que as profissionais do setor solicitaram a definição antecipada do tempo de duração da investigação na instituição e o turno da pesquisa. Ao expor a impossibilidade de definir previamente a duração de uma investigação desta natureza e a minha intenção em fazer a pesquisa no período diurno, foi emitida uma carta de anuência com o período que para as profissionais seria “suficiente”. Assim, emitiram o referido documento com autorização para que a pesquisa fosse realizada entre meses de janeiro e fevereiro, nos períodos manhã tarde, porém com uma ressalva verbal de que caso necessitasse de uma ampliação deste prazo eu teria que entrar em contato com o NEP e solicitar outra autorização²³.

Apesar dessa primeira “incompreensão” sobre a natureza do estudo em questão, o fato de ser um “hospital escola” e de possuir um NEP, órgão responsável justamente pela análise das pesquisas e estágios realizados dentro do serviço, acelerou consideravelmente estes processos burocráticos²⁴. Acerca da avaliação do CEP, houve apenas dificuldades relacionadas à adequação do projeto e às exigências e parâmetros metodológicos requeridos como: definição de um número de amostra, desfecho primário e secundário, risco aos participantes, resultados esperados etc. Em relação a tais dificuldades, muitos estudos vêm se tornando conhecidos pela impossibilidade de dar andamento às investigações por conta de não conseguir a aprovação do CEP responsável.

Uma máxima entre os pesquisadores faz referência aos problemas relativos às exigências dos CEPs, os quais são criticados por utilizar os mesmos critérios de avaliação

²³ Essas novas autorizações aconteceram de dois em dois meses, só que ela era emitida através de um novo crachá onde constavam os meses e o turno nos quais eu poderia pesquisar.

²⁴ Todo o processo de leitura, análise e emissão da carta de anuência levou em média 15 (quinze) dias.

para as pesquisas *com* pessoas e *sobre* pessoas (PORTO, 2010). Assim sendo, atualmente sabe-se que:

[para] um projeto de pesquisa de sociologia ou qualquer outra área, relacionado ao campo da saúde, o problema de acesso diz respeito não apenas às negociações com pessoas-chave em determinada organização, mas também ao crivo dos comitês de ética (VIEIRA, p. 132, 2010).

Nesse sentido, Porto (2010) nos retrata a partir de suas experiências de pesquisa, os limites que a aprovação, ou não, pelos comitês de ética impõe aos pesquisadores sociais, apontando os CEPs como uma instância puramente formal e burocrática. Contudo, não querendo desconsiderar a inadequação das exigências impostas pelos comitês, no meu caso, obtive problemas apenas com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para ser utilizado com os informantes do estudo, o qual precisou ser reformulado e reenviado ao comitê.

Portanto, considero que a aprovação pelo CEP ocorreu sem maiores complicações e dentro do prazo previsto, uma vez que se formalizou como a porta de entrada para o campo de pesquisa, pois foi através de seus processos burocráticos que foram estabelecidos os primeiros contatos com o campo. É válido salientar que, se eu não tivesse a declaração de aprovação emitida por ele, seria impossível começar a investigação na instituição. Logo, diferentemente dos relatos que aparecem em outras experiências de pesquisa (VIEIRA 2010; PORTO 2010; SEMIOTTI 2013), o fato de já ter passado pelo setor responsável na própria instituição e, conseqüentemente, ter conseguido adequar o projeto as exigências do comitê de ética, possibilitou os primeiros contatos e facilitou o processo de autorização para que finalmente eu pudesse iniciar a pesquisa de campo.

Dessa maneira, é pertinente ressaltar que a pesquisa foi iniciada propriamente já nos primeiros contatos com o NEP, pois neles foram levantadas algumas perguntas em relação ao funcionamento da instituição (espaços, rotinas, serviços, negociações), como também obtive as primeiras impressões do espaço após um “passeio de apresentação” pela instituição com uma funcionária do setor. Sendo assim, ao fazer esse reconhecimento inicial do campo de pesquisa, fui comunicada da obrigatoriedade de utilização dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), conforme previsto pela norma NR32 relacionada à segurança do trabalhador.

Numa das conversas de negociação e definição da data para dar início as minhas atividades na instituição, os EPIs solicitados foram: jaleco branco, sapato fechado e máscaras N95 (apropriadas para setores de atendimentos aos indivíduos acometidos pela tuberculose). É importante ressaltar que a princípio senti um grande estranhamento apenas no que diz

respeito utilização do jaleco. Tal estranhamento se estabeleceu tanto a partir de questionamentos metodológicos imputados pela própria figura da pesquisadora, como em relação aos significados pessoais atribuídos a uma ferramenta de trabalho que não nos é familiar. Quais as implicações que tal “equipamento” iria causar durante o curso da pesquisa? Seria o jaleco uma espécie de “fantasia” necessária do campo? Qual o significado simbólico de estar caracterizada como um de seus “iguais”? Que vantagens e desvantagens trariam a pesquisa, o fato de ser identificada como um deles?

Não obstante, percebi logo nos primeiros momentos que essa “fantasia”, tão estranhada e até criticada devido aos desconfortos físicos causados pelo imenso calor próprio da estação do ano na qual a pesquisa estava sendo realizada, poderia ser considerada como uma ferramenta necessária e essencial à pesquisa para a livre circulação na maioria dos espaços. O uso do jaleco, associado ao crachá de identificação²⁵ que me foi disponibilizado, era um símbolo que autorizava meu acesso à maioria dos setores e facilitava a obtenção de dados oficiais.

Logo, o jaleco deixou de ser estranho e passou a ser visto como “instrumento de pesquisa”, tornando-se um forte aliado para minha mobilidade²⁶ e para o acesso aos setores e profissionais da instituição. Por outro lado, não se pode deixar de mencionar que aparentemente a única “desvantagem” na utilização do jaleco foi o fato de ter gerado na minha posição de pesquisadora a sensação de que eu era invisível²⁷. Como o ambulatório do CHCF é uma ala onde o fluxo de profissionais é intenso nos corredores, os funcionários muitas vezes não conhecem todos os seus pares de modo que por várias vezes fui confundida com “colega” de trabalho ou estagiária e, outras vezes, até chamada de “doutora”. Esse acontecimento repetiu-se também com alguns usuários, os quais se dirigiam a mim em busca de informações como quem se dirigia a um profissional do serviço.

²⁵ Nesse crachá, constava meu nome, instituição, meses e turnos da pesquisa, identificando-me, então, como estagiária. É importante dizer que esse crachá só possuía validade de dois meses, de modo que passado o prazo o qual ele me autorizava, eu tinha me dirigir até o NEP e solicitar outro que era feito e entregue na mesma hora.

²⁶ Considero que o jaleco facilitava a minha mobilidade na instituição pelo fato de nele ser possível guardar meus objetos pessoais e de pesquisa, entre eles, o mais importante, o caderno de campo. O caso é que eu não possuía um ponto de apoio na instituição onde pudesse guardar meus objetos pessoais (bolsa, celular, remédios, chaves, etc.). Sendo assim, tive que selecionar os objetos realmente necessários e a fazer uso dos três bolsos que o jaleco continha. Em decorrência disto, uma das minhas estratégias foi escolher um caderno de campo coubesse perfeitamente em um dos bolsos, para que assim, não precisasse circular pela instituição com algo que chamasse atenção para minhas atividades.

²⁷ A sensação de estar invisível, diz respeito justamente ao fato de estar caracterizada igual a qualquer outro profissional do serviço, fazendo com que os olhares curiosos dirigidos a mim, acontecessem apenas nos momentos em que eu estava sentada nas salas de espera observando, como se as pessoas se perguntassem o que eu estava fazendo ali ao invés de estar trabalhando. Desta forma, quando eu circulava entre os corredores percebia que era vista apenas como mais uma profissional, pois não tinha como me diferenciar dos outros profissionais.

De modo geral, é preciso entender que os desafios encontrados vão para além da aparente invisibilidade e até banalização da pesquisadora. Conforme indiquei antes, o hospital em causa é uma instituição territorialmente extensa e com elevado número de profissionais, visto que as dificuldades relacionadas ao estabelecimento de contatos e vínculos com os profissionais podem ser anunciados como um dos principais problemas metodológicos da investigação (aliado ao pouco tempo disponível para realização de uma investigação de natureza etnográfica).

Com efeito, considero, dentre outros fatores, que o problema estava mais relacionado à falta de compreensão, por parte dos profissionais, em relação a minha postura enquanto pesquisadora. O fato de não ser da área da saúde, de me apresentar como uma pesquisadora/estudante de uma pós-graduação em Sociologia e de não estar ali realizando entrevistas nos corredores e nem aplicando questionários, dificultava o entendimento dos profissionais em relação aos propósitos da pesquisa e a minha identificação e reconhecimento enquanto pesquisadora.

Muitas vezes, quando informava o meu papel de pesquisadora com o intento de obter algumas informações, fui imediatamente encaminhada para falar com “fulano de tal” com a justificativa de que este “fulano” “saberia” responder melhor minhas perguntas. Como aparecido no relato de Nascimento (2009) sobre suas experiências de pesquisa dentro de uma instituição pública de saúde no Rio Grande Sul, a sensação de dependência da boa vontade da equipe médica para dar continuidade à investigação era constante.

Enfatizo, portanto, a crença de que não se pode deixar de problematizar o contexto e as relações estabelecidas com os sujeitos do estudo, tendo em vista que a pesquisa é sempre a história de uma relação pessoal do pesquisador com os pesquisados (ZALUAR, 1986). Nesse sentido, como já adiantei alguns dos problemas relacionados às dificuldades e dilemas encontrados, apresento, a seguir, de forma detalhada, todo o trajeto metodológico assumido durante a investigação, indicando paralelamente os desdobramentos e arranjos metodológicos necessários ao andamento do estudo.

A pesquisa foi totalmente realizada no âmbito espacial do CHCF durante 06 (seis) meses, de janeiro a junho de 2013. As atividades no campo foram realizadas inicialmente com três idas por semana à instituição, com uma permanência que variava entre duas e três horas por dia. As primeiras incursões foram realizadas no período da tarde²⁸ totalizando as duas

²⁸É preciso ressaltar que a escolha por iniciar o trabalho de campo no período da tarde não foi fortuita, acreditei ser melhor começar neste turno pelo fato de ter como referência a hipótese de que é comum nos serviços

primeiras semanas da investigação, sendo todas as demais realizadas no turno da manhã. Em relação a isso, cumpre frisar que a opção de dedicar mais tempo ao turno da manhã, corresponde a um dos primeiros arranjos metodológicos realizados, visto que tive mais um exemplo de que é comum nos serviços públicos de saúde o fluxo de usuários no período da manhã ser bem mais intenso do que o período da tarde. Ou seja, ao entrar no campo, percebi que seria inviável e pouco fecundo realizar a proposta inicial de frequentar o campo todos os dias em período integral (manhã e tarde) pelo fato de que as atividades e os fluxos do serviço no período da tarde não eram tão complexos quanto no período da manhã (a exemplo do funcionamento do laboratório para coleta de sangue que era limitado apenas aos testes rápidos), além de ter que conciliar a pesquisa com questões pessoais e incumbências acadêmicas.

De modo similar, a escolha por permanecer no campo poucas horas nessas primeiras incursões, também tem relação com uma de minhas estratégias metodológicas, pelo fato de que tal postura satisfaz a intenção de fazer uma aproximação gradativa com o universo do estudo, tanto como uma medida de ir me familiarizando com os fluxos dos processos, como também de poder refletir sobre as melhores estratégias e possibilidades de estabelecer os contatos iniciais com os informantes do estudo. Assim sendo, assumi uma abordagem menos direta/invasiva (no primeiro momento) apenas através da observação e descrição da rotina e dos fluxos do lugar para depois começar a tecer os primeiros laços com os sujeitos do estudo, considerando que “[...] a coleta de informações é uma modalidade de interação social” (HEILBORN, 2004, p. 62).

Posteriormente as duas primeiras semanas frequentando o CHCF no período da tarde, passei a frequentar a instituição no turno da manhã, ainda sem estabelecer muitos “contatos” nem aumentar a permanência no campo. A ideia era tentar apreender a rotina da instituição da forma mais objetiva possível, apenas através da observação direta direcionada ao transitar pelos espaços e me localizar nas salas de espera com o intuito de entender o que acontecia ao meu redor para depois finalmente ir em busca dos possíveis informantes. E foi a partir deste momento que começou a aparecer com maior clareza o que seria minha maior dificuldade do campo. Logo, o que passei a chamar de uma “busca decepcionante”²⁹ por interlocutores que apenas me “conduziam” de um profissional para outro.

públicos de saúde, ser esse o período de menor demanda de usuários, facilitando, dessa forma, minhas primeiras impressões e “contaminações” sem uma grande quantidade de informações para serem assimiladas inicialmente.

²⁹ Esse termo faz referência às diversas tentativas fracassadas de estabelecer comunicações eficientes e, de certa forma, contatos prolongados com os possíveis interlocutores do estudo.

Conforme dito, a ampla variedade de profissionais e complexidade dos procedimentos, aliada a ampla demanda de usuários fazia com que me sentisse perdida dentro daquele cenário, sem saber com quem falar e a quem me dirigir ou como perguntar. Devido a essa dificuldade de conseguir as necessárias relações de pesquisa, resolvi avançar no que diz respeito às solicitações junto aos setores burocráticos da instituição, sobre alguns documentos que possuíam dados necessários ao estudo. Vale salientar que utilizei esse pretexto para circular pelos corredores do setor hospitalar e, conseqüentemente, observar a organização e as instalações do setor. Desta forma, solicitei: a planta baixa do terreno da instituição, o quadro profissional da instituição, os registros de acidentes de trabalho nos últimos anos e algumas informações epidemiológicas da instituição.

Alguns documentos foram coletados sem maiores complicações, como a planta baixa, o registro dos acidentes de trabalho e os dados epidemiológicos. Já o que diz respeito ao quadro profissional³⁰, este demandou mais tempo e idas ao setor até consegui-lo, sendo necessário, por várias vezes, explicar que tais dados eram necessários para uma pesquisa sobre a instituição e que já obtinha a aprovação do NEP para a realização do estudo. Esse foi um dos arranjos para me aproximar do campo por outro caminho (pelo viés mais burocratizado), na medida em que o viés dos profissionais estava ainda confuso.

Como a ideia inicial era realizar uma etnografia de toda a instituição, comecei as observações por todo o setor ambulatorial, para então, posteriormente, dedicar-me ao setor hospitalar e finalmente poder observar o cotidiano e as práticas de saúde dos profissionais no tratamento direto aos acometidos pela Aids internados. Até então considerava o setor hospitalar uma “pérola” da instituição para alcançar objetivos do projeto. Todavia, a inviabilidade de dar conta num curto período de tempo de tantas informações e complexidades, fez com que “optasse” por me dedicar apenas ao setor ambulatorial, sendo esta uma modificação considerada apenas no final do terceiro mês da investigação.

Mesmo apresentando interesse apenas em relação às práticas de saúde ligadas aos atendimentos às “pessoas vivendo”, resolvi primeiro obter uma visão ampliada (geral) dos serviços e rotinas da instituição, para depois me reportar aos atendimentos ambulatoriais do “setor da infecto”. Após esse período de reconhecimento e aproximação com o campo, decidi

³⁰ O que requeri no setor responsável foi o número total de funcionários da instituição, juntamente com a quantidade de profissionais distribuída entre todas as funções (cargos) exercidas. No entanto, conforme poderão observar nos anexos, consegui apenas a quantidade de profissionais por setor – o que não discrimina a quantidade de médicos, enfermeiros, técnicos etc., por exemplo. As inúmeras idas ao setor, juntamente com dificuldades colocadas alegando não “entendimento” da minha solicitação e de requerer um documento por escrito emitido pelo NEP justificando a utilização e destino daquelas informações, fez com que eu aceitasse o que já me tinha sido disponibilizado e deixasse de lado as outras informações.

estabelecer contato com a responsável por todo o ambulatório para que esta me apresentasse algum profissional que se dispusesse a me “ajudar” com a investigação. Dessa maneira, ao entrar em contato com a responsável, mediado pelo profissional que já tinha dado algumas indicações de pessoas e setores do serviço, logo, apresentei-me enquanto pesquisadora e confirmei o imediato questionamento de que já possuía autorização do NEP. Nesse momento, fui deixada na sala sozinha com a profissional para explicar um pouco do que se tratava o estudo e quais os meus interesses. Sem muita atenção/interesse no que estava sendo dito por mim, logo fui “encaminhada” até o “setor da pneumo”. Lá fui apresentada/deixada com uma recepcionista que prontamente me recepcionou e me alocou no seu setor. Nesse momento, foram sendo expostas as informações mais detalhadas sobre o funcionamento e rotina da instituição e a relação foi estabelecida de tal forma que a profissional com boa vontade, foi respondendo às sucessivas perguntas que realizava a ela.

Nos dias seguintes me dirigi aos outros setores da instituição com a expectativa de que neles também encontraria profissionais acessíveis a este contato, mas a frustração veio logo em seguida. Conseguir estabelecer contatos nos outros setores passou a ser uma tarefa angustiante e até perturbadora no que diz respeito às minhas aptidões enquanto pesquisadora, o sentimento era como se eu estivesse dentro de uma zona bloqueio, que evidenciada tanto por alguns profissionais como por mim mesma. Por ora, apenas as observações estavam realmente sendo satisfatórias, de modo que continuei a frequentar a instituição ainda sem um olhar focalizado em nenhuma área específica, ao mesmo tempo em que me sentia cada vez mais deslocada e “fora” daquele universo.

Até então, o profissional (atuava no setor responsável pelo HIV/Aids) que havia sido indicado para me acompanhar durante a investigação, antes mesmo da entrada no campo, estava de férias, logo, aquela famosa referência necessária para entrada em todo e qualquer campo de pesquisa não estava disponível. Naquele momento da investigação, toda a minha confiança estava depositada na figura daquele profissional, justamente pelo fato dele ser (re)conhecido por todos como altamente acessível e facilitador/negociador de todas as pesquisas que eram realizadas no seu setor.

Passado o primeiro mês da investigação, em um certo dia, o clima próximo a “recepção da infecto” estava diferente, usuários dirigiam-se à recepção a todo momento e o fluxo e as conversas eram mais constantes nesse instante, então, observei que um novo profissional (pelo menos aos meus olhos) compunha aquele cenário. De imediato associei a ele a referência que me tinha sido dada, dessa maneira, estabelecer o contato com ele tornou-

se uma necessidade imediata. Fiquei por alguns minutos sentada no rol de espera apenas observando sua postura e suas relações com os usuários, enquanto isso, ele não parava quieto e a constância de pessoas que iam falar com ele impossibilitava minha aproximação. Até que passado algum tempo, ele se sentou na recepção sozinho, então, finalmente, pude estabelecer uma aproximação e, por conseguinte, apresentar-me.

Seu nome é Anjo³¹ (46 anos) e atua no serviço há 23 anos. Neste caso particular, o pseudônimo adotado refere-se a uma definição apresentada por alguns usuários para qualificar o profissional em causa. Na verdade, utilizar tal definição passou a ser totalmente apropriada tendo em vista a importância deste profissional dentro das circunstâncias de pesquisa nas quais me encontrava. Ao me apresentar a ele utilizei referências de outras pesquisadoras, dentre as quais, minha orientadora e algumas professoras do meu departamento que ele conhecia. Após estabelecer esse contato, tudo pareceu tomar um novo rumo na pesquisa. De imediato “o Anjo” demonstrou ser muito acessível, receptivo e interessado, minha empolgação era tanta que fui logo tentando negociar com ele o tipo de acompanhamento que tinha interesse em realizar. Posteriormente a esse contato, passei a intensificar minhas idas e duração no campo frequentando durante o período que correspondia ao seu horário de atendimento aos usuários. A partir disso, passei a frequentar o campo todas as manhãs (das 7h às 11h) e a observar sistematicamente todas as atividades de sua competência.

A partir da relação com esse profissional coletei informações sobre: todos os serviços disponibilizados às “pessoas vivendo”, as rotinas, o percurso do usuário dentro do serviço, histórias de vida dos usuários, conflitos internos entre os profissionais e a funcionalidade da instituição etc. Novas possibilidades, assuntos e informações de pesquisa surgiam naturalmente em nossas conversas, estas negociadas para acontecer sempre adaptadas ao ritmo de suas atividades e ao fluxo dos usuários na recepção. O meu principal informante, até então único, foi quem me possibilitou “conhecer” o serviço sem realizar observação *in situ* no “território médico”³², como também quem mediou meu acesso ao laboratório, conforme eu havia informado desde o início ser de meu interesse.

É preciso ressaltar que por duas vezes o Anjo tentou facilitar meu acesso há alguns profissionais do seu próprio setor, contudo, nós percebemos por parte de alguns profissionais,

³¹ Para satisfazer uma postura ética assumida através do CEP utilizarei pseudônimos para todos os profissionais, os quais me referir especificamente como uma medida de não identificação e comprometimento dos mesmos, embora, tenhamos consciência de que a referência a determinados setores provavelmente identificará os profissionais em questão.

³² Chamo de “território médico” os espaços na instituição destinados apenas a equipe médica, espaços de consultas ou internações, por exemplo, onde a figura de uma pesquisadora da área de humanas não seria apropriada dentro de um “cenário da saúde”.

certa banalização em relação à figura da pesquisadora e área de conhecimento da pesquisa. Em nossas conversas, por várias vezes, fui alertada sobre “*a má vontade*” e falta de interesse de determinados profissionais em contribuir com as pesquisas, segundo o mesmo, alguns “*não aturam pesquisadores*”. Tais informações corroboravam ainda mais para meu estranhamento e inadaptação no campo, era inevitável não compará-lo com o CTA com a interação alcançada e até amizades adquiridas. Por outro lado, pude perceber que havia uma relação íntima entre os profissionais que geralmente se reuniam no horário de menor fluxo para um lanche coletivo. Nessa prática do lanche coletivo tive oportunidade de acompanhar apenas no período de minha permanência no setor do laboratório, eles também se reuniam e utilizavam o momento para conversar e se descontraíam.

Após um prolongado período da pesquisa realizando esse acompanhamento sistemático e coletando informações com o Anjo, negocie por intermédio dele meu acesso ao laboratório. Nesse momento começou outra fase da pesquisa em que realmente poderia observar intervenções e procedimentos de saúde realizados nas “*peças vivendo*”. A sensação de estar perdida e deslocada no campo não mais se fazia presente, meu problema de pesquisa ficou mais evidente em outras relações e vínculos de pesquisa a ser seguida. Negociamos que minhas observações seriam realizadas na sala de coleta, lugar onde todos os pacientes “*da casa*” (ou não) coletam sangue para realização dos respectivos exames sorológicos.

Essa foi uma etapa de pesquisa em que a frequência no campo permaneceu intensa. Minha estratégia era chegar ao início da coleta de todos os usuários (às 7h) e ficar no setor até o fluxo de usuários diminuir (entre 9h e 10h) e depois voltar para a “*recepção da infecto*”. Aqui também segui a mesma postura adotada com o Anjo de ir fazendo perguntas e coletando informações sobre a problemática da pesquisa entre a entrada de um usuário e outro, raras vezes na presença dos mesmos. Na sala de coleta existem 04 (quatro) divisões, sendo 03 (três) delas destinadas a coleta de sangue. Cada divisão possui um profissional coletando sangue, todos atuando sucessivamente.

Conforme indiquei acima, ao iniciar minhas incursões no laboratório o panorama geral da pesquisa mudou significativamente. Aqui pude deslocar e ampliar minhas relações de pesquisa, como também realmente observar e acompanhar os tão almejados procedimentos dos profissionais no atendimento às “*peças vivendo*” e as relações estabelecidas entre os mesmos. Essa etapa da investigação foi essencial para contemplação de alguns dos objetivos que havia proposto em meu projeto de pesquisa. As conversas se estabeleciam com todos os

profissionais do setor, entre um usuário e outro ia angariando informações e esclarecendo as dúvidas que iam surgindo. Na maioria das vezes utilizei a estratégia malinowiskiana de ir confirmando as informações disponibilizadas, realizando as mesmas perguntas a outro profissional, para então, verificar a veracidade ou não do que era dito.

Passado algum tempo no referido setor, após compreender toda a rotina e percurso do usuário até a sala de coleta, dediquei-me novamente para a “recepção da infecto”. e depois voltar minhas atenções para as atividades no HD da instituição. Contudo, algumas dificuldades³³ foram apresentadas logo no início desta negociação fazendo com que as informações adquiridas sobre o setor fossem fundadas apenas nas informações disponibilizadas pelos profissionais do setor e de outros setores. Tudo isso, sem ser possível passar um período de observação e acompanhamento das práticas de saúde realizadas. É preciso dizer que este foi o último setor do ambulatório para o qual direcionei meu olhar, uma vez que após coletar informações sobre o seu funcionamento, iniciei o processo de afastamento do trabalho de campo.

O processo de distanciamento e saída do campo foi estabelecido gradativamente em todos os setores até o afastamento definitivo das atividades realizadas na instituição. Minha postura foi permanecer e frequentar um setor durante o tempo suficiente para que as informações obtidas comesçassem a se repetir e a rotina deixar de apresentar acontecimentos singulares. Essa fase de distanciamento tinha o setor do HD como objetivo final do trabalho de campo, visto que este era o único espaço de atendimento às “pessoas vivendo” no ambulatório que ainda não tinha me debruçado cuidadosamente. Contudo, o período de afastamento do campo teve como última atividade o registro em fotos dos espaços comuns do setor ambulatorial. Em relação a isso é preciso dizer que tal registro foi negociado com bastante antecedência com uma profissional do CEP, que concordou que eu registrasse as fotos num sábado de manhã pelo fato do ambulatório estar fechado e não ter o problema de registrar nenhum usuário nas imagens.

Vale à pena salientar que em relação a todo o trabalho de campo realizado na instituição, o registro das informações seguia a tendência antropológica de adesão ao diário de campo, compreendido como a melhor forma de sistematizar, organizar e refletir sobre todos os elementos que surgiam. A análise das categorias e das informações obtidas foi realizada no segundo momento em consonância com as teorias, hipóteses e conceitos até então revisados.

³³ Entre elas, o fato de que os usuários que fazem uso deste atendimento estão nas ruas, conforme afirmou a profissional, e ter alguém estranho ao quadro de profissionais do setor poderia gerar desconforto neles pelo medo de serem reconhecidos.

Convém ressaltar, também, que segui a perspectiva comum entre pesquisadores de que é a partir dos dados e informações obtidas no campo que a teoria vai sendo construída e redefinida ao longo de toda pesquisa.

No que concerne ao registro das informações no caderno de campo, do qual fiz uso durante toda minha permanência na instituição, é interessante expor que diferentemente do que acontecia no CTA, onde as profissionais despontavam interesse e curiosidade sobre o que escrevia, no CHCF eu possuía “liberdade” de escrever sem ter a sensação de que olhos atentos estavam tentando ler as palavras escritas. Não sei se pelo fato de possuímos menos “intimidade” ou devido à própria estrutura espacial/ocupacional, processual, interacional da instituição que não me deixava tão próxima fisicamente dos profissionais como nas pequenas salas de aconselhamento do CTA. De uma forma ou de outra, as únicas (e poucas) referências direcionadas a esse instrumento de trabalho eram realizadas por meio de brincadeiras jocosas sobre o destino de tais informações, sendo chamada algumas vezes de “fiscal de Ricardo”³⁴.

Diante de tudo isso, é pertinente afirmar que a etnografia realizada no presente estudo seguiu o itinerário e rotinas das “pessoas vivendo” dentro da instituição. Não obstante, é preciso reconhecer que o estudo que realizei foge aos imperativos clássicos de Malinowski, Evans-Pritchard e Boas acerca da definição do que é etnografia. Ao passo que assumi uma postura de ir etnografando as situações específicas que contemplavam os objetivos do estudo. Não sendo possível direcionar meu olhar, minunciosamente, sob toda a organização social do CHCF. Por outro lado, segundo Caprara e Landim (2008), realizar um estudo de natureza etnográfica no campo da Saúde Coletiva nos dias atuais, implica em transformações e adaptações nas premissas originais desse tipo de prática que podem ser inferidas como observações de “tipo” etnográfico.

Dessa maneira, a etnografia realizada configurou-se como uma prática de pesquisa fundamentada no registro das observações minuciosas dos setores, percursos e procedimentos relacionados às “pessoas vivendo”, os quais tive acesso, e também, nas informações e interações realizadas e observadas nos corredores. Assim, a referida etnografia utilizou como principais estratégias para coleta de dados a observação participante e o levantamento de informações que esclarecia à dinâmica e rotina do serviço a partir de conversas informais³⁵. Ou seja, a maioria das informações e compreensões sobre a instituição de pesquisa foi

³⁴A referência a Ricardo diz respeito a Ricardo Coutinho, que é o atual governador da Paraíba, por isso, a associação de fiscal a figura dele.

³⁵A postura adotada nas conversas informais que realizei, seguia uma lógica de comunicação na qual os temas eram iniciados com perguntas diretas sobre determinado assunto e, partir disso, o diálogo se estabelecia naturalmente sobre o assunto ou sobre outros que iam surgindo.

levantada a partir das observações e interações os com interlocutores, uma vez que concordo com a perspectiva de Malinowski de que “[...] existem vários fenômenos de grande importância que não podem ser recolhidos através de questionários ou da análise de documentos, mas que tem de ser observados em pleno funcionamento” (MALINOWSKI, 1978, p.31).

Em última análise, percebi durante o percurso investigativo, que no presente universo de pesquisa a realização de entrevistas semiestruturadas³⁶ não seria a estratégia para coleta de dados mais apropriada. Constatei, portanto, que neste ambiente de trabalho perder-se-ia muito em fundamentar um cenário e uma relação normal de entrevista propriamente dita, na qual apenas com a observação e a convivência os “não ditos” iriam se fazer enxergar. Por outro lado, não deixo de considerar a perspectiva de Rubens Adorno (2008) ao afirmar que no decorrer de uma investigação criam-se *situações de entrevistas incidentais*. Vivenciadas por mim em vários momentos das conversas informais, as quais possibilitam um campo de diálogo mais dinâmico e sem constrangimentos, comportando discursos e práticas no mesmo tempo e espaço.

Nesse sentido, também considerando a ressalva que Ostermann e Souza (2009) fazem a respeito do *paradoxo do observador* nas pesquisas que pretendem compreender a “fala em ocorrência natural”. Tenho consciência de que minhas observações e presença durante a realização dos procedimentos (desde procedimentos de saúde até os burocráticos) entre profissionais/usuários pode ter gerado, a princípio, variações na estrutura das interações e até na própria postura dos profissionais. Todavia, como a própria ideia do *paradoxo do observador* sugere, os sujeitos estudados só conseguem controlar os discursos e as práticas que não lhe são de costume, apenas nos primeiros momentos em que estão sendo observados, passando a relaxar após algum tempo de relação e interação com os pesquisadores, como no meu caso.

Nesse contexto, com o aparecimento de novas temáticas e universos de pesquisa, muitos são os dilemas e dificuldades dos pesquisadores que se dedicam a desenvolver pesquisas etnográficas em campos que fogem à lógica das clássicas e pioneiras *observações participantes* de longa duração. O fato é que o “fazer etnográfico” sofreu ao longo do tempo mudanças significativas relacionadas, principalmente, aos lugares, informantes e duração das pesquisas. De acordo com Knauth (2010), “um dos desafios da etnografia na atualidade é o de

³⁶ A intenção de realizar entrevistas com alguns profissionais selecionados fez sentido apenas nos primeiros meses do estudo. Sempre que mantinha alguma relação mais aproximada com algum profissional anunciava o interesse em realizar uma possível entrevista, contudo, conforme justificado, essa proposta foi abandonada ao longo da investigação.

como, sem perder suas características e a qualidade dos dados produzidos, reduzir o tempo de permanência em campo” (p. 110).

A emergência dos chamados *campos up* pressupõe tensões e desafios à prática etnográfica que tem como consequência a necessidade de estar constantemente sendo resignificada e redimensionada durante a realização de um estudo (SCHUCH et al., 2010). A partir de uma perspectiva antropológica, os campos *up* se inserem no contexto do surgimento de nova agenda de pesquisa que passa a se interessar pelas relações de poder na sociedade. Tal expressão é utilizada para definir os espaços de pesquisas “minados de poder” e constituídos por negociações com os agentes do estudo no qual “o etnógrafo se torna particularmente sujeito à censura ou controle pelos ‘poderosos’” (NASCIMENTO, 2010, p. 71). Assim sendo, nesses novos universos de investigações, os pesquisadores percebem que não possuem mais o monopólio da palavra escrita e passam a reconhecer com mais ênfase a necessidade da negociação de sua entrada no campo, como também a refletir sobre a devolução e repercussão dos dados obtidos para os interlocutores do estudo (JARDIM, 2010).

Na verdade, os problemas que se colocam hoje no âmbito das pesquisas em grupos ou instituições *up*, são completamente diferentes dos problemas que outrora eram problematizados pelos clássicos. Tudo tem início a partir do momento em que houve um “clamor em torno de uma nova agenda de pesquisa que incluísse o estudo dos grupos poderosos [...]” (SCHUCH, 2010 p. 31). Antes o foco das pesquisas eram os “outros distantes”, aqueles que nunca iriam ter acesso ao que foi dito em relação a eles. Hoje, no entanto, falam-se dos “outros próximos”, aqueles que terão acesso, em alguns casos, até o controle do material produzido. O caso é que tal mudança no quadro dos temas e focos de pesquisa, vem trazendo implicações tanto na postura de se pesquisar, quanto na de escrever, faz-se necessário um constante jogo de negociações e acordos com os sujeitos da pesquisa. Porto (2010) sintetiza bem essa nova tendência em pesquisas na área da saúde ao afirmar que:

[há] na prática de campo do antropólogo nas ciências da saúde uma questão de status. À diferença do que ocorre na etnografia tradicional, o trabalho de campo na área da saúde (e com os diferentes tipos de profissionais que a ela se dedicam) não se estabelece em relação a um grupo com menos poder e prestígio na sociedade do que aquele do próprio antropólogo. Não se trata de ir para apreender a cultura de uma minoria étnica, de um grupo isolado, ameaçado ou em vias de extinção. Ao contrário, os profissionais das áreas da saúde consideram-se ‘casta’ superior, no culto social que endeusa a medicina e medicaliza o corpo (p. 105).

No caso específico dos pesquisadores das ciências sociais no campo da saúde, os dilemas e desafios têm relação também com a prática da etnografia em si e com a falta de

reconhecimento sobre importância de investidas desta natureza. A impressão que se tem é que os profissionais do campo da saúde não conseguem compreender a relevância dos conhecimentos produzidos por nós, nem a validade dos métodos de pesquisa qualitativa que adotamos. Desta forma, as pesquisas que se inserem nos referidos campos são perpassadas tanto por questões éticas e imperativas de definição da postura metodológica a ser adotada, como por um implícito “controle” e das informações obtidas. Somos cobrados pelos pesquisados, como também pelos nossos próprios colegas de trabalho e, assim, configura-se o contexto onde se estabelece os mais recorrentes desafios contemporâneos das pesquisas etnográficas em instituições de saúde.

Ao deslocar esse debate para o contexto de pesquisa no CHCF, é possível perceber a mesma essência das relações que configuram os *campus up*. Formalizando o que Fleischer (2011) chama de “*andaime da pesquisa*” que consiste nas estratégias e interlocuções durante a pesquisa até chegar aos resultados. As negociações e constantes explicações a todos os novos contatos realizados eram necessárias para a continuidade da pesquisa. Em cada setor foi imprescindível os esclarecimentos sobre o que eu estava fazendo ali e qual o objetivo do meu interesse sobre tais informações. Foi como se a cada interação eu tivesse que justificar a minha presença e a minha intenção em coletar informações sobre determinado assunto. Desta forma, alguns profissionais me faziam perguntas por estarem realmente curiosos e sem entender como alguém da sociologia estava fazendo uma pesquisa na sala de coleta, por exemplo. Outros faziam porque ficavam desconfiados devido ao fato de alguém perguntar tanto sobre o seu trabalho e os procedimentos realizados, e tinha os que apenas me olhavam, mas não me dirigiam a palavra, como uma atitude de total banalização.

É preciso salientar que no CHCF a sensação de “controle” sobre o conteúdo das informações e sobre os assuntos que me interessavam não era tão latente como nas situações de pesquisa no CTA. Acredito que de certa forma isto se dá devido ao elevado número de setores, profissionais e divisão de tarefas, fazendo com que tais profissionais se sentissem mais à vontade para responder o que lhes era perguntado. Diferentemente, o contexto do CTA era um serviço pequeno e com poucos profissionais, de modo que todas as informações disponibilizadas poderiam gerar uma associação dos profissionais ao conteúdo das informações. De uma forma ou de outra, é importante ter em mente que nos espaços de pesquisa definidos como *campus up* o “controle” não é percebido apenas durante a estadia do pesquisador no campo, uma vez que ao nos voltarmos estritamente para o momento da escrita, sentimos durante todo o processo um controle ético sobre como seriam aceitas as informações

trazidas a público e quais as implicações das mesmas para o ambiente profissional dos interlocutores.

Por fim, diante do exposto, ficou demonstrado que os limites que o campo me conduziu fez com que decidisse ir aceitando o que o próprio campo me dava, passando a assumir uma postura ativa e focalizada apenas em relação às questões sobre histórias “arriscadas” ou possíveis situações em que se pudesse observar efetivamente o *risco*. Com isso, pude perceber através dessa experiência de pesquisa que a premissa sobre a importância da qualidade das relações de pesquisa para o andamento de um estudo é verdadeira, e que cada campo e situações de pesquisa possuem nuances próprias, cabendo ao pesquisador identificar as melhores estratégias a serem utilizadas nas especificidades do campo.

CAPÍTULO 2

ENTRE HISTÓRIA, TRABALHO E FLUXOS

Tendo ciência da importância de se compreender o universo no qual os processos de saúde e doença são percebidos e vivenciados na contemporaneidade, volto minha atenção, neste capítulo, para uma abordagem que contempla de forma minuciosa o campo de pesquisa analisado. Ao mesmo tempo, proponho uma abordagem mais abrangente acerca do domínio do trabalho na saúde enquanto um processo perpassado por singularidades na forma como é caracterizado.

Nesse sentido, início a discussão com um breve resgate histórico sobre as transformações ocorridas no CHCF, por considerar importante na medida em que ele ajuda a compreender como são fundamentadas as bases responsáveis pela construção das representações sociais acerca do CHCF. Posteriormente, volto minha atenção para contextualização do domínio dos trabalhos em saúde, procurando por um lado, problematizar brevemente as diferentes transformações no mundo do trabalho e, por outro, compreender os elementos que perpassam as dinâmicas laborais vistas como prestação de serviço nas instituições de saúde. E por último, realizo uma descrição dos fluxos que compõem o lugar da pesquisa para que o leitor possa visualizar a complexidade das rotinas e procedimentos presentes no campo de pesquisa em questão.

2.1 Um breve resgate histórico da instituição

O Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga (CHCF) integra a rede hospitalar da Secretaria Estadual de Saúde (SES) da Paraíba. Suas atividades foram iniciadas no ano de 1959, através de um investimento realizado pelo Ministério da Saúde (MS) para o Programa Nacional de Tuberculose. A princípio, foi denominado *Sanatório Clementino Fraga*, e tinha como única incumbência prestar assistência às pessoas em condições precárias de vida que fossem acometidas pela Tuberculose. Durante muito tempo atendeu apenas a esse público, passando, posteriormente, a ser subsidiado pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC) e, paralelamente, a ampliar os atendimentos a outras patologias para, então, ser reconhecido como um Hospital Universitário.

Contudo, a construção do Hospital Universitário Lauro Wanderley em 1973, fez com que a instituição em causa fosse perdendo investimentos e, conseqüentemente, voltando à sua estrutura inicial. Após passar por um considerável período de “abandono” e condições de atendimento inadequadas, finalmente o Governo do Estado por meio da Secretaria Estadual de Saúde (SES), numa tentativa de resgatá-lo, objetivando a melhoria da estrutura física e a abrangência dos atendimentos a outras patologias, estabeleceu um convênio com a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) que passou a assumir a diretoria para auxiliar na sistematização e aplicação dessas possíveis melhorias.

Tal acordo não se concretizou de fato e teve como consequência a disponibilização de condições de atendimento inadequadas por mais alguns anos. Em razão disso, no ano de 1988, o Governo do Estado da Paraíba entrou em cena mais uma vez. Agora, com a tentativa de implantar um serviço de internação e de abranger os atendimentos às pessoas acometidas pela então recém-descoberta epidemia da Aids. Nesse período, uma pequena reforma na estrutura física da instituição foi realizada; contudo, ainda insuficiente para os propósitos do serviço de se tornar um SAE (Serviço de Assistência Especializada). O relato Júpiter, profissional do laboratório que atua na instituição desde esse período, afirma que as condições da estrutura e materiais de trabalho eram totalmente inadequadas para o atendimento as patologias assistidas. Segundo ele, “*era uma época muito difícil e, ninguém queria trabalhar aqui*”.

Apenas nos anos 90, houve o investimento para a realização de uma reforma geral e “transformadora” da instituição que se estendeu até o ano de 2010, quando novamente foi inaugurado. Dessa vez, com uma perspectiva completamente melhorada, tanto em termos de infraestrutura como dos serviços realizados. Essa reforma é referenciada pelo profissional mencionado acima como uma medida mais que necessária, “*que transformou drasticamente para melhor a qualidade do nosso ambiente de trabalho e até das assistências realizadas*”. Foi nesta gestão que o CHCF passou a ser considerado referência no Estado da Paraíba para todas as doenças infectocontagiosas, uma vez que, antes, era referência apenas para doenças como o HIV/Aids, Tuberculose e a Hanseníase.

Ante ao exposto, convém ressaltar que esse breve histórico sobre da instituição é interessante porque ajuda-nos a entender algumas das *representações sociais* atreladas a instituição. Tais representações podem ser observadas por parte dos próprios profissionais da instituição, dentre os quais alguns que presenciaram todo o processo de mudanças ocorridas e os *da casa*, como também, por parte da população em geral que só tem referências de outras pessoas sobre o serviço. Considerar as representações como um elemento importante para a

compreensão do contexto pesquisado é importante, pois “as representações, embora não interpelem imediatamente as ações, são referências que, muitas vezes, podem estruturar as ações e guiar a prática” (PERRUSI, 2003, p. 234).

Algumas informações disponibilizadas pelos informantes do estudo indicam que há uma espécie de estigma/preconceito no imaginário da população em relação à instituição que está intimamente interligada as caracterizações adquiridas pela instituição ao longo de todo o processo de sua transformação. Estas, relacionadas principalmente aos tipos de patologias assistidas. Não obstante, essas e outras questões serão melhor desenvolvidas adiante, no capítulo que aborda as concepções de riscos ligadas à instituição.

Atualmente o CHCF disponibiliza serviços ambulatoriais de diagnósticos para a população em geral e serviços terapêuticos/ambulatoriais e hospitalares. Conforme afirmado anteriormente, a missão do serviço prevê o atendimento integral de qualidade e especializado para doenças infectocontagiosas, entre as mais recorrentes: HIV/Aids, Tuberculose, Hanseníase, Hepatites Virais e Dengue.

É preciso dizer também, que a política de saúde que financia os atendimentos e assistências realizadas pelo CHCF contempla recursos advindos tanto da SES como de Programas Nacionais desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. De modo que o CHCF participa de um conjunto de ações de saúde em parceria com o Estado e com programas nacionais.

2.2 Refletindo sobre o trabalho em saúde

Atualmente tem sido muito propagada a ideia de uma possível diminuição do interesse reflexivo em que a temática do trabalho está inserida, se comparada a outros períodos na história em que esse campo de estudo era central para a compreensão das formas de organização e produção das sociedades modernas. É sabido que esse campo de conhecimento adquiriu ao longo do tempo, posição de destaque para o desenvolvimento do pensamento e teorizações das Ciências Sociais. As preocupações advindas das relações e processos de trabalho tinham como objeto privilegiado de reflexão sociológica os clássicos, cabendo à antropologia a compreensão dos processos de troca e economias nas sociedades longínquas. Dessa maneira, os estudos sobre as modalidades/tipos de trabalho surgiram a partir do interesse em estudar a dinâmica econômica das sociedades e se intensificaram, principalmente, após a emergência do modo capitalista de produção.

Nesse contexto, é possível observar que as diferentes sociedades históricas sempre desenvolveram ideologias a fim de explicar as específicas estruturas de trabalho. Esses pensamentos eram sempre utilizados pelos grupos “dominantes” e tinham o propósito de justificar as distintas relações de trabalho encontradas. Tinham, também, o intuito servir de argumento para que houvesse a conformação/aceitação das classes menos favorecidas.

Dessa forma, alguns estudos apontam as diferentes valorações que a noção de trabalho assume em diferentes contextos e períodos da história. Nas sociedades tribais, por exemplo, o trabalho é visto como uma atividade indissociada do restante dos outros domínios, pois era uma atividade que não detém valor em si e nem *status* diferenciado com relação aos outros domínios do cotidiano, sendo necessário apenas para a subsistência e satisfação das necessidades humanas. Já as concepções trazidas com enfoque nas sociedades feudais apontam que o trabalho era visto como uma atividade detestável e depreciadora do homem, devendo ser realizada apenas para sobrevivência (ALBORNOZ, 1986). Até chegarmos ao momento em que o conceito de trabalho passa a ser visto como uma *vocação* que ao ser desempenhada dignificaria e “salvaria” o homem das tentações terrestres (WEBER, 1999).

Somente a partir do surgimento do modo de produção capitalista é que novas abordagens e significações em relação à temática do trabalho aparecem como uma atividade determinante e estruturante para a organização social. Entre os clássicos do pensamento social, Karl Marx é referência nos estudos que envolvem economia, trabalhadores assalariados e modos de produção capitalista. Através do seu enfoque sob a óptica do *materialismo histórico* ele tenta compreender a natureza e a influência das relações sociais de produção no modo como a sociedade é organizada.

A partir dessas contribuições, podemos observar que o *trabalho* é uma categoria muito antiga e ao mesmo tempo moderna quando considerada do ponto de vista econômico. Marx (1989, 2003, 2004) enxergava o *trabalho* como uma atividade produtora de riqueza social que estabelece a mediação do homem com a natureza e, por meio desta interação, emanaria todo o processo de formação humana. Para o referido autor, o trabalho seria responsável por todo processo de transformação, tanto das coisas em sua materialidade, quanto do homem como um *ser genérico*. Daí nasce à ideia de que o trabalho seria o elemento universal de socialização³⁷ da humanidade e o criador da *vida genérica* como uma atividade vital que distingue o homem dos animais.

³⁷ Segundo Perrusi (2003, p. 234), “a base da socialização estaria, pelo que se infere, localizada na dinâmica perpétua entre a esfera do trabalho e os processos de interação sócia”.

Todavia, de acordo com algumas perspectivas recentes (OFFE, 1989; SORJ, 2000), as pesquisas socioantropológicas romperam a ideia de trabalho como uma noção central para determinar a constituição das relações sociais devido à emergência de novas realidades e categorias de análise, tais como: identidade, estilos de vida, cotidiano, sociabilidades, experiências de vida, entre outras. De fato, o interesse sobre essas novas possibilidades de estudos serve como indício da hodierna perda de “prestígio” que o trabalho enquanto dimensão de conhecimento da vida humana vem sofrendo.

Tais tendências surgem num cenário onde a máxima sobre as relações de trabalho não estão mais fundamentadas na maçante/detestável produção em escalas industriais, na qual a vida dos trabalhadores se resumia apenas ao “chão de fábrica”. A revolução e mudanças ocorridas no sistema econômico capitalista propiciaram o interesse por outras esferas da vida, não mais ligadas à compreensão dos efeitos causados pelos modelos de administração científica do trabalho.

Nesse sentido, o que se tem nos dias atuais é uma crescente retirada de cena da presente temática dos estudos que se dedicam ao entendimento das modalidades cotidianas de vida social e pessoal dos indivíduos devido aos novos elementos que passaram a compor a vida das pessoas, conforme indicado acima. Desta forma, ao passo que as ciências sociais deslocam seu olhar para outros campos de análise é que as análises sociológicas sobre o trabalho deixam de ser um domínio não tão visível quanto já foi (SORJ, 2000).

Sendo assim, entender como são organizados e realizados pelos profissionais os trabalhos em saúde é fundamental para a compreensão das novas modalidades de trabalho, estas não mais tomadas estritamente como processos de produção, mas sim, como prestações de serviços. De acordo com Sorj (2000), o deslocamento da noção de trabalho assalariado/produtivo para o de serviços é consequente das novas estruturas estabelecidas pela era da *especialização* flexível. Em outras palavras, a dinâmica proveniente deste novo modelo de produção é a razão das mudanças ocorridas num novo processo de trabalho que foge completamente às ideias de “chão de fábrica”.

É importante ressaltar, também, que as interações e percepções dos trabalhadores da saúde sobre suas atividades é uma temática ainda pouco explorada pelas pesquisas das ciências sociais no contexto brasileiro. Estão voltadas em grande parte para a estrutura e condições de trabalho nos processos capitalistas de produção, identidades ou saúde do trabalhador diante das transformações ocorridas no mundo do trabalho (idem). A partir de uma revisão bibliográfica, Schraiber (1993, 1995), Ayres (2009) e Peduzzi (1998), pude

constatar que a maioria dos estudos sobre o viés aqui abordado, advém de investimentos da área da Saúde Coletiva. Ao passo que se evidencia muitas vezes como uma iniciativa dos próprios pesquisadores com formação neste campo de conhecimento as preocupações sobre o universo dos trabalhos em saúde.

Nesse sentido, há uma predominância dos estudos na esfera do trabalho industrial, formação de identidades entre classes trabalhadoras e saúde do trabalhador em contextos específicos de trabalho, enquanto há um reduzido investimento em relação à dinâmica que envolve os trabalhos/trabalhadores da saúde. De fato, o que estou querendo sinalizar é que a mudança na estruturação dos mercados de trabalho implica em novas configurações nas relações de trabalho, as quais ainda são vistas como um terreno pouco explorado pelas pesquisas socioantropológicas. Nesse cenário, minha intenção é tentar pensar essas modificações em um campo de atuação onde as experiências de trabalho envolvem não apenas o profissional enquanto trabalhador, mas também o sujeito que se beneficiará do seu trabalho.

Sendo assim, é neste contexto de mudança e de novas configurações no “mundo do trabalho” que me deparei com a possibilidade de pensar acerca da organização e desdobramentos desta categoria a partir das experiências de pesquisas junto aos profissionais do CHCF. Ao visitar os diferentes espaços do serviço de saúde me deparei com: interações e condições de trabalho, maneiras de fazer (práticas e estratégias), subjetividades, divisão de trabalho e jornadas, qualificação e tempo de serviço, solidariedades, conflitos e hierarquias, entre tantos outros elementos que caracterizam as contemporâneas relações de trabalho.

Um dos pontos que define bem essa atual “necessidade” de ajustamento dos novos horizontes de pesquisa tem relação com o deslocamento do exercício do trabalho, que deixa de ser visto como um “processo de produção” para ser visto como um “serviço”. De acordo com Offe (1986), o que caracteriza bem essa diferença é que o trabalho como um serviço não possuiu um “critério de eficiência econômica”, tal qual apresentado nos primeiros momentos do modo capitalista de produção que foi imposto aos trabalhadores na forma de lucro. É nesse sentido que “o setor saúde talvez seja um dos mais peculiares a essa nova forma de sociedade baseada na proeminência do trabalho em serviços” (NOGUEIRA, 1997, p. 72).

Conforme observado por Sorj (2000) em outros campos de investigação, nesse novo processo de interação laboral o trabalhador detém os “instrumentos” de seu trabalho como uma forma de “saber-fazer” do qual ele é o proprietário na relação com seu empregador. Logo, sob a perspectiva desta conjuntura não se pode mais pensar a partir dos pensamentos

trazidos por Marx (2004) enquanto trabalhadores destituídos dos meios de produção. Pois, ao aplicar essa noção sobre as relações por mim levantadas anteriormente, entendemos que o “saber-fazer” (conhecimento e técnica) é o instrumento de trabalho de domínio do trabalhador diferentemente de outros contextos em que o “saber do trabalhador” está limitado a realizar a tarefa com instrumentos fornecidos pelo empregador. Em contrapartida, Perrusi (2003) defende que:

[um] médico assalariado, trabalhando num hospital privado, não dispõe dos meios de produção necessários ao exercício de sua profissão, pois tais meios pertenceriam ao(s) proprietário(s) do estabelecimento (sala de consulta, aparelhos de exames complementares, etc.) - o médico assalariado estaria assim, de certa forma, "despossuído" de seus instrumentos de trabalho. No entanto, visto que "possui" o controle coletivo da produção e da utilização do saber médico por intermédio da organização profissional, ele estaria um "degrau" acima do que se chama comumente de 'trabalhador' (p. 110).

De uma forma ou de outra, o que caracteriza o setor de prestação de serviços são as novas formas de relação estabelecidas entre trabalhadores e empregadores. Que no caso dos trabalhos em saúde abrange também as relações de interação com os consumidores (“pacientes” ou usuários de serviço de saúde). Desta forma, coloca o trabalho/consumo e trabalhadores/consumidores no mesmo tempo e espaço, diferentemente do que acontecia nos tradicionais modelos industriais de produção. Assim sendo, de acordo com Nogueira (1997):

[ao] analisar o processo de trabalho em saúde, é necessário considerar três aspectos fundamentais. Em primeiro lugar, ele é um exemplo do processo de trabalho em geral e, portanto, compartilha características comuns com outros processos que ocorrem na indústria e em outros setores da economia. Segundo, ele é um 'serviço', já que toda assistência à saúde constitui um serviço. Terceiro, é um serviço que se funda numa inter-relação pessoal muito intensa. Há muitas outras formas de serviço que dependem de um laço interpessoal, mas, no caso da saúde, ele é particularmente forte e decisivo para a própria eficácia da ação (p. 72).

Convém ressaltar, também, que o próprio Marx (2003) já se preocupava com as transformações que o mundo do trabalho estava sofrendo, não apenas enquanto uma categoria, mas também, enquanto uma realidade da vida social em um período em que ainda não se falava em *produção flexível*. Contudo, uma realidade que ainda se faz presente, seja nos processos produtivos, seja no de prestação de serviços em que o trabalho continua sendo uma atividade voltada para o outro, na qual o trabalhador continua sob a lógica da produção de valor de uso social.

Segundo Marx (1989), para que um trabalho seja considerado útil tem que possuir utilidade para alguém, ou seja, produzir valor de uso. Isto porque “[ao] desaparecer o caráter

útil dos produtos do trabalho, desaparece o caráter útil dos trabalhos neles representados [...]” (idem, p. 47). O referido autor também afirma que o trabalhador “[para] produzir mercadoria, ele não precisa produzir apenas valor de uso, mas valor de uso para outros, valor de uso social” (p. 49).

Nesse sentido, o trabalho dos profissionais da saúde pode ser considerado como produtor de mercadoria mais ou menos no mesmo sentido como proposto por Marx (1989), uma vez que “[para] se tornar mercadoria, é preciso que o produto seja transferido a quem vai servir como valor de uso por meio da troca” (p.49). A analogia que estou propondo é enxergar as práticas de saúde como o meio ou “mercadoria” que proporciona a troca entre trabalhadores e sua clientela. Embora saibamos que os serviços por eles realizados não possuem a materialidade/objetivação que a definição de mercadoria exige, posto que, ao invés de ser realizado sobre coisas ou objetos ele “[dá-se], ao contrário, sobre pessoas e, sobretudo, com base numa inter-relação em que o consumidor contribui no processo de trabalho, é parte desse processo, na medida em que fornece valores de uso necessários ao processo de trabalho” (NOGUEIRA, 1997, p. 72).

Na perspectiva goffmaniana, o diferencial do trabalho com pessoas advém exatamente singularidade dos sujeitos e do produto que os profissionais “manuseiam”. Nas próprias palavras do autor, “[...] o trabalho com pessoas difere de outros tipos de trabalho por causa do conflito de *status* e relações que cada paciente traz para a instituição e por causa dos padrões humanos que precisam ser mantidos com relação a ele” (GOFFMAN, 1974, p. 74, grifo do autor). Por outro lado, se em cada contato (atendimento) houvesse algum tipo de compartilhamento emocional, tais interações seriam insuportáveis de serem sustentadas (GOFFMAN, 1983). É neste contexto que a divisão de tarefas aparece como funcional para os trabalhos em saúde.

Nesse sentido, quando se fala de trabalho em saúde, temas clássicos podem servir de subsídio teórico para a compreensão da lógica que perpassa esses processos na atualidade. Como é o caso da tão relevante *divisão do trabalho*³⁸. Sem a pretensão de esgotar todas as possibilidades ou questões a serem relacionadas a esse campo de investigação, gostaria apenas de sinalizar esta uma última dimensão como um elemento que se caracteriza tal qual a “roda

³⁸Conforme observado no campo empírico em causa, os trabalhos em saúde são perpassados por solidariedades ou complementariedades entre os trabalhadores que vão muito além da mera divisão do trabalho. Foi possível observar que as relações sociais de trabalho são perpassadas por vínculos que não se reduzem apenas ao espaço de trabalho ou funções exercidas – elas são constituídas por outro elemento que foge a lógica da obrigação ou do interesse profissional.

viva” que mantém os serviços de saúde. No entanto, o modo pelo qual estou considerando aqui a divisão do trabalho, falar de *fragmentação dos atos* aparece como uma perspectiva mais adequada para pensar não só a diversidade de atividades que integram um serviço de saúde, como também para localizar o usuário nesse interim terapêutico. De acordo com Nogueira (1997), esse conceito é definido como um processo no qual:

Num hospital ou numa clínica, o usuário tem que passar por uma quantidade enorme de atos de diagnóstico e de terapia para ter seu problema resolvido. Sabe-se que, usualmente, isso implica o deslocamento físico dele, de um setor a outro, dentro da mesma unidade produtiva ou entre estabelecimentos distintos (p.73).

Portanto, esse processo de *fragmentação dos atos* trata não só da divisão das práticas dos profissionais por meio dos diversos setores que compõem um complexo de saúde, como também posiciona os usuários que têm que participar e colaborar para poder usufruir do aparato da assistência médica. É dentro desse jogo de fragmentação (ou divisão do trabalho) que as interações entre profissionais da saúde e usuários são estabelecidas. Sendo assim, na medida em que o trabalho em saúde configura-se como uma modalidade perpassada por interações sociais, entendido como parte de um processo no qual os indivíduos não apenas reproduzem e conservam as “regras” das situações, mas, também, possuem capacidade de ação e criação em tais momentos. Assim, com uma perspectiva que foge ao paradigma estrutural, afirma Perrusi (2003)

[...] interessa-nos particularmente esse jogo entre a estruturação do contexto e a liberdade do sujeito, pois acreditamos que isso seja fundamental para entender as práticas profissionais, em particular numa situação de trabalho em equipe. [...] Se estamos corretos, a autonomia do profissional vai depender das normas que organizam seu serviço, dos recursos à disposição (condições de trabalho), das regras que regem a sua prática e do poder heurístico de referências simbólicas tais como representações, valores de grupo e posições identitárias. Assim, quando as práticas profissionais não entram em contradição com as normas, e no momento em que as atividades são estabelecidas em comum acordo no grupo, correspondendo a crenças mais ou menos partilhadas, a prática profissional sofre um forte condicionamento afetivo-cognitivo e uma marcante orientação das representações profissionais (p. 233-238).

Nesse sentido, há uma padronização das formas de se relacionar que obedecem às estruturas e aos de *papéis de rotina* prefixados pela instituição. No entanto, isso não significa dizer que os atores respondam apenas a tais condicionamentos, uma vez que há “possibilidade de os indivíduos, em sua performance na situação de interação, afastarem-se do conjunto de direito e deveres implícitos em seu papel social” (FREHSE, 2008, p. 158). Ao interpretar essa

ideia nos termos de Perrusi, percebemos que esta dupla modalidade de ação depende da institucionalização do espaço de trabalho, no qual as práticas profissionais variam entre situações onde:

[...] exista uma forte pressão normativa (prática fechada ou normativa), enquadrando os indivíduos no seguimento e no respeito às regras, seja numa situação onde há uma maior flexibilidade nas normas (prática aberta ou significativa), permitindo aos indivíduos uma maior espontaneidade e uma negociação mais livre com as ‘regras do jogo’ (PERRUSI, 2003, p. 233).

Outro autor que traz elementos que nos auxilia na tentativa de refletir sobre as possibilidades de ação e comunicação dos indivíduos em situações de interação numa determinada estrutura social é Bourdieu (2007), que se propõe a estabelecer um tipo de conhecimento sobre a dialética existente entre as *estruturas objetivas* e as *estruturas subjetivas* que compõem a ordem da vida social. A luz de conceitos como *habitus* e *campo* pondero que suas argumentações apresentam algumas perspectivas essenciais para pensar meu campo de estudo.

O *habitus* aqui é entendido como um “sistema de disposições duráveis e transponíveis”, produto do aprendizado inconsciente que se traduz em habilidade aparentemente natural e em capacidade livre de atuar no meio. Ele funciona como uma espécie de ‘esquemas mentais e comportamentais’ que tornam os agentes inconscientes da ação, percepção e reflexão. Desta maneira, como um processo de “interiorização das exterioridades, a noção de *habitus* não se resume a uma aptidão natural, mas social, variável através do tempo do lugar e do espaço”.

Ao colocar o conceito de *habitus* no centro da sua análise sobre as *práticas* dos agentes sociais, Bourdieu as define como “produto da relação dialética entre uma situação e um *habitus* [...] e ocorre no seio de um espaço que transcende as relações entre os atores” (ORTIZ, 1983, p. 19). Esta perspectiva ao mesmo tempo em que deixa entrever certa capacidade de ação para os agentes sociais, propõe que estes não agem livremente na medida em que as situações particulares nas quais se encontram são objetivamente estruturadas.

Partindo desse princípio, o autor utiliza o conceito de *campo* para referir-se a um sistema ou espaço onde as posições são previamente definidas. De acordo com sua argumentação, “cada *campo* possui ‘regras do jogo’ e desafios específicos que são irreduzíveis às regras do jogo ou aos desafios específicos de outros campos”. Assim, cada *campo* possui um *habitus* próprio e tem seu limite demarcado pelo alcance de seus efeitos.

Em suma, a contribuição do pensamento de Bourdieu que ressalto aqui é justamente em relação à proposta de superação dos paradigmas objetivistas e subjetivistas que estabelecida por ele, uma vez que, para tanto, é apresentada a ordem social na qual os agentes estão inseridos como estruturas estruturadas e estruturantes. Ou seja, o referido autor reconhece que existem realmente estruturas objetivas que condicionam as ações dos agentes, não obstante, ele enfatiza que tais agentes têm também capacidade de em suas práticas cotidianas criar, transformar ou conservar tais estruturas.

Sendo assim, estou considerando o papel do trabalhador da saúde como um *habitus* incorporado por meio de um processo de *sociação* consequente das “estruturas” ou normatividades da instituição, enquanto o *campo* corresponde ao espaço físico onde são estabelecidas e formalizadas as interações. Este profissional ao mesmo tempo em que age conforme as atribuições de seu papel possui, também, capacidade para modificar sua atuação dentro das possibilidades que realmente tem. Esta afirmação tem relação com a noção de que os agentes têm suas ações orientadas por “estruturas estruturadas e estruturas estruturantes”.

Em outras palavras, considero que o *habitus* do profissional da saúde configura-se como um saber prático que esses trabalhadores assimilam ao longo de suas trajetórias, e como resultado das interações entre o grupo ao qual pertence e o grupo ao qual destina suas atividades. Enquanto que o *campo* se configura como o espaço onde os trabalhadores poderão desempenhar seu *habitus* de profissional da saúde, o qual tem a capacidade tanto de conservar estruturas, quanto de criar/agir dentro delas.

Em contrapartida, na proposta de pesquisa sobre a qual faço reflexão, os sentidos atribuídos ao espaço também possuem importância central para o entendimento das interações estabelecidas, tanto no que diz respeito aos fluxos e utilização dos cenários pelos atores em ação, como às representações e significados conferidos ao lugar. No caso em questão, conforme indicado antes, o campo de estudo analisado aparece como alvo de intensos estigmas relacionados ao espaço físico e aspectos funcionais da instituição e aos indivíduos que dele fazem uso conforme poderemos ver no capítulo 3.

As informações indicam que o fato dessa instituição ser reconhecida como um ambiente que lida com procedimentos e atendimentos de saúde a patologias³⁹ são fortemente estigmatizadas e alvo de preconceitos. Logo, faz com que sejam atreladas representações sociais que a tomam como ambiente “poluído” e que oferece “perigos de poluição”

³⁹ Conforme afirmado anteriormente, as doenças que são administradas pelo serviço são: Aids, Tuberculose e Hanseníase. Nota-se que ambas as patologias são historicamente alvo de grandes preconceitos e estigmas pelo imaginário social.

(DOUGLAS, 1991). Essa noção de “ambiente poluído” advém de minha interpretação sobre como o CHCF é percebido, sendo válido ressaltar que, tais representações partem muitas vezes dos próprios sujeitos que ali realizam suas *práticas de rotina*, seja pelo fato de se trabalhar numa instituição onde o risco de contaminação com doenças infectocontagiosas é constante ou pelo fato de ser reconhecido como usuário.

Em todo caso, “mantém-se um acordo tácito entre os atores e a audiência no sentido de agirem como se entre uma e outra parte existisse uma dada medida de concordância e uma dada medida de oposição” (GOFFMAN, 1983, p. 279). Tal postura tem a ver com a necessidade de se evitar uma *ruptura nas interações*. Segundo Goffman (1983), “por vezes ocorrem rupturas devido a gestos involuntários, passos em falso em cenas, e estas rupturas desmentem ou contradizem a definição da situação que se deve manter” (p. 280).

Partindo desse ponto, Goffman afirma que os efeitos das rupturas abarcam três níveis distintos de abstração: *personalidade, interação e estrutura social* (1983, p. 284). Pensando no caso específico do CHCF, os acidentes de trabalho, erros médicos ou as próprias representações dos profissionais podem gerar rupturas ou perturbações no decurso do desempenho de papéis durante a interação. A partir da interpretação goffmaniana, em tais circunstâncias as rupturas assumem um caráter estrutural, pois são formalizadas como um episódio que põe em questionamento a competência performativa a reputação do profissional e a credibilidade do próprio hospital, ambos podendo sofrer com isso.

Para finalizar a discussão, outra questão que merece destaque acerca da composição do universo dos serviços de saúde tem relação com a divisão sexual do trabalho, a qual atribui à figura da mulher uma espécie de qualificação natural para esse campo de trabalho. De acordo com Lopes e Leal (2005) “os valores simbólicos e vocacionais, introduzidos no recrutamento de trabalhadoras, apelam para a entrada seletiva das mulheres nesse espaço profissional apropriado cultural e socialmente ao seu sexo” (p. 110). Desse modo, as mulheres são vistas como “naturalmente preparadas” para atuar no referido campo da saúde. Tal concepção associa à mulher uma espécie de vocação natural para o cuidado com outro, fundadas nas concepções de sentimento materno, sensibilidade, afeto e envolvimento transferindo-as para o campo do trabalho em saúde inicialmente como uma ação voluntária e solidária de religiosas.

Com o passar dos anos a ideia de trabalho voluntário e solidário esvaece, contudo, permanece a “concepção de trabalho feminino baseada em um sistema de qualidades, ditas naturais, que persistem a influenciar o recrutamento majoritariamente feminino da área” (BARBOSA et al, 2012). O mercado de trabalho é então estabelecido a partir de uma

“concepção sexuada de exercício profissional”, associando às mulheres características propícias para o trabalho em tais espaços.

De fato, isso permite-nos afirmar que a ideologia da “mulher cuidadora” é realizada por meio de uma dimensão essencialista que atrela à mulher um papel social ligado a características naturalizadas associadas ao feminino, pois “cuidar é, de certa forma, uma ação identitária feminina que transcende o espaço de trabalho. Somente as mulheres aprendem a cuidar, e são principalmente os cuidados de manutenção da vida que alimentam essa justificativa” (BARBOSA et al. 2012, p. 125).

Dessa maneira, a noção de cuidado enquanto ação essencialmente feminina fornece elementos e coerências que ajudam a compreender o panorama das “hierarquias dos sexos” presente no espaço de exercício das relações de trabalho na saúde (idem). Assim, o cuidar estaria associado a uma postura feminina que se representa por um trabalho “leve” adaptado às fragilidades femininas enquanto as atividades médicas do tratar ou curar estariam hierarquicamente ligadas ao papel do masculino responsável pela resolução de problemas (COELHO, 2005).

2.3 Os fluxos

Com efeito, como já apresentei algumas particularidades que configuram e compõem os debates sobre a complexidade da prática etnográfica nos dias atuais, assim como o cenário e o percurso metodológico do estudo em questão, faz-se necessário agora dar forma e conteúdo ao campo da pesquisa entrando pela via dos atendimentos de saúde prestados pela instituição investigada propriamente dita. Veremos a seguir: a rotina, percursos e fluxos na instituição, as relações nos espaços, os serviços de saúde ofertados, os procedimentos burocráticos, o conteúdo das conversas informais, o dia-a-dia e estratégias de profissionais, os resultados encontrados, dentre outros fatores.

Conforme explanado antes, o CHCF é uma instituição de saúde de referência em doenças infectocontagiosas da Paraíba que oferece serviços hospitalares e ambulatoriais para usuários da rede pública de saúde. O quadro de trabalhadores da instituição é formado por profissionais estatutários e por prestadores de serviço ao Estado, possuindo uma equipe de profissionais em regime de trabalho fixo e outra em regime de plantão, que são mais comuns entre os médicos do ambulatório e a equipe médica em geral do setor hospitalar. O registro da

entrada e saída dos trabalhos é feito através de um ponto digital que fica localizado ao lado da recepção do setor hospitalar próximo a porta da ouvidoria e da direção da instituição.

Na área hospitalar e ambulatorial todo o processo burocrático que permeia a relação do usuário com a instituição começa pelas recepções centrais, cada uma vinculada a respectiva ala da instituição. Os profissionais destas recepções são responsáveis por realizar o primeiro acolhimento dos usuários, após esse contato são encaminhados e são disponibilizadas as informações necessárias para que eles iniciem seu “itinerário” na instituição. Como desenvolvi a maioria das nossas atividades pesquisa na ala ambulatorial, cabe aqui apresentar com maior precisão e detalhes os aspectos relacionados aos atendimentos realizados neste contexto do CHCF.

A ala ambulatorial é basicamente composta por três *setores de disease*, denominados pelos próprios profissionais como “infecto”, “dermato” e “pneumo”⁴⁰. Cada um possui sua própria recepção (satélite) restrita aos seus pacientes com as respectivas patologias de origem. O setor conhecido como “infecto” é responsável pelos atendimentos aos pacientes com HIV/Aids, já a “dermato” direcionada aos pacientes com hanseníase e a da “pneumo” destinada aos pacientes com tuberculose. Tal subdivisão permite-nos afirmar que toda a instituição é delimitada por “territórios nosológicos”, no sentido de que todos os espaços são demarcados pela patologia concernente aos atendimentos do seu setor, fronteiras essas que também estão presentes no setor hospitalar como dito anteriormente.

Mesmo tendo interesse específico pelo “setor da infecto”, o primeiro setor o qual tive contato e, conseqüentemente, compreendi o seu funcionamento foi a da “pneumo”. O “setor da pneumo” e da “dermato” estão localizados praticamente na mesma área, tanto que na sala de espera dos usuários com ambas as patologias é o mesmo. O fluxo de profissionais e usuários nesta área “da casa” é bastante reduzido se comparado aos atendimentos realizados pelos outros setores. Ao entrar em contato com a recepcionista responsável fui informada que todos os setores da instituição possuem um Procedimento Operacional Padrão (POP), no qual constam os “protocolos” ligados aos atendimentos realizados por todos os profissionais do setor, desde os recepcionistas até a equipe de higienização. Ou seja, os POPs consistem numa espécie de ordenamentos a serem seguidos pelos profissionais que, de acordo com as informações coletadas, são elaborados e fundamentados nas “prescrições” do MS pelas

⁴⁰ Tais denominações são, em certo sentido, uma espécie de categoria nativa para se referir a tais espaços, de modo que elas são adotadas por todos os profissionais da instituição para se referirem a esses setores.

enfermeiras⁴¹ responsáveis e englobam desde os cuidados com a higiene dos trabalhadores até os objetivos e incumbências dos atendimentos realizados.

O POP da “infecção”, setor sobre o qual me debrucei ao longo do estudo, expõe como materiais necessários aos atendimentos realizados pelas enfermeiras a máscara, jaleco, gorro e estetoscópio, já para os recepcionistas apenas o jaleco. Em POPs como o da “pneumonia”, por exemplo, acrescenta-se o uso da máscara até para os recepcionistas pelo fato de que em tal setor o risco de contaminação se dá por vias aéreas. Contudo, é preciso trazer à luz a informação de que a utilização das máscaras na ala ambulatorial é um ponto de tensão para a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da instituição pelo não uso da mesma entre profissionais de quase todo o ambulatório. Conforme pude observar, pouquíssimos são os profissionais que fazem uso delas neste setor. O fato é que a utilização da máscara nesta ala é obrigatória e deveria ser adotada por todos os profissionais, independente das áreas que atuassem, como uma medida de segurança e controle de infecções.

Nesse sentido, ao questionar a uma profissional ligada ao NEP sobre a utilização ou não das máscaras no setor ambulatorial, fui informada de que esta questão é um problema “da casa” porque *“há alguns profissionais que não as usam de jeito nenhum”*. Ela afirmou que os mais antigos são os que geralmente apresentam esse hábito, sendo mais comum encontrar o uso correto tanto das máscaras como dos EPIs em geral entre os estagiários ou profissionais novos no serviço. Tal informação deixa entrever que é como se houvesse uma espécie de “imunidade de ofício” adquirida com os anos de profissão, que “autoriza” os profissionais mais experientes a adquirir suas próprias maneiras de fazer. Essas e outras questões serão melhor desenvolvidas no terceiro capítulo.

No que se refere aos percursos dentro do serviço irei apresentar primeiramente os dos usuários que ainda não são “da casa”⁴² para depois apresentar especificamente os dos pacientes “da casa” assistidos pelo “setor da infecção”, visto que este é setor onde ocorrem as relações entre os profissionais da saúde e os portadores do HIV/Aids⁴³. Os usuários que ainda não são “da casa” geralmente dirigem-se até a recepção central⁴⁴ (a qual possui duas “placas” de vidro informativas nas laterais indicando os setores que compõem o ambulatório) do

⁴¹ Para a construção textual, utilizarei sempre o gênero feminino para me referir aos profissionais de uma forma geral da instituição pelo fato da maioria dos profissionais que tive contato serem do sexo feminino.

⁴² Categoria utilizada pelos profissionais para fazer referência aos pacientes que enquadram no quadro de usuários dos serviços disponibilizados pela instituição. A definição, ou não, de ser um paciente da casa é dada a partir do resultado dos exames médicos realizados, os quais identificam se o usuário em questão possui ou não uma das patologias assistidas pela instituição.

⁴³ Para a construção textual, sigo a mesma ordem cronológica das atividades realizadas em campo.

⁴⁴ É interessante o fato de que os profissionais deste setor não usam jaleco no dia-a-dia, acreditamos que este fato está relacionado às circunstâncias de um primeiro acolhimento aos usuários.

ambulatório em busca de informações sobre os exames e serviços oferecidos, ou aos profissionais que geralmente ficam na porta de entrada com um colete onde tem escrito “conte comigo”. Neste momento eles são informados que a primeira coisa a se fazer é passar pela triagem médica, indicando, assim, onde está localizada a profissional responsável pelo registro dos usuários daquele dia.

Segundo as informações adquiridas, nesse processo abre-se um pré-prontuário, até saber se é um paciente “da casa” ou não. Essa triagem é realizada por um médico (normalmente um infectologista ou clínico geral) que pergunta quais são os motivos e as queixas do usuário na sua busca pelo serviço. Este momento é marcado pelo elemento do desconhecido, na medida em que ainda não se sabe qual a possível doença do usuário. Dessa forma, a partir do conteúdo das queixas do usuário para o médico é solicitado os exames necessários para confirmação das suas suspeitas que pode ser o agravo ou não do acometido.

O setor da triagem médica tem sempre um fluxo contínuo de usuários de todas as idades e sexos à espera do atendimento, uma vez que não há necessidade agendamento prévio. Para realizar essa consulta o usuário precisa apresentar a funcionária do setor (sentada numa mesa ao lado da porta da sala) seu RG e o cartão do SUS e informar também seu endereço. É imprescindível ressaltar que, no caso específico de usuários com suspeita de infecção pelo HIV, ele pode chegar à recepção e informar o seu desejo de realizar o exame sorológico, para então ser encaminhado diretamente para o setor de aconselhamento⁴⁵ sem precisar passar pelo processo da triagem.

Em condições ideais após o processo da triagem, o usuário recebe as prescrições e indicações necessárias para a realização dos respectivos exames. Caso os exames apresentem resultados para determinada doença assistida pela “casa”, abre-se um prontuário⁴⁶ e o usuário é encaminhado até o setor responsável por sua patologia – “infecto, dermató ou pneumo”. Se derem negativo, o usuário é encaminhado para algum outro serviço de saúde especializado ou até serviços de menor porte (como PSFs) a fim de tratar a queixa em causa. Em relação à entrega dos resultados, é importante ressaltar que nenhum resultado sorológico para HIV é entregue sem acompanhamento psicológico, neste caso, tais resultados são entregues por psicólogas, assistentes sociais ou enfermeiras da instituição.

⁴⁵ Essa atividade, no campo da DST/Aids, engloba principalmente três objetivos: disponibilizar apoio emocional e educacional aos usuários e fazer uma avaliação dos riscos através do estímulo para que o usuário reflita sobre sua vida. Esta prática consiste basicamente na atividade da comunicativa entre o profissional e o usuário do serviço (MS, 2010).

⁴⁶ Cada prontuário possui um número de registro a nível estadual no MS, como também o nome do paciente, agravo e o registro de todas as passagens e tratamentos realizados na instituição. Esse número também indica a ordem na qual eles foram arquivados no setor do SAME.

Essa é uma prática comum nos serviços que oferecem testes-diagnósticos para o HIV/Aids, como uma dinâmica aliada na tentativa de acolher o usuário para que este faça adesão aos tratamentos necessários e cumprir com a recomendação das diretrizes de aconselhamento que prevê o apoio psicológico na hora de abrir o exame e, em seguida, o registro dos resultados (MS, 2010). Tendo como referência outras experiências e relatos de pesquisa, é possível afirmar que na maioria dos serviços de saúde essa função é realizada por profissionais do sexo feminino, não sendo diferente no CHCF. Essa questão merece destaque, pois conforme pude constatar, a predominância de profissionais do sexo feminino ligadas a equipe médica (no geral) “da casa” é notória.

Como dito, esse é um fenômeno corriqueiro encontrado no âmbito dos trabalhos em saúde. Sabe-se que a divisão sexual do trabalho tem ligação com a concepção tradicional do homem mais próximo da cultura e a mulher da natureza, a qual se configura na hierarquia social homem-mulher (MACHIN et al., 2011). Neste sentido, é como se houvesse uma espécie de “qualificação de gênero” ou “recrutamento feminino” no cuidado com o outro dentro dos serviços de saúde, sobre esses fatores apresento mais elementos sobre esse debate a seguir.

A dinâmica processual no qual os usuários “da casa” estão inseridos ocorre da seguinte forma: após o recebimento do diagnóstico no aconselhamento com as “profissionais da psicologia”⁴⁷, o usuário marca na recepção central (onde o registro é ainda todo manual) sua primeira consulta já com o seu cartão de marcação de consultas e número do seu prontuário em mãos. A recepção central tem a incumbência de enviar todos os agendamentos para o Serviço de Atendimento Médico e Estatística (SAME) que, por sua vez, ordena todos os prontuários de acordo com os agendamentos diários. Os funcionários do SAME são responsáveis por separar todos os prontuários dos pacientes “da casa” para o respectivo dia da consulta com o médico, estes profissionais são os únicos habilitados para o arquivamento e pela circulação dos prontuários dentro da instituição. Desta forma, os prontuários dos pacientes no dia da consulta são levados previamente ao início dos atendimentos até as respectivas recepções satélites para facilitar e agilizar o registro dos pacientes. Posteriormente, são depositados e recolhidos todos os dias, sendo a devolução realizada apenas após a conferência da técnica de enfermagem (que acompanha as consultas) de que todos os prontuários do dia estão sendo devolvidos ao SAME.

⁴⁷ Categoria utilizada para se referir as profissionais responsáveis pelo acompanhamento psicológico dos usuários, podendo ser tanto psicólogas de fato, como assistentes sociais ou enfermeiras.

Assim sendo, seguidamente ao agendamento na recepção central, no dia da sua consulta registrada no cartão de marcação onde consta seu nome, RG, médico responsável e todas as passagens que ele tem/terá na “casa”. O paciente é direcionado para “recepção satélite da infecto” (ou da qual sua patologia se enquadre) sem ter que passar por nenhum outro setor. É preciso ressaltar que, entre o agendamento e a consulta propriamente dita há um espaçamento de mais ou menos 30 (trinta) dias. Ao chegar na “recepção da infecto”⁴⁸ ele apresenta o seu cartão ao profissional responsável no setor (recepcionista), que prontamente confere seu nome numa lista que tem registrado todos os pacientes agendados para aquele dia e depois verifica se o seu prontuário já está disponível. Após essa confirmação, na qual este profissional anota o nome e o código do prontuário numa folha, o paciente é encaminhado até outro profissional que fica ao lado para que possa apresentar o cartão do SUS e assinar a guia da consulta com a enfermeira e a da consulta com o médico, estes documentos são enviados ao MS, pois são eles que geram os recursos para a instituição. Nesta ocasião a profissional pergunta o nome do paciente, idade, endereço e registra o código da cidade nas guias que ele assina.

Após esses dois processos o prontuário do paciente é levado até a sala da enfermeira para que posteriormente o paciente seja chamado pelo seu nome para ser atendido. A “consulta” com a enfermeira é realizada numa das salas da infectologia/SAE, onde é feita uma espécie de triagem sobre as condições do paciente. Segundo informações, nesta triagem realizada com a participação de uma enfermeira e dois técnicos de enfermagem, o paciente é pesado e tem sua pressão aferida e todas as informações coletadas são registradas no prontuário do usuário. Posteriormente a esse procedimento realizado pelos técnicos de enfermagem, ele é acomodado e responde algumas perguntas realizadas pela enfermeira a respeito de suas condições de saúde. Nesta ocasião, ocorre uma espécie de levantamento sobre as condições de saúde dos pacientes. Desta forma, a enfermeira pergunta sobre possíveis queixas e hábitos de vida em geral, enfatizando sempre a importância de adesão ao tratamento para uma boa qualidade de vida. Segundo um dos profissionais, *“nosso propósito aqui é tentar fazer com que o paciente faça adesão ao tratamento e que ele tenha consciência de que não é apenas um número de prontuário”*.

Depois dessa “consulta de enfermagem”, o paciente sai da sala e aguarda na sala de espera até ser chamado para a consulta com o médico. Nesse meio tempo, seu prontuário é levado até o médico responsável em atendê-lo para que quando o usuário entre o profissional

⁴⁸ As informações trazidas a partir de agora serão referentes apenas ao setor da infecto; de modo que pode ou não haver certa variação nos procedimentos realizados nos outros setores.

já disponha de todas as informações adquiridas na triagem. Normalmente, o médico que realiza a primeira consulta é o mesmo que fica responsável por todo o tratamento, podendo apenas ser trocado a pedido do próprio paciente. Após esperar até ser chamado, o paciente entra na sala onde ocorre uma comunicação com o médico sobre medicamentos, tratamentos, entre outros. É válido ressaltar que as consultas com o médico são mais demoradas do que com a enfermagem.

É interessante notar que nesses processos que envolvem a triagem com a enfermagem e a consulta com o médico há uma divisão de trabalho hierárquica entre estes profissionais da saúde. Tal afirmação torna-se evidente ao percebemos o papel desenvolvido por cada profissional, os técnicos de enfermagem pesam e aferem a pressão, a enfermeira o questiona sobre condições de saúde e quem receita os medicamentos e as condutas do paciente é o médico. Em outras palavras, as interações estabelecidas entre os profissionais e usuários na descrição em causa, obedecem aos padrões da hierarquia concernente às competências de cada profissional, de modo que todo o processo é perpassado por uma sequência de atividades de menor relevância até obter a que realmente importa para os usuários que é a avaliação e prescrições do médico.

De acordo com as informações, os pacientes “da casa” podem agendar até duas consultas médicas com especialidades diferentes por dia, contanto que os horários não se choquem e que o prontuário esteja disponível em ambas as consultas. Cada médico só atende o número máximo de 08 (oito) pacientes agendados por dia. O acompanhamento dos pacientes da “infecção” é indicado para ser realizado com um intervalo de 03 (três) meses, para que assim seja possível fazer um monitoramento sistemático da doença. Esse intervalo entre as consultas satisfaz, por um lado, as normas do MS que indicam que cada receita de medicamentos só tem validade por três meses, e por outro, o regulamento de que os exames de CD4 e carga viral só podem ser realizados com o referido intervalo de tempo. Entretanto, os pacientes que fazem tratamentos com retrovirais têm que sempre estar em contato com o serviço para atualizar essas receitas, manter o monitoramento da doença em dia, e pegar os medicamentos, uma vez que os retrovirais distribuídos pela farmácia têm quantidade suficiente apenas para um mês⁴⁹.

Considero que essas “normatizações” desenvolvidas pelo MS podem ser vistas como uma estratégia criada pelas políticas nacionais de controle do HIV/Aids para que os usuários

⁴⁹ Conforme consegui angariar, o fato dos medicamentos serem distribuídos na quantidade exata para apenas um mês de uso satisfaz, por um lado, a ideia de que os pacientes sempre estejam em contato com o serviço e, por outro, garante que não falte medicamento para nenhum dos pacientes.

sempre “necessitem” estar em contato com os serviços de saúde, seja para estar apenas monitorando sua infecção, pegar medicamentos ou para renovar a requisição de seus medicamentos. Sem falar que no caso específico dos pacientes da “infecto”, no CHCF, estes possuem uma variedade de atendimentos especializados exclusivos, como: ginecologia e proctologia, odontologia, oncologia, dermatologia e pneumologia, que de certa forma, concentra todas as “necessidades” destes usuários em uma só instituição. Na verdade, a impressão que se tem é que todos os dispositivos burocráticos não só da instituição em si, mas também, das políticas de saúde como um todo, auxiliam para que as instituições que ofereçam serviços dessa natureza passem a assumir na vida dos pacientes uma espécie de centralidade e também de dependência, em que impõem aos pacientes que realmente aderiram aos tratamentos imperativos que os ligam às instituições constantemente.

Em relação à distribuição de medicamento, existe uma prática singular criada por Anjo para que os usuários que não tem condições (sejam elas devido à distância, financeiras, medo de ser reconhecido etc.) tenham acesso ao medicamento. Segundo ele, tudo começou com uma paciente que ia interromper o tratamento porque havia se tornado alvo de fofocas pelo motorista do carro da prefeitura no qual ela sempre viajava do interior até o CHCF para pegar os seus remédios. A alternativa que o Anjo criou foi começar a enviar a medicação para usuária pelo Sedex para que esta senhora não abandonasse o tratamento. Para baratear o custo com a embalagem ele utilizava caixas vazias de camisinhas da própria instituição e as embrulhava com uma folha de papel de 0,50 centavos. Neste caso, para que esse embrulho não fosse identificado pelos funcionários dos correios, integrantes da família ou outras pessoas que tivessem acesso à vida privada da paciente, o Anjo colocava no remetente o seu próprio endereço residencial – para que, assim, ninguém conseguisse ter conhecimento de que a encomenda advinha do CHCF.

De acordo com Anjo, esta prática foi tão bem sucedida que passou a ser realizada com outros pacientes “da casa” que também apresentassem dificuldades no acesso aos medicamentos. Segundo ele, na farmácia possui um ficheiro com nome “povo do Anjo”, onde ficam cadastrados todos os pacientes com os quais ele realiza essa prática alternativa. Com efeito, em seu relato ele afirma que desenvolveu essa prática com recursos próprios, no entanto, nos casos em que o paciente possui melhores condições financeiras, mas tem medo do preconceito ou mora em outro estado⁵⁰, pergunta se a pessoa quer adotar uns 02 (dois) pacientes. Desta forma, há a criação de uma rede de reciprocidade entre o Anjo e o usuário

⁵⁰ Segundo informações, alguns usuários do serviço são advindos de outros Estados vizinhos por medo de utilizarem o serviço da sua região e possivelmente serem identificados.

que “adota”, e de um círculo de solidariedade entre alguns pacientes que nem mesmo se conhecem.

Desse modo, a única condição ou condicionalidade que o Anjo afirma colocar para que ele continue a mandar a medicação é que os pacientes não deixem de realizar o monitoramento da doença de três em três meses. No caso de alguns dos integrantes do “povo do Anjo”, o profissional em pauta afirma ter uma cópia dos cartões de marcações dos usuários para poder agendar também as consultas de modo que quando os mesmos vêm ao serviço de consulta os cartões são trocados e o paciente fica com o cartão atualizado. Assim, de acordo com ele, “*o povo do Anjo não adoece nem morre*”, esta fala deixa entrever que, na sua concepção, essa prática é eficaz e possui uma lógica que ajuda os pacientes “da casa” para que não abandonem o tratamento.

Outra estratégia adotada por Anjo para otimizar o serviço e facilitar a adesão do paciente ao tratamento, é fazer com que os usuários que já estejam há muito tempo sem fazer o acompanhamento da doença, quando vierem para consulta, já tragam consigo os resultados dos exames em mãos. Essa prática é realizada a partir de uma negociação dele com os respectivos médicos para que estes prescrevam os exames mesmo sem realizar a consulta com o paciente⁵¹. Em outras palavras, a ideia que está por trás deste arranjo é para que não haja perda de tempo caso o usuário precise começar a tomar medicação, ou para que a mesma não falte nos casos em que os pacientes já fazem tratamentos com os retrovirais. Caso a mesma situação acontecesse em condições ideais (seguindo rigorosamente todo o processo burocrático inserido dentro dos prazos necessários) os pacientes “da casa” passariam mais de dois meses para começar ou dar continuidade a um tratamento que tem caráter de urgência. Em última análise é preciso ressaltar que o paciente ao receber essa receita ou requisição de exames assina devidamente a guia de consulta médica fazendo com que o serviço não seja “prejudicado”, gerando, portanto, recursos normais como se realmente tivesse havido uma consulta.

Tal iniciativa está fundamenta no fato de que além do prazo entre o agendamento e a consulta, há também o prazo para que os resultados dos exames CD4 e carga viral saiam que demoram em média de 40 (quarenta) dias para sair. Conforme pude levantar, esse é um prazo alongado de espera para quem precisa iniciar o tratamento com retrovirais na medida em que

⁵¹ A dinâmica consiste num arranjo no qual o Anjo, quando necessário, entra na sala de consulta médica (entre um atendimento e outro) e explana a situação do paciente ao médico. Este, por sua vez, prescreve os exames ou a mesma receita que o paciente por ventura já venha fazendo uso. Outro ponto que precisa ser ressaltado é que esta prática é acordada apenas com alguns médicos do setor, posto que alguns se recusam a realizar tal arranjo com a justificativa de que é dever do paciente manter seu tratamento em dia.

os médicos não têm como prescrever nenhum medicamento antes do recebimento desses exames para saber se é necessário ou não a adoção de medicamentos, ou quais os mais indicados e a dosagem ideal para o caso específico do paciente. Isto se dá devido ao fato de que as análises de todas as amostras de todo o Estado da Paraíba são enviadas ao Laboratório Central (LACEN), localizado na capital João Pessoa, que de certa forma, provoca acúmulo e demora na entrega dos resultados, segundo informações.

No que diz respeito à estrutura da recepção do laboratório e da sala de coleta do CHCF, é possível afirmar que este é um setor onde todos os “territórios nosológicos” existentes na instituição desaparecem, na medida em que todos os usuários do serviço (independente da doença que seja portador) entram em contato. Como dito antes, o setor do laboratório está localizado atrás da recepção central do ambulatório e ao lado da farmácia da instituição. A recepção do referido setor é composta por três profissionais responsáveis por registrar todos os exames que os usuários irão realizar que geralmente são coletados até 11h da manhã. Esta recepção é a mais movimentada “da casa”, pois o fluxo de usuários que vão realizar seus exames é bastante intenso todos os dias. Assim sendo, neste setor, é possível perceber um aglomerado maior de usuários que conversam entre si enquanto esperam o atendimento ou a entrega de medicamentos pela farmácia que fica ao lado demonstrando ser a parte “da casa” menos silenciosa e de mais interação entre os usuários.

Em outras palavras, esse é o único lugar “da casa” onde realmente é possível perceber os usuários conversando entre si. Este fato é interessante porque quebra todo o “padrão de silêncio” encontrado nos corredores e nas outras recepções, principalmente quando nos referimos ao “setor da infecto” onde em conformidade com o que Silva (2013) também observou em sua pesquisa, poucos pacientes conversam entre si. Acredito que, diferentemente do que acontece em outros espaços de espera, onde o simples fato de estar ali sentado à espera do atendimento pode denunciar a condição dos usuários. Na sala de espera do laboratório essa identificação não é possível, uma vez que todos os “territórios nosológicos” ficam suspensos, e não se sabe quem é um usuário ou outro. Desta forma, eles se sentem mais à vontade, e a interação entre eles aparece de forma natural.

Nesse sentido, a dinâmica é a seguinte: o paciente vai até a recepção⁵² e pega uma ficha que indica a ordem do atendimento com um dos profissionais que entrega a ficha com a cor correspondente aos exames que o usuário irá realizar. Existem três cores diferentes de

⁵² A recepção é composta por uma bancada longa com uma parede de vidro que separa o contato do profissional com o paciente. Esta recepção é única equipada com computadores. Em cima da bancada de mármore existe uma bandeja para que os usuários depositem amostras de fezes e urina para análise.

fichas: a laranja, que significa que os exames realizados são para portadores do HIV/Aids; a ficha amarela, direcionada aos usuários que estejam realizando todos os exames (como uma espécie de triagem) e a verde que é direcionada aos exames relativos a tuberculose. Cada ficha indica a cadeira que o usuário irá se sentar na hora realizar o registro dos seus exames com o recepcionista, na medida em que as cadeiras para a realização desse processo são identificadas de acordo com os exames sorológicos. Ou seja, cada cadeira à frente do profissional do setor atrás da bancada, possui uma identificação de cor e com nome “paciente em atendimento”. Conforme pude coletar, esse mecanismo foi criado tanto para agilizar os exames de quem é portador do HIV/Aids, como também porque estava havendo muitos problemas relacionados a identificação dos mesmos⁵³. O que acontece é que as coletas de sangue para os exames de CD4 e carga viral tem hora para serem coletados devido ao fato de encaminhamento até o LACEN. A coleta de sangue referente a esses exames é das 7h às 8:30h da manhã, sendo assim, se tais pacientes tivessem que realizá-lo baseado na ordem de chegada durante o dia, não daria tempo de coletar o sangue antes ou até este horário⁵⁴.

Na hora do atendimento o profissional chama o usuário para o registro dos exames pelo número da ficha e a respectiva cor, este, por sua vez, está sentado na sala de espera que tem suas cadeiras dispostas de frente para a recepção⁵⁵. Após esse processo de registro, o usuário aguarda até ser chamado por um dos técnicos de enfermagem responsáveis pela coleta do sangue, entre eles Júpiter e Estrela. Estes profissionais ficam sempre fazendo o movimento de ir até a recepção pegar as guias que constam o nome dos pacientes e os exames a serem realizados. Tais guias já vêm devidamente acompanhadas pelos tubos de sangue⁵⁶ condizentes com os exames que os usuários irão realizar. Desta forma, os técnicos são os que ficam responsáveis por chamar os pacientes, coletar o sangue, registrar o nome do paciente em cada tubo de sangue que ele recebeu junto com a guia de exames da recepção.

Ao chamar o usuário pelo nome, o mesmo se levanta e se dirige até a sala de coleta, que é subdividida em três salas para coleta de sangue e uma para testes de tuberculose. Esse processo de chamada é contínuo, na medida em que existem três técnicos coletando sangue

⁵³ Essa identificação pelas cores referente aos exames a serem realizados não é de conhecimento dos usuários, logo, eles não têm consciência de que a cor laranja significa que a pessoa que está sentando na cadeira tenha HIV/Aids. Outra estratégia que pude observar é que todos os dias a posição das cadeiras identificadas por cores é modificada.

⁵⁴ Em relação a isso, é pertinente salientar que muitas vezes há conflitos e reclamações de outros usuários por não entenderem o fato de outra pessoa chegar depois deles e ser atendido primeiro. Neste momento, em meio a questionamentos e “revolta” de alguns usuários, um dos funcionários sempre explica que é porque o exame daquela pessoa tem hora para ser coletado.

⁵⁵ É interessante expor que há uma pequena janela onde os pacientes esperando para serem atendidos pelos recepcionistas podem ver alguns bioquímicos realizando as análises das amostras coletadas.

⁵⁶ Os tubos roxos são para os exames CD4, carga viral e hemograma; já os amarelos são para os demais exames.

sucessivamente. Cada técnico possui uma sala de trabalho específica, equipada com uma cadeira reclinável para o usuário, uma bancada com os materiais de coleta e os EPIs necessários. Em relação a essa divisão do espaço e do trabalho neste setor, é importante expor que existe uma sala e um profissional específico para a coleta de sangue dos “pacientes CD4”⁵⁷ onde a responsável por essa função é Estrela⁵⁸.

Quando os usuários “da casa” vão realizar apenas os exames de CD4 e carga viral⁵⁹ (um pote para o CD4 e dois para o carga viral), os tubos de sangue são entregues a Estrela sem a guia das requisições, ou como a mesma se refere, sem as “bandeirinhas”; visto que estas são apenas para os outros tipos de exames realizados, ao passo que as guias servem como comprovante para que o usuário possa pegar seus resultados. Assim, quando são apenas exames de CD4 e carga viral os usuários não recebem a guia para buscar os exames, uma vez que eles não têm acesso aos seus resultados sem antes terem sido registrados em seu prontuário. Desta forma, tais resultados vão direto para seu prontuário e só são entregues durante a consulta médica.

No início do trabalho de campo, na sala de coleta me posicionava de forma que tivesse acesso as três salas de coleta simultaneamente (eu me encostava na bancada da pia onde os profissionais sempre lavavam as mãos) para que pudesse observar todos os procedimentos realizados. Depois de algum tempo, direcionei meu olhar mais atendo a sala exclusiva de coleta dos “pacientes CD4”⁶⁰ e, conseqüentemente, às práticas de Estrela. Após a coleta de todos os “pacientes CD4” do dia, ela confere todas as requisições, a quantidade e o nome dos tubos de sangue de acordo com a lista de registro da recepção. Estrela deposita todo esse material numa caixa térmica com gelo para que sejam enviados⁶¹ para o LACEN – onde serão analisados.

Quando ainda não se sabe se um usuário é “da casa” ou não e este vem apenas realizar o teste rápido para HIV, o mesmo pode realizar o teste a qualquer hora dentro do horário de funcionamento do ambulatório. O teste rápido dura em média 40 (quarenta) minutos para sair, já o teste sorológico normal de diagnóstico do HIV é entregue apenas com 15 (quinze) dias. Já

⁵⁷ Categoria nativa utilizada para se referir aos pacientes portadores do HIV/Aids.

⁵⁸ Técnica de enfermagem que trabalha no serviço há 4 anos.

⁵⁹ Esses são os únicos pacientes que tem a opção de solicitar um café da manhã à recepção na hora que estão fazendo seu registro; assim, após coletado o sangue vem uma profissional da nutrição com um café da manhã para eles.

⁶⁰ É importante esclarecer que o relato das práticas e procedimentos realizados na hora da coleta por tais profissionais será apresentado e analisado com detalhes no capítulo três.

⁶¹ Essa dinâmica de envio das amostras de sangue para o LACEN geralmente é realizada por um motorista da instituição que vem buscá-los no CHCF. Essa busca normalmente é feita às 9h da manhã, quando todos os CD4 e carga viral foram coletados.

no que diz respeito aos casos de acidentes ocupacionais de toda a região, os profissionais são encaminhados para o PA (Pronto Atendimento) do CHCF e passam por todo o processo de aconselhamento antes de realizar o exame, esse tipo de atendimento é realizado 24h por dia. Essa passagem pelo aconselhamento serve como um tipo de triagem realizada por um médico infectologista que analisará a necessidade ou não, e varia de acordo com o tipo da exposição do profissional acidentado ao iniciar a profilaxia com os retrovirais⁶². Os usuários que vão para instituição por meio de encaminhamentos de outros hospitais ou serviços de saúde, também são direcionados ao PA para passar pelo processo de triagem com o infectologista de plantão.

Em relação ao HD “da casa”, que fica localizado próximo as salas de consulta da “infecto”, foi possível observar que sempre há usuários esperando para serem atendidos. Conforme dito anteriormente, o HD é um serviço destinado apenas aos pacientes portadores do HIV/Aids que necessitem de intervenções médicas rápidas ou que precisem ficar em observação devido algum tipo mal estar. O usuário que precisa fazer uso deste serviço é direcionado a profissional que fica na porta do setor para registrá-lo. Ao chegar, o usuário espera para ser atendido pelo médico (exclusivo deste setor), que avalia e vê a necessidade ou não dele ficar em observação. Caso o usuário (que tenha ido até lá devido algum mal estar) não tenha melhorado até o final do dia, avalia-se a possibilidade dele receber alta ou ser transferido para a parte interna do hospital. Da mesma forma, se chegar mais de 04 (quatro) pacientes⁶³ do mesmo sexo (no dia) com necessidades de serem mantidos em observação, entra-se em contato com a ala hospitalar para saber se há possibilidade de um deles ser transferido para lá e ficar em observação.

No caso de usuários que tenham alguma queixa em relação aos efeitos colaterais dos medicamentos ou algo assim, ele também tem a possibilidade de se consultar com o médico do HD, caso não tenha conseguido marcar a consulta de rotina num curto prazo. É pertinente dizer que não tive oportunidade de fazer um acompanhamento sistemático neste setor, devido a alguns empecilhos colocados como inapropriados para a especificidade dos pacientes em questão, mesmo explicando que meu foco era em relação ao trabalho dos profissionais e não em relação aos usuários. O fato é que muitos dos usuários que utilizam este serviço “estão na rua” e, por isso, não aceitam estagiários ou profissionais que não sejam conhecidos como

⁶² Segundo informações, a profilaxia dos retrovirais nos casos de acidentes ocupacionais de risco deve ser administrada no período de 28 (vinte e oito) dias corridos.

⁶³ Isto se dá porque o HD só tem capacidade para 08 (oito) leitos, quatro correspondentes ao sexo masculino e quatro ao sexo feminino.

sendo do setor com medo de serem identificados que ter uma pessoa estranha causaria desconforto entre eles.

Para finalizar, gostaria apenas de ressaltar que no ambulatório como um todo, além do fluxo de usuários nos corredores e sala de espera, o fluxo de enfermeiras, técnicas, estagiárias e profissionais de outros setores é muito grande, sendo algumas vezes, possível encontrar pesquisadores (da área da saúde) aplicando questionários. Os dias de maior fluxo de pacientes no “setor da infecto” são aqueles em que tem mais médicos disponíveis, como a terça-feira que possui 05 (cinco) médicos em atendimento. A quantidade de usuários do sexo masculino e feminino é meio equilibrada, embora seja mais comum observar homens no setor para serem atendidos.

Pude perceber também, a partir de sinais diacríticos da classe, que a grande maioria é de estratos menos favorecidos, não observando nos dias em que me dispus a ficar na recepção e na sala de coleta nenhum paciente com aparência de classe média alta. Isso confirma a informação indicada por Anjo, de que a maioria dos pacientes com melhores condições financeiras realizam o monitoramento da doença no sistema privado de saúde, utilizando-se da instituição apenas em relação aos serviços não disponíveis na rede privada⁶⁴. E por fim, percebi que o acolhimento é o que garante eficiência e resolutividade no serviço, sendo o fator chave para adesão dos pacientes.

⁶⁴A exemplo dos medicamentos disponibilizados gratuitamente apenas pela rede SUS de saúde, como também para realização dos exames sorológicos CD4 e carga viral – posto que os mesmos tem um elevado custo e a maioria dos planos de saúde não contemplam sua realização.

CAPÍTULO 3

O RISCO ESTIMADO: A EXPERIÊNCIA FALA MAIS ALTO

A imprescindível necessidade de se problematizar e discutir questões relacionadas às definições e classificações dos *riscos* nas práticas de saúde da modernidade se encontra profundamente vinculada aos conhecimentos disponibilizados pela chamada “Epidemiologia Moderna” a partir dos anos 1980 (HERZLICH; PIERRET, 2005). “Risco” é reconhecido como um conceito polissêmico; é uma categoria multidisciplinar 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 interações sociais. Tal noção é construída e compartilhada através de valores e significados que revelam a carga simbólica das crenças e tabus de diferentes culturas (DOUGAS, 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. Por sua vez, de acordo com Perrusi e Franch (2012, p. 182), “o risco torna-se aberto à polissemia das interações sociais, inclusive, acompanhando a estratificação social”.

Por sua vez, para as ciências sociais, 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 regulação da vida que tal categoria apresenta; assim como a perspectiva de que os indivíduos assumem riscos voluntários e involuntários no decurso de suas vidas (DOUGLAS; WILDAVSKY, 2012). 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 – que diante do meu campo de estudo fornece elementos para perceber se tais fatores influenciam de maneira direta na forma como são realizadas as práticas de saúde destes profissionais.

Contudo, é preciso entender, antes de qualquer coisa, que “[...] as percepções de risco são distintas conforme aspectos socioculturais que incluem idade, gênero, renda, grupo social, ocupação, interesses, valores, consequências pessoais etc.” (CASTIEL, 1999, p. 48). Como também que “[...] a teoria cultural da percepção de riscos [...] considera o ambiente social, os princípios de seleção e o sujeito que percebe partes integrantes de um mesmo sistema” (DOUGLAS; WILDAVSKY, idem, p.7).

Face ao exposto, nesse capítulo apresentarei uma breve introdução sobre as representações sociais ligadas à instituição e as percepções e avaliações dos riscos entre os profissionais – baseadas, por um lado, na figura dos usuários e, por outro, no tipo de classificação dos riscos que os profissionais adotam no cotidiano frente às situações de trabalho. Logo, as análises serão em sua maioria centralizadas nas observações e relatos obtidos durante as conversas informais com os profissionais do serviço.

3.1 O estigma está no ar? Representações acerca do CHCF

“O clementino é um hospital muito estigmatizado, as pessoas só vêm aqui nas últimas e mesmos assim só vem como última opção – muitas preferem o HUI ao invés de vir para cá”. A profissional “Flor” me relatou isto logo na nossa primeira conversa sobre a minha entrada

no campo e o funcionamento da instituição. Segundo seu relato, o CHCF é estigmatizado tanto pela população em geral (que não utiliza o serviço, apenas ouve falar), como pelos usuários e profissionais do serviço – sendo entre estes últimos com incidência maior antes da reforma pela qual o CHCF passou nos últimos anos.

Flor informou que o CHCF mesmo sendo um complexo com referência em todas as doenças infectocontagiosas, acaba concentrando nele apenas os casos de Aids, Hanseníase e Pneumonia porque as pessoas com outras infecções se recusam a serem atendidas lá. Talvez esse fenômeno tenha a ver com a hipótese de *impureza* e *poluição* possivelmente associadas ao espaço (DOUGLAS, 1991); que seriam noções pertencentes às representações sobre a instituição como um lugar perigoso e que deve ser evitado. Assim, a ideia de lugar perigoso é um dos fatores responsáveis pela “rejeição” de usuários em potencial, acrescido das implicações morais e prováveis julgamentos baseados na possibilidade de serem reconhecidos como usuários de tal espaço; daí o fato desta instituição ser vista na maioria das vezes como última opção.

Embora o CHCF seja um complexo de saúde que atua no tratamento especializado em doenças historicamente estigmatizadas e marginalizadas como a Hanseníase e Tuberculose por exemplo, as informações indicam que “*a grande parte dos preconceitos e estigmas em relação ao Clementino se dá devido as pessoas com Aids*” (Informante Flor). Acredito que tal particularidade está intimamente relacionada a perspectiva de 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, espermatozoides, saliva, morte (JEÓLAS, 2010, p. 12).

Essa afirmativa corrobora e serve de argumento para a ideia de que as percepções de risco dos indivíduos ligadas ao HIV/Aids são marcadas pelas representações e valores morais associados a epidemia da Aids. Por outro lado, quando se trata das percepções dos *experts* da área, 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” destes em relação às suas práticas laborais; conforme sugere o estudo de Andrade e Tanaka (2002) em relação às representações dos profissionais da saúde referentes ao HIV/Aids.

Como se sabe, a Aids desde o seu surgimento foi (e ainda é) alvo de intensa carga de preconceitos e estigmas que tiveram início com a propagada ideia de “peste e gay” e

posteriormente com a noção de doença restrita aos emblemáticos “grupos de risco”. Contudo, embora a infecção pelo vírus HIV tenha assumido uma dimensão pandêmica ao longo do tempo e sua significação social tenha se transformado – não se restringindo mais a nenhuma categoria social específica e nem estando mais associada à metáfora da morte – as representações sociais ligadas à doença continuam assumindo uma postura que marginaliza e culpabiliza os acometidos pelo vírus.

Essa breve contextualização é relevante devido ao fato de nos trazer elementos que possibilitam compreender que há de certa forma um deslocamento de tais representações às instituições de saúde que atuam no tratamento da referida patologia – aqui no caso o CHCF. É como se a dimensão do estigma e do risco fosse deslocada para o espaço propriamente dito e não mais ficasse restrita a figura dos indivíduos doentes. Essa afirmativa se torna evidente diante de relatos como:

“Dizem que as pessoas tapavam a respiração quando iam passar aqui na frente (na rua)”. (Informante Flor)

“Alguns pacientes do interior preferem dizer que estão com câncer e que estão indo para o Laureano do que dizer que vem para cá”. (Informante Anjo)

“Os pacientes do interior vêm nos carros das prefeituras e muitas vezes pedem para descer no Arlinda ou Cândida Vargas e vem andando até aqui para que ninguém fique sabendo que eles veem para cá”. (Informante Anjo)

“Alguns profissionais, estudantes ou estagiários novos quando chegam aqui usam máscaras em todo canto – até no NEP e no auditório, como se tudo fosse contaminar eles”. (Informante Flor)

“Aqui tudo é contaminado, tem que ter o maior cuidado”. (Informante Estrela)

“Quando eu passei no concurso uma médica amiga da família foi dizer ao meu pai para eu não vir trabalhar aqui. E todo mundo quando sabe que eu trabalho aqui vem me perguntar como é e se tem muita gente com Aids”. (Informante Flor)

A referência ao espaço perpassa todas as falas acima, como se os estigmas e os riscos impregnassem na imagem do lugar em si e/ou a forma como ele é utilizado cotidianamente. Por parte dos profissionais nota-se, especificamente nessas falas, uma preocupação mais ligada aos riscos de contaminações provenientes da ambiência; enquanto que para os usuários há uma dupla dimensão associada tanto aos preconceitos e risco que estão impregnados no

lugar, quanto ao medo de serem reconhecidos como um dos usuários que frequentam a instituição.

A ideia de que tudo estava contaminado influenciava até minhas atitudes durante a vivência de pesquisa no espaço. Eu sempre lavava as mãos quando tinha oportunidade ou passava álcool em gel; procurava não encostar em nada e evitava ao máximo a necessidade de ir ao banheiro (evento que só aconteceu uma única vez e mesmo assim com a maior precaução) e nunca bebi água nos filtros espalhados pelos corredores do ambulatório. Um evento que me chamou atenção em relação aos filtros de água foi quando num determinado dia uma estagiária veio me perguntar (eu estava sentada numa cadeira ao lado da cadeira do Anjo na “recepção da infecto”) onde tinha copos descartáveis para beber água. Neste momento eu disse que estavam em cima da bancada da recepção⁶⁵, apontando para eles – os quais estavam particularmente neste dia empilhados e sem a embalagem de proteção. Ao ver os copos desprotegidos e expostos em cima da bancada ela me perguntou se só havia aqueles e eu afirmei que sim; em seguida ela sorriu para mim e disse “*esses não*” – e foi andando em direção a recepção central.

Esse acontecimento é relevante porque eu pude perceber que ela partilhava da mesma ideia que eu tinha de que aqueles copos estavam “contaminados” – não só por estarem expostos, mas devido ao fato de que todos os usuários que iam lá retirar um para si, pegavam toda a pilha de copos com as mãos para poder retirar apenas um. Logo, percebi que o fato de eu sempre ter evitado beber água na instituição (mesmo passando por situações de muita cede e frequente perda de horário de remédios) tinha a ver com os copos e, não, com a água ou o filtro em si. Isso se tornou mais evidente no dia em que o Anjo me ofereceu da água mineral que os profissionais tomavam – e mesmo assim eu recusei porque os copos seriam aqueles mesmos que os usuários sempre pegavam e depois deixavam os que restavam lá.

Outra questão importante observada nos relatos acima é que alguns usuários preferem admitir que estão acometidos por outra doença e, partir disto assumir que fazem parte de um itinerário terapêutico não contemplado pelos serviços do CHCF, do que assumir que fazem parte do quadro de usuários correspondentes as patologias assistidas pela instituição. Um fato que igualmente chama atenção tem a ver com a preocupação latente que associa o CHCF ao fenômeno da Aids, como se essa patologia englobasse todas as demais e as colocasse num segundo plano quando se trata das referências, representações e riscos atribuídos a instituição.

⁶⁵ Os copos descartáveis ficam guardados na recepção e os usuários pedem aos funcionários quando necessitam.

Tal interpretação, além de estar fundamentada nas falas, também se justifica a partir de uma provocação imputada durante a II Semana de Controle de Infecção Hospitalar realizada na instituição, onde a profissional Lua, responsável pelo Centro de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) nos informou que *“os profissionais só se preocupam com o HIV na hora dos acidentes ocupacionais. Mas e as outras patologias?”*. Esse questionamento corrobora com a ideia de que o fenômeno da Aids se sobrepõe quando comparada as outras patologias assistidas pela instituição, ao ponto de sempre estar no centro das atenções tanto no quesito das representações sociais sobre a instituição, quanto das preocupações relativa a gestão dos riscos existentes. Contudo, esta tendência provavelmente tem como uma de suas explicações a dimensão do perfil epidemiológico da Aids pois, enquanto a Tuberculose e a Hanseníase possuem um tratamento eficiente levando a cura, a Aids é uma doença que não tem cura, mas apenas controle – além de ter uma dimensão moral muito forte associada a sexualidade.

De fato, o que estou querendo chamar atenção é que as representações e estigmas ligados ao CHCF se articulam fortemente com domínio do imaginário e das construções sociais e passa a ter reflexos concretos na forma como o espaço é percebido e vivenciado tanto pelos profissionais, como pelos usuários. Sendo assim, pode-se considerar que tais elementos influenciam de maneira significativa a percepção de risco dos sujeitos que se inserem nesse espaço; na medida em que concordo com a afirmativa de Monteiro (2003) de que diante da epidemia da Aids a compreensão da percepção do risco (e as subsequentes práticas adotadas)

[deve] ser pensada como o resultado de um processo interativo e dinâmico, construído a partir da experiência social e da visão de mundo dos sujeitos. Nessa perspectiva, estão conjugadas as representações das formas de vulnerabilidade à doença e à percepção pessoal do risco e dos meios de controle do mesmo (MONTEIRO, 2003, p.258).

Em outras palavras, compreendo que as representações e os estigmas se refletem em ações no âmbito das modalidades de interação e formas de percepção e gestão dos riscos na instituição em causa. Logo, acredito que os valores culturais associados ao domínio da técnica e da experiência no que diz respeito às práticas dos profissionais de saúde sobre a referida doença influenciam significativamente na interpretação sobre as reais possibilidades dos riscos de contaminações e, na forma como os sujeitos envolvidos vivenciam e percebem o espaço cotidianamente (LIMA, 2011).

3.2 O tempo na “casa” indica o que é arriscado: as relações com equipamentos e com pessoas

Partindo do pressuposto de que as práticas e as interações dos profissionais da saúde do CHCF são balizadas pelo domínio da técnica e da experiência laboral, acredito que o que está em pauta na gestão cotidiana dos riscos tem relação com a familiaridade, ou não, dos profissionais tanto no que diz respeito às atividades desempenhadas, quanto ao contexto no qual está inserido. Diversos relatos deixam entrever que há uma espécie de “imunidade” desenvolvida com os anos de profissão que passa a influenciar de maneira objetiva a forma como os trabalhadores do CHCF realizam suas atividades de rotina.

Essa perspectiva pode ser desenvolvida a luz da chamada “banalização da Aids”; desenvolvida por Knauth (1998) a respeito de sua pesquisa com camadas populares da cidade de Porto Alegre – RS. De acordo com os resultados do seu estudo, a Aids é vista como um caso emblemático das formas como os indivíduos e grupos se “acomodam” ao contexto da doença e, isto se dava devido à proximidade e familiaridade desse agravo nas comunidades estudadas. A analogia a essa referência se tornou apropriada para o meu universo estudo devido a alguns relatos como:

“Você vai observar a utilização correta dos EPIs nos mais novos aqui no serviço. Tem um pneumologista antigo aqui que ele não usa de jeito nenhum a máscara e, ele já é tuberculoso”. (Informante Flor)

“Mas eu não uso máscara não. Numa altura dessa, há 23 anos trabalhando aqui eu já criei imunidade (e sorriu)”. (Informante Anjo)

“Uma pessoa que já trabalha na saúde há um bom tempo quando chega aqui fica numa boa. É mais complicado para quem está se formando”. (Informante Júpiter)

“O povo não usa (máscara) porque acha que já está imune. Pensam que não pega nada. É aquela velha história, faça o que eu digo e não faça o que eu faço”. (Informante Estrela)

“Mas já estamos imune Estrela. Uma história é o que deve ser e outra é a realidade”. (Informante Júpiter complementando a afirmação acima de Estrela)

“Eu era muito assustada no começo. Quando eu cheguei aqui eu parecia uma astronauta, vinha de touca, óculos, luva – tudo. Agora eu só venho com o básico. Hoje sou um pouco menos assustada”. (Informante Estrela)

Os relatos acima sugerem que há certa diluição da percepção de risco quando a instituição e os atendimentos realizados passam a ser percebidos como familiar ao

profissional; conforme também foi observado por Knauth e Leal (2012) em um estudo que envolve a percepção de risco entre uma equipe de marinheiros que trabalham em alto mar. Por isso utilizar a ideia da banalização da Aids para explicar a gestão do risco entre os profissionais parece adequada pelo fato de que, a familiaridade e a recorrência de determinado fenômeno ou situações altera a percepção de risco (KNAUTH, 1998); formalizando-se neste caso em modalidades de ação e interação. Em contraponto a essa realidade, onde a experiência e o corriqueiro fundamentam as práticas dos profissionais antigos, aparece a figura do profissional “novo”; este num ambiente desconhecido e vivendo experiências que não lhe são familiares.

Por outro lado, ao mesmo tempo em que esse profissional “novo” é visto como mais cuidadoso e de certa forma mais solícito a respeitar as normas regulamentadoras de segurança do trabalho (NRs) e, conseqüentemente, os Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), anteriormente mencionados; ele é alvo de críticas de alguns usuários no que diz respeito aos atendimentos realizados. Esta afirmação tem fundamento nas informações disponibilizadas por um usuário e também representante de movimentos sociais em DST/Aids do Estado da Paraíba, o qual me relatou numa conversa informal mediada por Anjo que o maior problema nos atendimentos é com os “profissionais novos”. Segundo este ativista, que estava na ocasião acompanhando outro usuário durante a sua rotina terapêutica, *“eles é quem tem os maiores preconceitos nos atendimentos. Eles parecem uns astronautas quando vem nos atender. Daí muitas vezes a pessoa até vem aqui, mas é mal atendida e não quer mais voltar”*. Ou seja, a partir desta afirmação podemos perceber que a percepção dos riscos nesses profissionais além de ser mais latente e afetar a forma como eles vão gerir o risco no cotidiano, também tem efeitos nas formas de interações sociais com os usuários.

Em outras palavras, fazendo uso das ideias de Monteiro (2003) decorrentes do seu estudo em relação à percepção de prevenção ao HIV/Aids entre jovens, os trabalhadores que já pertencem ao quadro profissional há um certo tempo associam ao espaço a noção de familiar e, conseqüentemente, de “proteção” – pois tudo é conhecido e faz parte da experiência de rotina deles. Já para os profissionais que estão ingressando na instituição a noção do desconhecido toma a vez; de modo que diante do estranho e das incertezas provenientes do contexto a ideia de “desproteção” prevalece e o risco é percebido como eminente. Desta maneira, a noção de “imunidade” entra em cena – adquirida pelos profissionais mais antigos – como um sinônimo de proteção e de segurança; alterando em certa medida a percepção dos riscos e a gestão que se faz deles.

Logo, como se pôde ver nos relatos, o domínio da familiaridade e do desconhecido afeta não só a percepção dos riscos, mas a forma como os profissionais interagem e utilizam seus instrumentos de trabalho no cotidiano – refiro-me aqui aos EPIs. Acredito que isto se dá porque “a valorização da prática e da experiência se sobrepõe às normatizações e à formalização escrita dos procedimentos” (KNAUTH; LEAL, 2012, p. 121). Por sua vez, a referência ao uso inadequado dos EPIs é uma preocupação exposta pelos setores burocráticos da instituição, principalmente, pelo CCIH, na medida em que “*ele não é levado muito a sério pelos profissionais*” (informante Lua). Nota-se também que a maior menção é dada a não utilização das máscaras pelos profissionais do ambulatório e ao visível “relaxamento” dos profissionais no cumprimento de todas as medidas prescritas pelos POPs.

Houve diversas situações concretas em que pude observar tais características do campo efetivamente e, não, apenas através dos discursos dos profissionais. Um evento que me chamou mais atenção foi a atitude de um estudante de biomedicina que estava estagiando no laboratório da instituição e que por ora estava cumprindo sua carga horária na sala de coleta na segunda semana em que realizava minhas atividades de pesquisa lá. O fato é que este estagiário – que utilizava devidamente todos os EPIs necessários como luvas, máscara e touca – chamou sutilmente a atenção de Estrela⁶⁶ porque ela estava fazendo um procedimento de manuseio dos tubos com amostra de sangue sem estar usando as luvas. Na hora houve um constrangimento mútuo e ela justificou o fato dizendo que havia acabado de lavar as mãos e que o pó das luvas lhe causa alergia e, como ela não ia mais fazer coleta, não tinha problema já que os tubos estavam bem limpinhos.

A partir desse momento se iniciou uma conversa sobre a utilização dos EPIs na sala de coleta. O estagiário continuou o diálogo afirmando que as vezes que tinha ido para lá estava devidamente protegido e, mais uma vez, sutilmente indicou que até a forma como Estrela usava a máscara estava errada; pois na medida em que ela a retirava do rosto na saída de um usuário e a colocava no pescoço até a entrada de outro na sala, a máscara já estava contaminada. Nesse momento Júpiter, técnico de enfermagem que trabalha há 21 anos no serviço, repetiu seu discurso de que eles já estavam imunes, pois lidam com aquilo todos os dias e, completou dizendo: “*Quem tem que usar são vocês, que nunca tiveram contato* (se referindo as máscaras e aos que são “novos” no serviço). *A gente já tá imune*” (informante Júpiter). Neste instante eu voltei imediatamente o olhar para mim e para a forma como estava vivenciando aquele espaço; pois embora me tivesse sido esclarecido, antes mesmo de iniciar o

⁶⁶ Estrela é técnica de enfermagem e trabalha no serviço há 4 anos atuando na sala de coleta do laboratório. Ela é a responsável pela coleta dos usuários portadores do vírus HIV, ou como ela chama, “dos pacientes CD4”.

trabalho de campo, a necessidade de se utilizar a máscara⁶⁷ eu nunca a tinha utilizado – e assim como o estagiário eu também era “nova” no serviço e não possuía a “imunidade” de que todos falavam.

Dessa maneira, por ora da ocasião, o mesmo estagiário se dirigiu a mim e me alertou que era para eu também estar com a máscara, pois embora eu estivesse ali fazendo uma pesquisa com os profissionais, os usuários doentes ou não estavam entrando e saindo a todo instante. Como uma forma de retrucar os comentários desse estagiário, Júpiter (que nunca usa máscara ou touca) imediatamente diz: *“É, mas era para ela ter usado desde o começo. Agora não adianta mais, ela já criou imunidade (e sorriu)”*. Esta fala de Júpiter foi com um sentido irônico, pois ele sabia que eu ainda não havia criado a “imunidade” no sentido que eles falavam, embora eu já estivesse frequentando o serviço há um tempo – ele a utilizou como uma forma de deslegitimar o discurso de um estagiário que não possuía “experiência” sobre o que estava falando. De uma forma ou de outra, o alerta do estagiário me deixou, por um lado, angustiada e com medo da possibilidade de pegar uma doença, mas por outro a afirmação de Júpiter me deu uma sensação de conforto – embora tivesse consciência de que ele tinha sido irônico e de que eu não estava me “protegendo”.

É preciso ressaltar também que o fato de eu não estar utilizando a máscara na sala de coleta despontou a primeira reação curiosa de uma usuária em relação a minha função ali; a mesma me perguntou se eu era estagiária e o porquê de não estava usando máscara. Ao responder que eu não era estagiária e que estava ali realizando uma pesquisa à usuária de uma forma alarmante disse: *“aí é que era para você tá usando mesmo. Aqui tá tudo contaminado porque é tudo fechado, não tem janela só esse ar (se referindo ao ar-condicionado) circulando os vírus”*. A partir desta fala, surge a primeira referência direta ao risco biológico de contaminação existente na sala de coleta; posto que até então só se havia falado dos riscos acidentais (ou ocupacionais).

Por conseguinte, comecei a tentar compreender o porquê de eu nunca ter usado a máscara e o motivo de não haver cogitado utilizá-la no lugar mais “perigoso” do ambulatório. Ao relativizar e problematizar esta minha postura durante a investigação constatei que mesmo diante de tantos medos e inseguranças em relação ao lugar da pesquisa, eu havia de certa forma adotado a mesma postura dos profissionais “antigos” da instituição – seja como forma de não me destacar sendo a “única” a utilizar a máscara e de certa forma aderir a prática

⁶⁷ É preciso dizer que nos primeiros dias de ida a campo eu ainda levava a máscara no bolso do jaleco, mas como quase nunca via um profissional utilizando eu passei a nem mais cogitar o seu uso e por isso a nem mais levá-la para o campo.

nativa, seja como um indício de que para mim o que realmente era arriscado era o sangue e não o ar.

De fato, na tentativa de tentar entender a minha postura enquanto pesquisadora ao vivenciar o espaço eu percebi que para aqueles profissionais a utilização da máscara não era tão necessária assim porque o risco provavelmente também estaria no sangue e/ou no usuário portador do HIV/Aids e, não, no ar que se respirava; de modo que a máscara de nada influenciaria na gestão do risco já que o vírus HIV não se transmite pelo ar. Essa hipótese corrobora com a ideia de que os riscos atribuídos a instituição sempre estão mais associados a Aids e as possibilidades de contaminação com vírus HIV, trazendo como segundo plano as preocupações relativas as outras patologias porque elas, na cabeça deles, não representam de fato um risco a vida que levaria a morte – como a Aids irá fazer se não for tratada⁶⁸.

Ou seja, embora o perfil epidemiológico tenha sido transformado e a metáfora que a associa a uma sentença de morte também – sendo agora vista como uma doença crônica ou de longa duração –, no dia-a-dia a referência e os medos relacionados à Aids ainda traz à tona querela vida versus morte. Vale ressaltar que a questão dos riscos em relação às outras patologias não é um tema levantado pelos profissionais que estão ali atuando no dia-a-dia e, sim, pelos setores mais burocratizados da instituição; conforme indiquei numa fala exposta anteriormente. Isto se dá devido ao fato de que “há, muitas vezes, uma não correspondência entre os riscos priorizados tecnicamente pelas normas e regulamentações e aqueles identificados pelos próprios trabalhadores” (KNAUTH; LEAL, 2012, p. 125).

Com efeito, no que diz respeito à utilização inadequada dos EPIs, as informações indicam que os profissionais sempre adotam uma justificativa presumível para esse “descuido”. De acordo com Flor, alguns profissionais dizem que sentem falta de ar ao usar a máscara e, por isso não usam, enquanto outros vão dizer que quem precisa usar é pessoal do “setor da pneumo”; já em relação às luvas alguns dizem que tem alergia ao material ou que não conseguem sentir algumas veias na hora de coletar o sangue. Em contrapartida é válido ressaltar que profissionais com algumas funções específicas seguem à risca todas as regras de proteção individual; que são os profissionais da nutrição (sempre com toucas, luvas, jalecos,

⁶⁸ Essa afirmação se fundamenta em vários relatos que demonstram que os profissionais não se preocupam (ou se previnem) tão meticulosamente contra a contaminação pela tuberculose, por exemplo, quanto se previnem da Aids. A própria Flor me relatou que quatro pessoas que passaram no mesmo concurso que ela para trabalhar no CHCF pegaram tuberculose. Outra evidência está na informação de que não há nenhum registro de soroposição para HIV decorrente de acidentes ocupacionais, enquanto que o registro de casos de tuberculose é bastante comum.

máscaras e sapatos fechado) e os responsáveis pela higienização⁶⁹ (sempre com calça e blusa branca, botas, luvas, touca e quando em setores específicos com máscaras).

Dentre as normatividades de biossegurança presentes na Norma Regulamentadora 32 (NR-32)⁷⁰ e nos POPs também consta que além da adoção correta dos EPIs, no caso das mulheres que trabalham na área da saúde as mesmas não podem estar maquiadas, unhas grandes e pintadas com esmaltes escuros e nem com o cabelo solto; assim como fica restrito a utilização de adereços como anéis, relógio e brincos grandes.

Por outro lado, face ao exposto, há uma postura defendida por alguns profissionais de que na verdade quem era para utilizar as máscaras no ambulatório deveriam ser os usuários; pois seriam eles tecnicamente os mais vulneráveis, já que como a imunidade dos usuários portadores do vírus HIV é baixa, uma simples gripe pode se tornar um grave problema a sua saúde – quem dirá o risco de adquirir tuberculose. A ideia de que não se sabe quem está doente ou não e, de que todos estão susceptíveis justificaria a necessidade de os usuários utilizarem a máscara, de modo a proteger eles mesmo, assim como aos profissionais. Essa perspectiva é interessante porque retira dos profissionais tal responsabilidade, ao passo que teria que partir dos próprios usuários a preocupação em se “proteger” de eventuais contágios; de forma que a partir de um autocuidado o “outro” também se beneficiaria. Por sua vez, essa iniciativa de autocuidado que os usuários poderiam adotar para evitar os riscos de contaminação eu só presenciei uma vez – quando uma usuária portadora do vírus HIV trouxe uma máscara na bolsa e a colocou na hora de entrar sala de coleta sem ninguém ter lhe indicado algo sobre o assunto.

Outra questão interessante levantada por Flor em relação as percepções de riscos acerca do CHCF, foi seu relato de que para ela a ala ambulatorial era mais perigosa do que a ala hospitalar. Segundo esta profissional, o ambulatório é mais perigoso porque não se sabe quem está doente e nem as patologias dos usuários em comparação a ala hospitalar, onde todos os pacientes internos estão separados em diferentes setores de acordo com a respectiva patologia. A fala de Flor é a seguinte: *“o ambulatório me dá mais medo, porque a gente não sabe quem está doente. Já aqui no hospital todo mundo tá separado por setores, aí o profissional sabe bem direitinho que tipos de cuidados deve ter e que EPIs usar”*. Contudo, essa comparação dos riscos entre a ala ambulatorial e a hospitalar não é um pensamento compartilhado entre todos os profissionais da instituição. Estrela por exemplo considera a ala

⁶⁹ Segundo o setor do CCIH, *“o pessoal da higienização são os que precisam ser mais capacitados porque são os que estão expostos aos riscos biológicos, químicos e acidentais”*.

⁷⁰ A NR-32 foi publicada em 2005 é a norma que trata da segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde.

hospitalar mais arriscada do que o ambulatório. Ao negociar com ela um “passeio” comigo pela ala hospitalar para que eu pudesse conhecer melhor o espaço e os setores ela me informou que só ia comigo se eu estivesse com touca e máscara, pois segundo ela:

“No hospital só tem carrego, eu não vou lá de jeito nenhum sem touca e máscara. Todo mundo que tá lá já está doente então tudo é mais contaminado e perigoso. A máscara mesmo aqui na coleta eu não gosto muito de usar, só se eu ver que o paciente e carrego mesmo; mas no hospital não tem isso não, eu sempre uso quando tenho que ir lá coletar o sangue de alguém”.

Os dois relatos acima pressupõem que a percepção dos riscos em relação aos setores mais perigosos e arriscados da instituição tem sua essência baseada na forma como esse espaço é utilizado e, conseqüentemente, dos usuários que os utilizam. A profissional Flor remete-se aos riscos do desconhecido, por não se saber a patologia dos usuários e, com isso que tipo de cuidados adotar; já Estrela refere-se aos riscos conhecidos, onde se tem a noção de que *“todo cuidado é pouco”*.

Por sua vez, dando ênfase a partir de agora apenas as relações e práticas observadas na sala de coleta, é possível afirmar que cada profissional possui seu jeito de trabalhar e, conseqüentemente, de coletar o sangue – de modo que a, *“a coleta é diferente, cada profissional tem seu jeito de trabalhar”*, como defendeu a própria profissional responsável por me inserir no referido setor da pesquisa. Estar presente na sala de coleta me possibilitava observar tanto forma como os profissionais selecionavam os instrumentos de coleta, assim como a forma que eles manuseavam os equipamentos e interagiam com os usuários. Uma seleção constante variava entre a seringa a vácuo e a seringa tradicional. De acordo com as indicações do MS e da NR-32 a seringa a vácuo é mais indicada para coleta de exames CD4 e carga viral, tanto pela possibilidade de coletar a quantidade de sangue necessária para a realização das análises, como para diminuir os riscos de acidentes ao se encher os tubos com sangue.

Ao perceber a procedimento de Estrela e Júpiter, ora usando a seringa a vácuo, ora usando a seringa tradicional questioneei o que balizava essas escolhas. O discurso de ambos os profissionais afirmava que tem a ver com a quantidade de sangue que tem que ser retirada e com o usuário; já que segundo Estrela, *“alguns pacientes não gostam da seringa a vácuo porque tem que ficar trocando os tubos e porque a agulha é mais grossa. Mas assim, a vácuo é mais segura, principalmente pra mim”*. Contudo, embora Estrela reconheça que a seringa a vácuo é mais segura em relação risco de acidentes, ela me informou que prefere a tradicional porque se sente mais segura na hora de coletar *“porque eu não tenho que ficar mexendo a*

mão com a agulha dentro do braço do paciente”. Esta afirmação de Estrela⁷¹ confirma algo que eu já havia observado, pois a maioria das vezes ela só coletava sangue com a seringa tradicional; de modo que apenas nas ocasiões em que a capacidade da seringa tradicional não comportava a quantidade de sangue necessária é que ela recorria a seringa a vácuo. Já Júpiter afirmou que tanto faz uma como a outra, mas complementa essa informação indicando que:

“A seringa a vácuo só é ruim quando tem o exame do esfregaço, porque aí eu tenho que pegar uma seringa normal e enfiar a agulha no tubo para pegar uma gota do sangue e pingar na paleta. Daí é muito trabalho e é arriscado eu me furar né. Por isso, como a maioria das coletas que eu faço tem esse exame pra fazer eu acabo usando mais a seringa normal”.

Por sua vez, sabendo que os riscos com a seringa tradicional estão diretamente associados a possibilidade de um acidente com material perfurocortante na hora de se transferir o sangue para os tubos, é possível perceber que tais profissionais assumem o risco mesmo tendo conhecimento de que a seringa a vácuo é a mais indicada porque não há necessidade de transferência de sangue. Desta forma, pode-se dizer que eles adotam o instrumento que lhes é mais funcional e que lhes remete mais segurança no seu manuseio; de modo que, mesmo se tendo conhecimento das normatizações das NRs, as suas práticas estão fundamentadas na experiência e na rotina que o trabalho lhes impõe, assim como na interação deles com os usuários – dando espaço desta forma a perspectiva de que *“uma coisa é o que deve ser, outra coisa é a realidade”* (informante Estrela).

Ante esse contexto onde as maneiras de fazer individuais medeiam o resultado final, é que o CHCF é equipado com todos os materiais de segurança necessários para se reduzir (ou evitar) os riscos de acidentes ocupais. Dentre esses equipamentos estão os coletores (caixas de descartes) das seringas, as quais retira a necessidade de reencape da agulha após a coleta – posto que essa sempre foi uma das práticas mais arriscadas dos laboratórios antes da instauração dessas caixas coletoras – e pinças para retirada da agulha do suporte da coleta a vácuo. Segundo defendido pela profissional responsável pelo CCIH, a informante Lua, o descarte inadequado de materiais é o responsável pela maior incidência de casos de acidentes ocupacionais e o que tem indicação de se iniciar logo a quimioprofilaxia com os antirretrovirais porque não se tem conhecimento de quem é o paciente. Segundo ela, *“esse é um descuido de um profissional que acaba comprometendo e pondo em risco todos os outros”*.

⁷¹ É preciso expor que Estrela é a única profissional responsável por coletar os exames CD4 e carga viral; de modo que Júpiter e outra profissional do setor ficam encarregados de coletar os exames dos demais usuários – por isso ele realiza o “exame do esfregaço”.

De acordo com as informações disponibilizadas na II Semana de Controle de Infecção Hospitalar por essa mesma profissional, os riscos de acidentes de trabalho⁷² dentro de um ambiente hospitalar estão distribuídos em quatro tipos: biológicos, químicos, físicos e acidentais. No caso específico do CHCF os riscos acidentais, que embora possua uma incidência considerada reduzida, quando comparada ao número total de profissionais da instituição, são os mais recorrentes. Contudo, não se pode deixar de considerar o fato evidenciado por Lua de que há um elevado índice de subnotificações⁷³ dos acidentes ocupacionais – e esta provavelmente é a causa de se apresentar uma reduzida porcentagem das notificações⁷⁴. Numa conversa informal com Lua, no momento em eu fui solicitar os dados sobre as incidências dos acidentes ocupacionais, ela me informou que:

“O alto índice de subnotificação acontece porque os trabalhadores não dão a devida importância ao acidente ou até porque desconhecem os benefícios que a notificação pode trazer para eles. Muitos têm medo de demissão ou da crítica que outros profissionais possam vir a ter”.

Não obstante, as informações coletadas juntos aos profissionais em relação as notificações, ou não, dos acidentes não apresentam as mesmas justificativas da fala acima. As justificativas expostas pelos profissionais da sala de coleta, por exemplo, faziam referência a todo o processo burocrático que envolve um acidente de trabalho, como também a preocupação com a possibilidade de ter que tomar o “coquetel”⁷⁵. De acordo com os relatos:

“É muita coisa pra preencher. Passa por médico, assistente social, psicóloga – é uma burocracia só. Sem falar que ter que tomar aquela medicação deve ser horrível. Eu tenho uma amiga que se acidentou e começou a tomar o coquetel, mas desistiu no meio porque os efeitos colaterais eram horríveis” (informante Estrela).

“Eu mesmo não tomaria aquele troço a menos que tivesse certeza que ia ser contaminado. Aquilo deve ser muito ruim, acaba com a pessoa” (informante Júpiter).

Nesse sentido, aliada a burocracia nos procedimentos necessários para notificação à referência aos efeitos colaterais do coquetel aparece, na visão dos profissionais, como algo ruim e que deve ser visto como derradeira opção. Talvez esta última justificativa seja a mais

⁷² O CHCF é referência Estadual no atendimento a pessoas que sofreram acidentes ocupacionais.

⁷³ As informações indicam que a maioria dos acidentes não podem ser notificados porque não se chega nem a ter conhecimento. Segundo a profissional responsável *“temos que fazer um trabalho buscativo através da rádio corredor”*.

⁷⁴ A respeito ver os anexos. Apresento lá os gráficos com as notificações disponibilizados pelo CCIH da instituição do ano de 2012 – até então o mais recente do período da pesquisa.

⁷⁵ O coquetel que eles se referem diz respeito ao tratamento de prevenção com antiretrovirais durante um período de 28 dias.

relevante, dentre as outras, para que os mesmos não notifiquem os acidentes vivenciados; embora não se possa esquecer que a decisão de tomar, ou não, o coquetel está respaldada na “avaliação dos acidentes e do risco” que os profissionais realizam, conforme abordarei no tópico a seguir.

Segundo os dados levantados, o acompanhamento que um profissional faz após determinado acidente tem duração de 6 meses, de modo a realizar o teste a cada 30 dias⁷⁶. O ritual consiste em depois da ocorrência um acidente o profissional entrar em contato com a triagem do PA para ter uma consulta com o infectologista de plantão. Lá se faz uma análise da profundidade (nos casos de acidentes com perfuro-cortantes); do material e da presença ou não de sangue. Nos casos em que se tem acesso ao “paciente fonte” realiza-se um exame no mesmo para identificar a sua sorologia – falarei mais desses processos no tópico a seguir. De acordo com Lua, *“o paciente fonte é o ponto chave para saber se há a necessidade de aderir a quimioprofilaxia. A primeira coisa a se fazer é testar o paciente”*. Ou seja, a referência é sempre o outro – o “paciente” em diferentes dimensões da gestão do risco.

Em suma, ante ao exposto, é possível perceber que a prevenção dos acidentes ocupacionais gira em torno da utilização correta dos EPIs e da eficiência na realização das práticas cotidianas entre os profissionais. E que mesmo diante de preocupações tão concretas em relação aos riscos, há falas que nos indicam que *“no Clementino estamos muito seguros; estamos muito mais equipados se comparados a outros hospitais por aí”* (informante Lua).

3.3 “Eu avalio se tem risco ou não” – as histórias do laboratório

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 com o intuito de prevenir doenças.

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

⁷⁶ Não há casos registrados de soroconversão após um acidente no CHCF. Essa terminologia é utilizada pelo meio biomédico para se referir a mudança sorológica de um paciente soronegativo para soropositivo. Quando há uma soroconversão em 30 dias já se tem um resultado preciso dessa mudança sorológica.

devem ser regulados por medidas universais de biosegurança⁷⁷, de modo que haja um nivelamento nas práticas dos profissionais da saúde, sob a hipótese de que todos os indivíduos estão potencialmente contaminados. Pode-se considerar que tal perspectiva tem como repercussão a instauração de uma espécie de *cultura de segurança* ou de uma *cultura do risco* nas instituições de saúde contemporâneas.

A partir das interpretações de Knauth e Leal (2012) entende-se aqui por *cultura de segurança* o compartilhamento de representações de trabalhadores diante dos riscos e perigos envolvidos nos seus processos de trabalho, que se refletem de forma concreta em ações realizadas por diferentes sujeitos; embora de forma relativizada e individual. Já *cultura do risco* pode ser definida enquanto um conjunto de disposições, normas e práticas, institucionalizadas ou não, que tomam os princípios ordenadores da noção de risco como referência no exercício das práticas sociais, no caso, profissionais (SOUZA FILHO et al., 2006).

Por sua vez, na tentativa de gerir os riscos, os processos de trabalhos em saúde passam a ser regidos por diretrizes e normatividades que tentam enquadrar as práticas dos profissionais da saúde como se suas atividades não consistissem num processo que envolve uma dimensão técnica e de interação com os pacientes. Neste sentido, considero que o que está em pauta nas práticas cotidianas desses trabalhadores não é apenas as NRs definidas pelo Ministério do Trabalho ou pelas normas de biosegurança, mas, principalmente, a experiência e representações que se fazem presentes na hora da realização das suas práticas; na medida em que não é só o risco técnico ou o regulado pela ameaça do risco biológico que está em jogo no cotidiano dos serviços, mas o risco social – de quem é o outro diante destes trabalhadores.

Com efeito, nesse ínterim entre regras e assimilações constitui-se a efetivação das práticas cotidianas dos profissionais dentro dos serviços de saúde. O caso é que outros elementos, além dos regulamentados pelas NRs ou pelos POPs, são utilizados pelos trabalhadores para avaliar e agir frente às diferentes situações que enfrentam. Na especificidade do contexto de pesquisa em pauta considero 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” (DISCACCIATI; VILAÇA, 2001, s/p, grifo do autor).

⁷⁷ 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.

Sendo assim, levando em consideração que “a percepção de riscos é um processo social” (DOUGLAS; WILDAVSKY, 2012, p.6) fortemente influenciado por valores e crenças sociais; tem-se que “a gestão do risco implica micro-decisões nem sempre explicitadas ou mesmo verbalizadas” (PERRUSI; FRANCH, 2009, s/p). Diferentes ações, discursos e situações me levaram a perceber que embora haja as normatizações e regras a serem seguidas pelos profissionais durante as suas práticas, elas fazem pouco sentido quando se tem uma circunstância mediada pela técnica/experiência laboral e interação com o outro.

Conforme pude observar entre os profissionais do laboratório do CHCF, existe uma espécie de avaliação dos riscos fundada a partir de uma análise do tipo de acidente (quais materiais e se houve injeção de sangue) e na classificação que fazem do paciente.

De acordo com os relatos, após a ocorrência de determinado acidente ocupacional no atendimento aos usuários os profissionais realizam uma avaliação sobre as reais possibilidades de contaminação decorrentes deste acidente; de modo que uma dimensão cognitiva do risco fundada no conhecimento técnico, juntamente com uma dimensão classificatória e de julgamentos morais sobre “quem é” o “paciente fonte” é o quê medeia essa avaliação. Essa afirmação se fundamenta a partir das falas e histórias relatadas pelos profissionais durante as nossas conversas na sala de coleta, entre elas:

*“Se eu me furasse aqui eu só tomaria o retroviral se houvesse aplicação de sangue mesmo, tipo uns 100 microlitros. Com um simples corte ou furada eu não tomaria, pois, a luva protege de certa forma quando a gente se fura, já que ela mesma limpa a seringa. E também quando os pacientes tão em tratamento direitinho a carga viral é mínima e, às vezes, indetectável – daí meu próprio organismo se encarrega de eliminar o vírus. Então **eu avalio se tem risco ou não**”* (Informante Júpiter).

“Um dia eu me furei na maternidade onde eu trabalhava. Fiquei muito angustiada, mas assim que terminei o atendimento a paciente eu fiz levantamento sobre a vida dela. Aí eu concluí que por ela ser casada e estar fazendo o pré-natal certinho na época era pouco provável ela estar contaminada, daí eu arrisquei e não notifiquei e nem tomei os remédios. Agora se eu visse que era uma paciente que levasse a vida traquinando com certeza eu tomaria o coquetel. Aqui mesmo, se eu me furar não tem boquinha, tenho que ir tomar direto o coquetel” (Informante Estrela).

“Uma vez uma amiga minha se furou na hora da coleta. Só que o paciente era carrego; tava na cara dele. Daí ela pegou o prontuário dele e foi ver a profissão dele, idade, endereço e se era casado e confirmou que realmente ele era danado. Aí ela não pensou duas vezes e começou a tomar logo o coquetel” (Informante Estrela).

A partir das falas acima é possível perceber que a avaliação dos riscos dos acidentes repousa tanto num conhecimento técnico adquirido através das experiências cotidianas, como por uma classificação (ou julgamento) do usuário com o qual o profissional se acidentou. Pode-se afirmar também que no que se refere a “análise” que os profissionais estabelecem sobre a história de vida do usuário a fim de mensurar as probabilidades do risco de contaminação, este parece ser um fenômeno comum nos universos das assistências/instituições de saúde. Variadas histórias neste sentido foram relatadas pelos profissionais do laboratório referindo-se aos seus colegas de profissão que também adotavam a prática de investigar a vida privada dos usuários, seja por meio de informações de outros profissionais sobre o respectivo usuário, seja a partir do acesso as informações existentes no prontuário do paciente.

Uma situação em especial serviu como indício de que esse costume de “analisar o comportamento social usuário” realmente é uma prática comum dentro do universo dos serviços de saúde. Num determinado dia chegou à sala de coleta o primeiro e único caso presenciado por mim de uma ocorrência de acidente ocupacional com material perfuro-cortante com uma técnica de enfermagem de outra unidade de saúde. Nesta ocasião se instaurou uma atmosfera de cochicho dentro da sala de coleta sobre uma profissional que estava no hall de espera com pressa para ser atendida, pois ela havia se acidentado em outro serviço de saúde enquanto realizava um procedimento num paciente. A profissional de saúde, agora no papel de usuária do CHCF, solicitou aos profissionais da coleta que a colocassem na frente para que a sua amostra de sangue fosse logo coletada para ela continuar a dar andamento às burocracias necessárias para notificação e possível início de tratamento com coquetel⁷⁸. Ao ter conhecimento do ocorrido, prontamente os profissionais da coleta a chamaram para que ela fosse atendida rapidamente, explicando aos usuários que estavam na vez que se tratava de um caso de urgência e que em seguida eles seriam chamados. Quando a técnica em enfermagem entrou na sala ela estava visivelmente tensa, embora ao mesmo tempo aparentemente calma. Ela nos relatou que assim que se furou com a agulha pediu para que o paciente esperasse um pouco porque ela queria conversar com ele e pedir para que ele realizasse o teste rápido para HIV/Aids, já que esse é um procedimento normal nos casos de acidentes. Ao sair da sala para lavar as mãos e proteger a perfuração, quando voltou para a sala o paciente tinha “fugido”. De acordo com ela, isso já era um indício que ele tinha “culpa no cartório” e imediatamente ela foi tentar levantar seus dados no prontuário para que ela

⁷⁸ Segundo informações, após uma exposição ao vírus HIV a margem de segurança para iniciar a profilaxia com os retrovirais é de até 72 horas.

pudesse realiza o teste nele e não precisasse tomar o coquetel caso fosse desnecessário. Ela nos informou que ainda ligou várias vezes para o número do contato de telefone que constava no prontuário e que ninguém havia atendido; como também nos disse que pensou em ir procurá-lo no endereço registrado, porém desistiu já que se ele “fugiu” é porque não queria fazer teste. Por conseguinte, ela relatou que fez uma análise de “quem era” esse usuário e disse:

“Gente, quando ele fugiu aí realmente eu fiquei cismada. Fui logo procurar no prontuário dele pra ver se tinha informações que me ajudassem a dizer quem era esse cara. Vê só, ele tem 26 anos, é cantor e tem um monte de tatuagem no corpo. Então o que vocês acham? Esse povo que trabalha na noite eu não sei não. Eu tô muito angustiada aqui, quero logo tomar o coquetel porque boa coisa ele não deve ser, principalmente porque ele fugiu. Se tivesse ficado lá era porque não devia nada”.

Com esse relato podemos visualizar que há um julgamento moral do usuário a partir de seus aspectos sociais-culturais quando se tem uma situação de risco propriamente dita. A tentativa de enquadrá-los e classificá-los como pertencentes ou não a grupos potencialmente arriscados (ou vulneráveis) é latente. Isto provavelmente se dá devido ao fato de que,

[o] processo de avaliação de risco para a Aids exacerbou algumas dicotomias discursivas, que servem para indicar fronteiras e estabelecer limites e territorialidade como tentativa de proteção das ameaças: eu/outro; nós/eles; heterossexual e homossexual; maioria/minoria, ativo/passivo; inocente/culpado; familiar/estranho; virtude/vício; correto/errado; normal/anormal; vida/morte; amor/sexualidade; científico/não-científico; conhecimento/ignorância; responsabilidade/irresponsabilidade (CASTIEL, 1998, p. 58).

Dessa maneira, é como se diante de uma situação de arriscada os profissionais acionassem a velha associação da Aids a determinados grupos de pertencimento. Essa perspectiva é interessante, pois é preciso ter em mente que quando se trata da percepção de risco entre profissionais tem que se levar em consideração que, além do conhecimento técnico, os valores morais do grupo também estão em jogo; que no caso dos profissionais em pauta está associada às questões morais de estigma e preconceito ligadas ao HI/Aids. Neste sentido, Oliveira (et al., 2011, p. 267) afirma que,

Profissionais da saúde como sujeitos morais apoiam suas ações em códigos éticos válidos socialmente. Tecem opiniões, reproduzem avaliações acerca de “modos de vida”, construindo, na prática, ações que podem ser tomadas como técnica moral dependente, conforme nomeado por Schraiber (2008, 1997, 1995) ao investigar o trabalho do

médico na contemporaneidade. Isto é, nas ações que articulam os processos de trabalho, em que pese operarem-se técnicas aparentemente bem definidas por meio de critérios clínicos protocolados, cada profissional procede a julgamentos que levam em conta a situação particular.

Por sua vez, para além do domínio do julgamento moral apenas nas situações limites como as colocadas quando se tem um risco de contaminação por acidente ocupacional; os profissionais no seu cotidiano relativizam as prescrições das normas regulamentadoras de segurança no trabalho e agem de acordo com a leitura que fazem dos possíveis desdobramentos da interação em si. Desta forma, isto nos faz supor que não são os riscos de contaminação ou probabilidades de “ser infectado” que estão em jogo nas interações 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 (LIMA, 2012).

Não obstante, é preciso expor que na especificidade do campo em causa a gestão dos riscos, assim como os discursos sobre os perigos da instituição foram mais perceptíveis entre os “profissionais novos”. Diante dos relatos e práticas observadas, pude notar que quanto mais antigo um profissional fosse no serviço menos riscos e estigmas ele enxergava em relação ao lugar; embora, a dimensão do julgamento moral fosse tão enfática quanto aos outros profissionais. A diferença entre essas duas perspectivas era bastante evidente, por exemplo: quando Estrela (há 3 anos no serviço) repetiu várias vezes como trabalhar ali era perigoso, que estava tudo contaminado e que ninguém queria ficar responsável pela sua função; enquanto Júpiter (há 21 anos no serviço) não fez referência direta aos riscos sem si, pelo contrário, enfatizava a tal da imunidade mencionada anteriormente.

Quando eu questionava sobre os riscos presentes em suas atividades os relatos de Júpiter eram apenas muito genéricos, não indicando situações mais ou menos arriscadas – como se todas as situações fossem altamente naturais às especificidades do seu trabalho. Essa é uma tendência também encontrada por Knauth e Leal (2012, p. 124), na medida em que elas consideram que “a valorização da prática e da experiência é um dos fatores que contribui para que os entrevistados tenham dificuldade em perceber e identificar as situações de risco e perigo mais específicas às quais estão expostos”. Tal postura se contrapõe de maneira enfática quando comparada aos “profissionais novos”, entre os quais “*todo cuidado é pouco, pois tudo aqui é arriscado*” (Informante Estrela).

Em última análise, gostaria de ressaltar que os maiores riscos encontrados nessa instituição de trabalho em saúde que envolve procedimentos ligados ao HIV/Aids está atrelado as circunstâncias nas quais os profissionais estão em situação de interação com os

usuários; posto que não é apenas a sua atenção e competência laboral que estão em jogo na hora dos procedimentos, mas o fenômeno da incerteza de lidar com um outro que não se sabe quem é. Assim, a ideia de que não se tem como prever a interação com o usuário e a efetividade dos processos realizados faz com que esta situação seja vista como a mais perigosa – pois não se tem o total controle. Em decorrência disto é que se fala que os riscos demarcados pela epidemiologia abstraem os indivíduos dos contextos e valores culturais, assim como das experiências sociais cotidianas que se inserem nas interações sociais (AMARAL, 2012).

Por fim, gostaria apenas de salientar que embora haja as normatizações e regras a serem seguidas pelos profissionais durante as suas práticas, elas fazem pouco sentido quando está dada uma situação onde se tem que lidar com o outro; uma vez que o risco não está apenas no tipo de trabalho realizado, mas nas pessoas a quem os procedimentos estão direcionados. Assim sendo, a prática profissional nesse contexto pode ser enxergada como um risco assumido (ou voluntário) devido a especificidade do seu trabalho, enquanto que a possibilidade de contaminação se vincula a noção de perigo que se reporta para a figura do usuário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo refletir sobre o cotidiano e as práticas de saúde de profissionais do CHCF no atendimento a portadores do vírus HIV/Aids. Com o intento de compreender como é o trabalho num serviço de saúde que demanda procedimentos que podem levar a contaminação pelo vírus HIV, cheguei as percepções de risco dos profissionais desta instituição; posto que como se sabe “o termo risco permite a comunicabilidade sobre o “arriscado”, “arriscoso”, “perigoso”, “inseguro”, os imponderáveis da vida cotidiana, garantindo a interlocução mesmo em cenários de dissensão semântica e cultural (NEVES; JEÓLAS, 2012, p. 13-14).

Minha perspectiva foi tentar dar conta de um fenômeno que os profissionais da saúde da instituição em questão enfrentam cotidianamente, que é lidar com a dimensão das incertezas na interação com o outro e com um vírus, no caso o HIV – como um agente que movimenta diferentes esferas da vida na medida em que é considerado como exemplo de experiências de *perturbações físico-morais* (DUARTE, 1986).

O trabalho de campo realizado no CHCF resultou numa etnografia da rotina e das dinâmicas do serviço realizada a partir de uma prolongada investigação sobre processos ligados aos atendimentos aos usuários com HIV/Aids no setor ambulatorial. Nesse ínterim foi possível observar o itinerário terapêutico dos usuários portadores do vírus HIV dentro da instituição, assim como as percepções de riscos dos profissionais em relação as suas práticas e ao seu trabalho.

Por sua vez, as reflexões apresentadas ao longo dessa dissertação formalizam-se como um investimento de tentar compreender as práticas e o cotidiano de profissionais da saúde a partir de uma perspectiva que vem valorizar a etnografia como o método mais adequado para a compreensão do universo das instituições de saúde e, conseqüentemente, das “regras” que medeiam às interações e as assistências realizadas nesses espaços.

A partir das explanações esboçadas sobre as dificuldades e dilemas das pesquisas no âmbito das Ciências Sociais que envolvem temas ligados à área da saúde pudemos observar o quão complexo, relacional e individual se torna a escolha das estratégias utilizada pelos pesquisadores. Acredito que muitos são ainda os desafios a serem enfrentados até a obtenção de maior prestígio e legitimidade das nossas pesquisas no campo da saúde; contudo, considero que o atual investimento dos pesquisadores em estudos desta natureza tem cada vez mais

contribuído para qualificar e tornar imperativo o diálogo estabelecido entre essas duas áreas de conhecimento científico.

Tendo como perspectiva a ideia defendida por Herlizch (2005) de que as Ciências Sociais têm contribuição fundamental para a saúde pública ao identificar os problemas sociais ligados à saúde a partir da análise dos sistemas e dos acessos às assistências médicas e, dos sentidos atribuídos pelos indivíduos às suas experiências com as doenças; considero que a interdisciplinaridade presente em tais estudos é fundamental para o entendimento das novas modalidades de interação social em contextos institucionais como o que me propus a investigar.

Nesse sentido, procurei dar ênfase à etnografia como o melhor método a ser utilizado nestes contextos de pesquisa, mesmo reconhecendo os seus limites e inviabilidades quando se leva em consideração o tempo necessário para sua realização. O fato é que, de acordo com Knauth (2010), são raros os estudos no campo da saúde que se fundamentam na realização de uma etnografia – estes privilegiando até então a realização de entrevistas semiestruturadas e os grupos focais. Além da necessidade de uma maior dedicação e tempo do pesquisador, questões como negociações e possibilidades de retorno do estudo para os informantes estão entre os dilemas e desafios dos pesquisadores. Sem falar que:

Outro desafio da etnografia na área da saúde é a sua inserção em campos bastante estruturados, hierarquizados e privados como são os serviços de saúde e, em particular, alguns espaços dentro desses – tais como o espaço da consulta médica, os espaços mais restritos como salas de cirurgias e parto, CTIs (KNAUTH, p. 110-111, 2010).

Por sua vez, levando em consideração também o fato de que interdisciplinaridade presente na relação entre as Ciências Sociais e as da Saúde possui uma variedade não só de objetos, como de orientações teórico-metodológicas, é possível afirmar que:

[na] atualidade, a presença das ciências sociais no campo da saúde é essencial por diferentes razões: corroboram no entendimento das mudanças nos padrões de mortalidade e sua relação com hábitos e comportamentos; permitem compreender a dinâmica das condições crônicas, promovendo trabalho multidisciplinar e intersetorial; explicitam a composição multicultural e multiétnica das sociedades e auxiliam na construção de competências no campo da comunicação, negociação e motivação; ajudam na identificação de fatores estressores e no desenvolvimento de estratégias de ação sobre fatores físicos, psíquicos, culturais e ambientais; e promovem a humanização no cuidado de pacientes e nas relações de trabalho (BARROS; NUNES, p. 170, 2008).

Sendo assim, considero que as concepções trazidas pelas Ciências Sociais forneceram os elementos para entender que o processo de construção e intervenção na assistência à saúde, aqui no caso sob a óptica das percepções de risco, está ligada e influenciada também por fatores socioculturais. Com efeito, parto do pressuposto de que as abordagens desse campo de conhecimento sobre as percepções de risco não o consideram apenas em função da ideia de probabilidade de acontecimentos 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 e individualizadas, que admitem significados e sentidos diferentes balizados por valores culturais.

Por outro lado, não estou querendo afirmar que as percepções de risco não tenham uma dimensão técnica, mas sim, que no dia-a-dia os profissionais da saúde acionam o domínio da técnica e da experiência adquiridas em suas práticas cotidianas, como uma forma de refletir sobre as possibilidades dos riscos presentes nas interações (LIMA, 2011).

Em outras palavras, a experiência de campo demonstrou que as percepções de riscos são construídas cotidianamente, nos serviços de saúde, mediadas pelo domínio da técnica e da experiência, assim como pela interação com os usuários. Foi possível observar que quando há uma situação limite de acidente de trabalho, os profissionais acionam uma espécie de avaliação dos riscos baseada, por um lado, numa reflexão sobre as reais possibilidades de contaminação e, por outro, num julgamento moral sobre o usuário a partir de uma análise sobre o seu “comportamento social”.

Nesse sentido, percebi que as representações ligadas ao HIV/Aids impregnam o CHCF com estigmas e preconceitos, influenciando de maneira mais enfática as experiências e vivências de alguns usuários na utilização deste espaço, assim como a dos chamados “profissionais novos”. Logo, foi possível observar, no tocante aos profissionais da saúde, que no contexto de pesquisa em pauta o domínio da familiaridade e do desconhecido afeta não só a percepção dos riscos, mas a forma como os profissionais interagem e utilizam seus instrumentos de trabalho no cotidiano.

Assim como encontrado na pesquisa realizada no CTA, no CHCF os parâmetros ou critérios utilizados para a definição e gestão do risco são orientados por valores que extrapolam o domínio das técnicas e das tecnologias em saúde. Eles estão ancorados nas representações ligadas ao HIV/Aids e nas suas experiências cotidianas de “convívio” com este agravo, assumindo uma dimensão moral, porém relativizada, quando se trata de exercer o cuidado sobre o outro (LIMA, 2012). Essa tendência nos atendimentos aos portadores do

HIV/Aids é vista por mim como um fenômeno comum nos serviços de saúde; embora se tenha a perspectiva de que “o processo progressivo de abstrações que configuraram os conceitos de transmissão e risco fez emergir novas estratégias de intervenção que marcaram profundas transformações na prática médica” (CZERESNIA, 2004, p. 451).

Tais experiências, no entanto, não embotam a excelência e qualidade dos serviços disponibilizados pela instituição, os quais são referência em todo o Estado da Paraíba. Como também, mesmo sendo latente a presença da dimensão do risco e da concepção de trabalho perigoso, os profissionais afirmam que o CHCF é muito organizado e equipado, quando comparado a outros serviços de saúde da rede SUS, e que gostam muito de trabalhar lá.

Finalmente, gostaria apenas de ressaltar que o que está em pauta nas práticas de saúde desses trabalhadores não são apenas as diretrizes e normatividades institucionais definidas pelo Ministério da Saúde ou do Trabalho, mas, principalmente, o domínio da técnica e da experiência adquiridas ao longo do tempo nos trabalhos em saúde, mediadas tanto pelas representações sociais como pelas percepções de risco cada profissional.

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=S1414-989320020002000008&script=sci_arttext> Acesso em: 20 set. 2012

ADORNO, Rubens. Contribuições da etnografia para a Saúde Pública: algumas notas sobre o campo, a pesquisa e as marcas impressas no pesquisador. In: Iara Coelho Zito Guerriero, Maria Luisa Sandoval Schmidt, Fabio Zicker (orgs.). **Ética nas Pesquisas Humanas e Sociais na Saúde**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores, 2008.

ALBORNOZ, Suzana. **O que é trabalho?** São Paulo: Brasiliense, 1986.

ALEXANDER, Jeffrey. O novo movimento teórico. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 2, n. 4, p. 5-28, 1987.

ALVES, P. C.; RABELO, M. C. O status atual das Ciências Sociais no Brasil: uma tendência. In: **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

AMARAL, A. Construindo um lugar de moradia em meio ao lixo, a riscos e estigmas: o bairro parque Santa Cruz, em Goiânia (GO). In: **Política & Trabalho**. Revista de ciências sociais, n. 37, outubro de 2012 - pp. 219-239. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/13394/8460>. Acesso em: 23 de abr. de 2014.

AYRES, José Ricardo de C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS –IUPERJ/ABRASCO, 2009

BARBOSA, R.H.S.; MENEZES, C. A. F.; DAVID, H. M. S. L.; BORNSTEIN, V. J. Gênero e trabalho em Saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de Saúde. In: **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.42, p.751-65, jul./set. 2012.

BARROS, Nelson Filice; NUNES, Everardo Duarte. **Sociologia, medicina e a construção da sociologia da saúde**. *Rev Saúde Pública*, 2009;43(1):169-75

BASTOS, MAR. **Estratégia metodológica utilizada para contextualizar o cenário cultural do CTI de um hospital universitário**. *Rev Esc Enf USP*, v. 35, n. 2, p. 163-71, jun. 2001.

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.

BOURDIEU, Pierre. A gênese dos conceitos de habitus e de campo. In: _____. **O poder simbólico**. 11 ed. Tradução de Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

BRANDÃO, C. “Reflexões sobre como fazer trabalho de campo”. In: **Sociedade e Cultura**, v.10, n.1. jan/jun 2007, p.11-27.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de DST/Aids: Princípios e Diretrizes. Brasília, 1999.

_____. **Diretrizes para Organização e Funcionamento dos CTA do Brasil**. Brasília, 2010.

CAPRARA, Andrea; PAES LANDIM, Lucyla. **Etnografia: uso, potencialidades e limites da pesquisa em saúde**. *Interface-Comunicação, saúde e educação*. v.12, n. 25, p. 363-76, abr./jun. 2008.

CANESQUI, A. **Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos**. São Paulo. Ed: FAPESP, 2007.

CASTIEL, Luis David. **Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco. História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [online], v. 3, n. 2, 1996, p. 237-264. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701996000200003> Acesso em: 29 dez. 2013

CERTEAU, M. de. **A invenção do cotidiano: 1, Artes de fazer**. Petrópolis: Vozes, 1994.

COELHO, E. A. C. Gênero, saúde e enfermagem. In: **Rev Bras Enferm**, 2005; maio-jun; 58(3):345-8.

CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):447-455, mar- abr, 2004.

DAMATTA, Roberto. “O ofício do etnólogo, ou como ter o Anthropological Blues”. In: NUNES, Edson de Oliveira (org.). **A aventura sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

KNAUTH, D.; LEAL, O. Riscos em alto mar: concepções e práticas sobre segurança no trabalho offshore. In: **Política & Trabalho**. Revista de Ciências Sociais, n. 37, Outubro de 2012 - pp. 115-127 Disponível em: [Http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/14877/8437](http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/14877/8437) Acessado em: 19 de dez. de 2013.

DUARTE, L. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar; Brasília. 1986.

DOUGLAS, Mary; WILDAVSKY, Aaron. **Risco e cultura: um ensaio sobre a seleção de riscos tecnológicos e ambientais**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. (Trad. Cristina de Assis Serra - 2ª impressão).

DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo. Ensaio sobre as noções de Poluição e Tabu**. Trad. Sônia Pereira da Silva. Lisboa: Edições 70, 1991.

ELIAS, P. E. *Estado e Saúde: os Desafios do Brasil Contemporâneo*. São Paulo: Perspectiva, 18(3): 41-46, 2004.

FLEISCHER, Soraya. **Parteiras, buchudas e aperreios: uma etnografia do atendimento obstétrico em Melgaço, Pará**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1988.

FREHSE, Fraya.Goffman, sociólogo do espaço. In: *RBCS*, v. 23, n. 68, 2008

FREIRE, S. A. *Inter-relações entre a qualidade do ar externo e interno em espaços hospitalares: o Complexo de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga em João Pessoa – Paraíba*. Dissertação de Mestrado (Programa de Engenharia Urbana) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2005.

GEERTZ, Clifford. *A interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1989.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

_____. *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes, 1983.

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

HEILBORN, Maria Luiza. *Antropologia e saúde: considerações éticas e conciliação disciplinar*. IN: VICTORA, Ceres et al. In: **Antropologia e ética: o debate atual no Brasil**. Rio de Janeiro: EDUFF, 2004.

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

HERZLICH, Claudine. *Fragilidade da Vida e Desenvolvimento das Ciências Sociais no Campo da Saúde*. PHYSIS: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15 (2): 193-203, 2005.

JARDIM, Denise. Antropologia em campos up. In: SCHUCH, Patrice; VIEIRA, Miriam Steffen; PETERS, Roberta (orgs.). *Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo*. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2010.

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

JOAS, H. Interacionalismo simbólico. In: GIDDENS, A. & TURNER, J. (orgs.) **Teoria Social Hoje**. São Paulo: Editora UNESP, 1999, pp. 127-174.

KNAUTH, Daniela. A etnografia em saúde coletiva: desafios e perspectivas. In: SCHUCH, Patrice; VIEIRA, Miriam Steffen; PETERS, Roberta (orgs.). **Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2010.

LAPLANTINE, F. **A Descrição Etnográfica**. São Paulo: Terceira Margem, 2004.

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.

_____. Trabalhadores e risco: apontamentos sobre práticas de saúde. In: **Política & Trabalho**. Revista de ciências sociais, n. 37, outubro de 2012 - pp. 165-177 Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/14879/8439>. Acesso em: 23 de abr. de 2014.

LOPES, Marta J. M; LEAL, Sandra M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. In: **Cadernos Pagu** (24), janeiro-junho de 2005, pp.105-125.

MACHIN, R.; COUTO, M. T.; SILVA, G.S. N; SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R; FIGUEIREDO, W. S.; VALENÇA, A.O.; PINHEIRO, T. F. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. In: **Ciências & Saúde Coletiva**, 16(11): 4503-4512, 2011.

MAGNANI, José Guilherme C. Quando o campo é a cidade: fazendo antropologia na metrópole. In: José Guilherme Cantor Magnani; Lilian de Lucca Torres. (Org.). **Na Metrópole: Textos de Antropologia Urbana**. 2 ed. São Paulo: Edusp - FAPESP, 2000, v. 1, p. 15-53.

_____. “De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 17 (49): 11-29; 2002.

_____. **Etnografia como prática e experiência**. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 15, n. 32, p. 129-156, jul./dez. 2009.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Argonautas do Pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné – Melanésia**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MARX, Karl. Trabalho estranhado e propriedade privada. In_____. **Manuscritos econômicos filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2004.

_____. A mercadoria. In_____. **O capital: crítica da economia política** (vol. 1). 12º Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

_____. O método da economia capitalista. In: _____. **Contribuição à crítica da economia política**. 3ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

MONTEIRO, S. Prevenção ao HIV/Aids: lições e dilemas. In: GOLDENBERG, P., MARSIGLIA, RMG and GOMES, MHA., orgs. **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 444 p. ISBN 85-7541-025-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

NASCIMENTO, Pedro. Alguns comentários sobre a mesa “Antropologia em campos up”. In: SCHUCH, Patrice; VIEIRA, Miriam Steffen; PETERS, Roberta (orgs.). **Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2010.

NEVES, E.; JEOLÁS, L. Para um debate sobre risco nas ciências sociais: aproximações e dificuldades. In: **Política & Trabalho**. Revista de Ciências Sociais, n. 37, Outubro de 2012 - pp. 13-31. [online] Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/14840/8397>. Acesso em: 29 de out de 2012.

NEVES, Ednalva Maciel. **Antropologia e ciência: uma etnografia do fazer científico na era do risco**. São Luís: EDUFMA, 2008.

NOGUEIRA, Roberto Passos. As dimensões do trabalho em saúde. In: **Saúde, trabalho e formação profissional**. Orgs., AMÂNCIO FILHO, A., and MOREIRA, MCGB. [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 138 p. ISBN 85-85471-04-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

NUNES, Everardo Duarte. **Goffman: Contribuições para a sociologia da saúde**. *Physis Revista de Saude Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [1]: p. 173-187, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n1/v19n1a09.pdf>

NUNES, Everardo Duarte. Ciências Sociais em saúde: um panorama geral. In: GOLDENBERG, P., MARSIGLIA, RMG and GOMES, MHA., orgs. **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. 444 p. ISBN 85-7541-025-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

OFFE, Claus. Trabalho: uma categoria - chave da sociologia? In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 4, n. 10, p. 5-19, jan. 1989. Disponível em: http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_10/rbcs10_01

OLIVEIRA, L.A.; AYRES, J.R.C.M; ZOBOLI, E.L.C.P. **Conflitos morais e atenção à saúde em Aids: aportes conceituais para uma ética discursiva do cuidado**. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.37, p.363-75, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a04v15n37.pdf>. Acessado em: 21 de jun. 2013.

ORTIZ, Renato. A procura de uma sociologia da prática. In: _____. **Pierre Bourdieu: sociologia**. São Paulo: Ática, p. 8-36, 1983.

OSTERMANN, A. C.; SOUZA, J. Contribuições da Análise da Conversa para os estudos sobre o cuidado em saúde: reflexões a partir das atribuições feitas por pacientes. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(7):1521-1533, jul, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n7/10.pdf>. Acesso: 12 jun. 2013.

PEDUZZI M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas. 1998. Disponível em: < <http://www.acervo.epsjv.fiocruz.br/beb/textocompleto/003744> > Acessado em: 19 de mar. 2014.

PERRUSI, A. **Tirania da identidade: profissão e crise identitária entre psiquiatras**. Tese de Doutorado em Sociologia - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2003.

PERRUSI, Artur, FRANCH, Mônica. Carne com carne: gestão do risco e HIV/Aids em casais sorodiscordantes no Estado da Paraíba. In: **Política & Trabalho**. Revista de Ciências Sociais, n. 37, Outubro de 2012 - pp. 179-200 (online). Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/14900/8459>

_____. Casais sorodiscordantes no estado da Paraíba: reflexões a respeito da negociação de risco. In: **XIV Congresso Brasileiro de Sociologia**, 2009, Rio de Janeiro (RJ). Publicações do XIV Congresso Brasileiro de Sociologia, 2009.

PORTO, Dora. Relato de uma experiência concreta com a perspectiva das ciências da saúde: construindo o anthropological blues. In: FLEISHER, Soraya; SCHUCH, Patrice (orgs.). **Ética e regulamentação na pesquisa antropológica**. Brasília: Letras Livres, Editora UNB, 2010, pp. 101-126.

SCHUCH, Patrice et al.. Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo: uma introdução. In: SCHUCH, Patrice; VIEIRA, Miriam Steffen; PETERS, Roberta (orgs.). **Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2010.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo: HUCITEC, 1993.

_____. **O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional**. Cad. Saude Publica, v. 11, n.1, p. 57-64, 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n1/v11n1a04.pdf>>. Acesso em: 19 de mar. 2014.

SEMIOTTI, E. P. **“QDR à base SAMU”! Etnografia de um Serviço de Urgência: O SAMU - João Pessoa/PB**. Dissertação de Mestrado - (Programa de Antropologia) Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.

SILVA, L. M. F. Uma questão de convivência: os desdobramentos da pesquisa no universo do HIV/Aids. In: **IV Reunião Equatorial de Antropologia e XIII Reunião de Antropólogos do Norte e Nordeste**, 2013, Fortaleza (CE). Publicações da IV Reunião Equatorial de Antropologia e XIII Reunião de Antropólogos do Norte e Nordeste, 2013.

SORJ, Bila. Sociologia e trabalho: mutações, encontros e desencontros. In: **RBCS**, vol.15, n. 43, junho/2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v15n43/002.pdf>

SOUZA FILHO, Benedito; SANT'ANA JÚNIOR, Horácio; ANDRADE, Maristela de P; NEVES, Ednalva M. (org.). **Alta Tensão: conflitos, representações e dinâmicas de uso e ocupação de faixas de servidão de linhas de transmissão da Eletronorte**. São Luís: EDUFMA, 2006

SOUZA, S. S.; COSTA, R.; SHIROMA, L. M. B.; MALISKA, I. C. A.; AMADIGI, F.R.; PIRES, D. E. P. et al. **Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho**. Rev. Eletr. Enf. [online]. 2010; 12(3):449-55. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.6855>.

TRAD, L. A. B. Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. In: **Ciências & Saúde Coletiva** 17 (3): 627-633, 2012.

VIEIRA, Fernanda Bittencourt. Desencontros e descaminhos de uma pesquisa sociológica em um hospital público. In: FLEISHER, Soraya; SCHUCH, Patrice (orgs.). **Ética e regulamentação na pesquisa antropológica**. Brasília: Letras Livres, Editora UNB, 2010, pp. 127-140.

WEBER, Max. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. 14ª edição, São Paulo, Pioneira, 1999.

ZALUAR, Alba. Teoria e prática do trabalho de campo: alguns problemas. In: **Aventura antropológica - teoria e pesquisa**. Rio de Janeiro: Paz e terra; 1986.

ANEXOS

Certificado do CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 12ª Reunião realizada no dia 11/12/2012, o projeto de pesquisa intitulado: “EXPERIÊNCIAS SOBRE RISCOS: ESTUDO SOCIOLÓGICO SOBRE PRÁTICAS DE SAÚDE NO COMPLEXO HOSPITALAR DR. CLEMENTINO FRAGA EM JOÃO PESSOA/PB” da Pesquisadora Débora Arruda Campos de Andrade Lima. Prot. nº 0469/12, CAAE: 03198112.3.0000.5188.

Igualmente, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Dr. Eliane Marques D. Sousa
Coordenadora CEP/CCS/UFPB
Mat. SIAPE: 0332618

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba
Campus I – Cidade Universitária – Bloco Arnaldo Tavares – Sala 812
CEP 58051-900 – João Pessoa – PB - ☎ (83) 3216 7791

Declaração do Programa de Pós-Graduação em Sociologia



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

João Pessoa, 31 de outubro de 2012.

Ao

Comitê de Ética Em Pesquisa com Seres Humanos – CEP/HULW

Temos a satisfação de apresentar **Débora Arruda Campos de Andrade Lima – mat. 2012104502**, aluna regularmente matriculada no Mestrado deste Programa de Pós-Graduação em Sociologia, do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal da Paraíba, que está desenvolvendo a pesquisa com o título: “Experiências sobre riscos: estudo sociológico sobre práticas de saúde no Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga em João Pessoa/PB”, orientada pela Profa. Dra. Ednalva Maciel Neves e foi aprovado em reunião do Colegiado do Programa em 01 de março de 2012.

Atenciosamente,

Loreley Garcia
Coordenadora de PPGS
Mat. Siape: 0333101

Programa de Pós-Graduação em Sociologia
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Universidade Federal da Paraíba
Campus Universitário – Bloco 5
Cidade Universitária
58051-970 – João Pessoa - PB
Fone/Fax: 83 3216 7204
E-Mail: ppgs@cchla.ufpb.br

Carta de Anuência



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR DE DOENÇAS INFECTO-
CONTAGIOSAS - DR. CLEMENTINO FRAGA - C.H.C.F.



GOVERNO
DA PARAÍBA

GERÊNCIA DO NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins, que a aluna, **Débora Arruda de Andrade Lima**, do **Mestrado**, do programa de pós graduação em **SOCIOLOGIA**, da **UFPB** está autorizada a realizar a pesquisa intitulada **“Experiências sobre os riscos: Estudos Sociológicos sobre práticas de saúde no Complexo Hospitalar de Doenças infecto-contagiosas Dr. Clementino Fraga**, inicialmente no período de Janeiro e Fevereiro de 2013, podendo esse prazo ser estendido conforme solicitação prévia.

Devo ressaltar que a pesquisadora deverá encontrar as condições necessárias para a realização da mesma.

João Pessoa, 08 de novembro de 2012

CNPJ 08.778.268/0005-94
Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-contagiosas
Dr. Clementino Fraga - CHCFC
Rua Ester Borges Basto S/N - Jaguaribe
CEP 58 085-270 - João Pessoa PB


Adriana Avelino Teixeira
Diretora
Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-contagiosas Dr. Clementino Fraga



C.H.C.F. fazendo saúde pública com qualidade



Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas Dr. Clementino Fraga - C.N.P.J. 08.778.268/0005-94
Rua: Ester Borges Bastos, s/n - Jaguaribe - CEP. 58015-270 - João Pessoa/PB - Fone: 32185449 - Fax: 3218 5416
E-mail: cep_chcf@hotmail.com

Quadro de Profissionais do CHCF



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SAÚDE



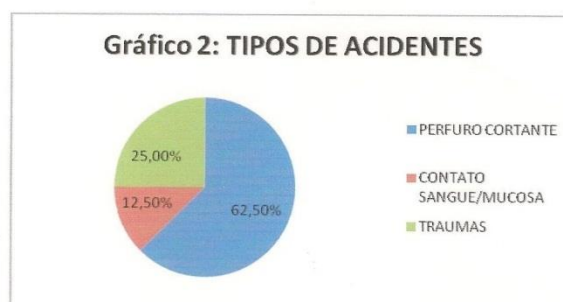
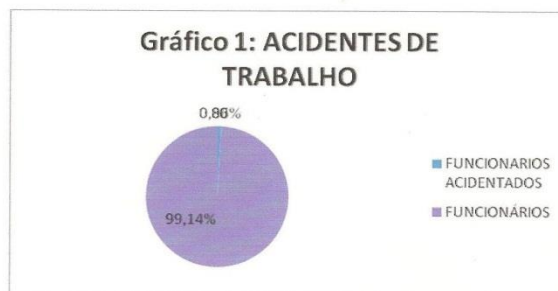
COMPLEXO HOSPITALAR DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS

RELAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS CHCF

SETOR	QUANT.DE FUNCIONÁRIOS
AÇÕES ESTRATÉGICAS	4
ALMOXARIFADO	6
AMBULATÓRIO	130
APOIO	36
ASCOM	2
BIOSEGURANÇA	4
C.C.I.H	4
COMISSÃO DE PELE	8
COMPRAS E LICITAÇÕES	5
CONTAS MÉDICAS	5
ENFERMAGEM	239
DIREÇÃO	13
FARMÁCIA	32
FINANCEIRO	5
FISIOTERAPIA	28
HIGIENIZAÇÃO	50
HUMANIZAÇÃO	6
LABORATÓRIO	40
LAFARMA	6
LAVANDERIA	35
MANUTENÇÃO	26
NEP	6
NUTRIÇÃO	49
OUVIDORIA	3
PSICOLOGIA	33
RADIOLOGIA	34
RECEPÇÃO	36
RECURSOS HUMANOS	6
SAME	9
SERVIÇO SOCIAL	25
TRANSPORTE	10

Gráfico dos Acidentes de Trabalho

ACIDENTES DE TRABALHO – GRÁFICOS 2012



APÊNDICES

Fotos – Fachada da Instituição



Fotos – Recepções Centrais

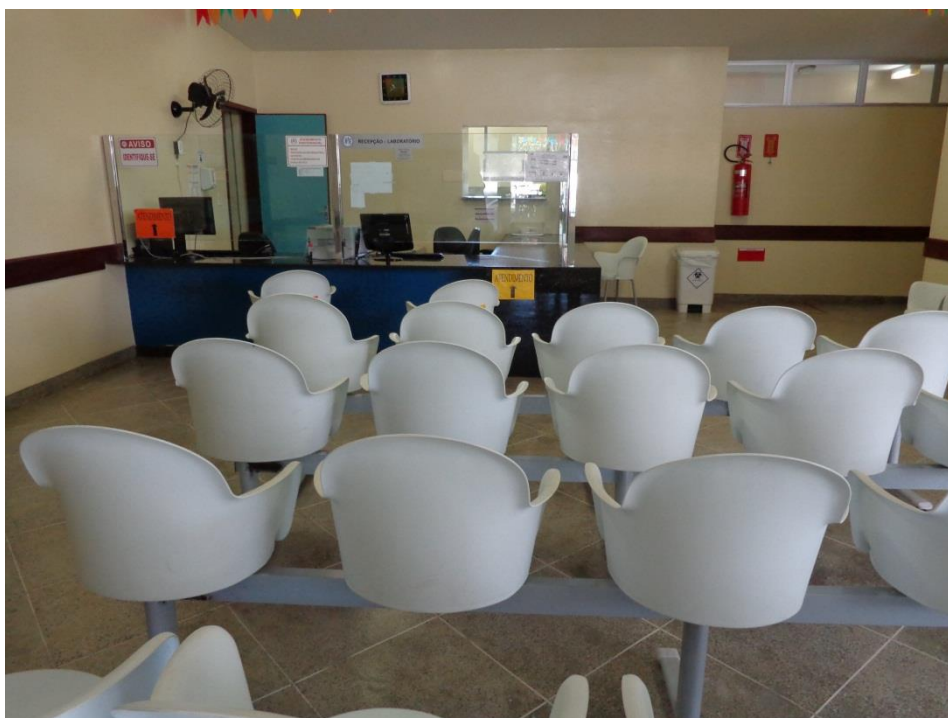


Recepção da Área Hospitalar

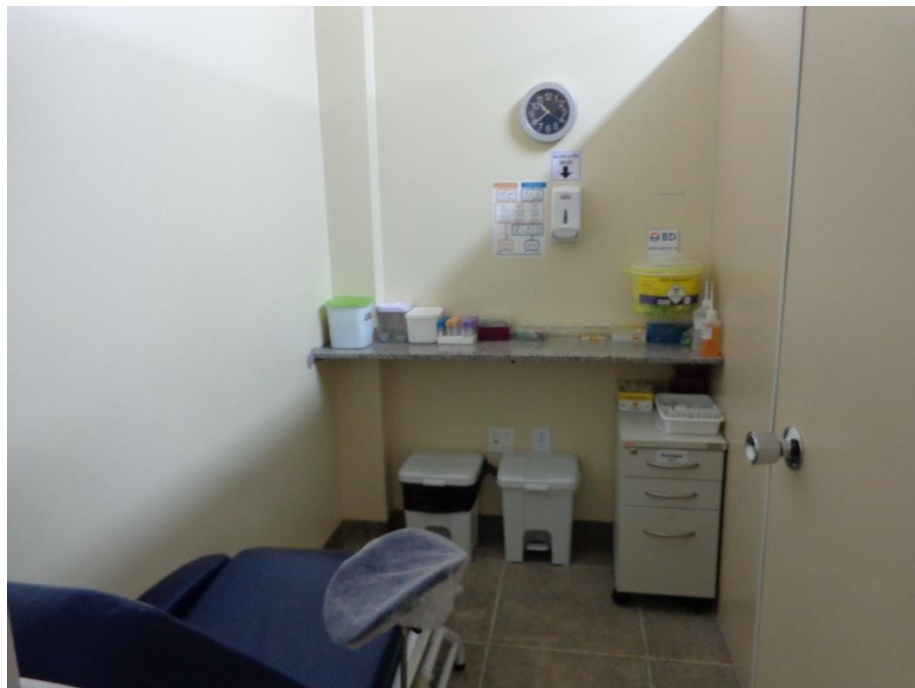


Recepção da Área Ambulatorial

Fotos – Farmácia e Recepção do Laboratório



Fotos – Sala de Coleta



Fotos – Recepção e Salas da *Infecto*



Foto – Corredor geral do Ambulatório

