

Representações de profissionais da atenção primária sobre risco ocupacional de infecção pelo HIV

Marina Celly Martins Ribeiro de Souza¹

Maria Imaculada de Fátima Freitas²

Este é um estudo qualitativo, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, com profissionais que atuam na atenção primária, sobre o risco de infecção pelo HIV, ao qual estão expostos no cotidiano do trabalho. Foram entrevistados doze profissionais médicos e enfermeiras que atuam em dois centros de saúde no município de Belo Horizonte, MG. A análise final se deu com a saturação das informações, pelo método proposto pela Análise Estrutural de Narração. Os resultados desvelaram que os profissionais de saúde entrevistados conhecem o risco de infecção em seu cotidiano de trabalho, representando-o como muito baixo na atenção básica, porque o relacionam à complexidade tecnológica, que consideram não existir no nível de assistência em que atuam. Acreditam que o uso de equipamentos de proteção individual pode minimizar os riscos e que, hoje, nenhum profissional da atenção básica deixa de atender pacientes por medo de se infectar, mesmo não utilizando todas as precauções recomendadas.

Descritores: Prática Profissional; Assistência Médica; Cuidados de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Sorodiagnóstico da AIDS.

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem. E-mail: marinacelly.souza@gmail.com.

² Enfermeira, Doutor em Ciências da Educação, Professor Associado II, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, MG, Brasil. E-mail: peninha@enf.ufmg.br.

Representations of Primary Care Professionals about the Occupational Risk of HIV Infection

This was a qualitative study, based on the Social Representations Theory, with professionals that work in primary care, about the risk of HIV infection to which they are exposed in their quotidian work routine. Twelve physicians and nurses who work in two Health Centers in the city of Belo Horizonte were interviewed. The final analysis, carried out using the saturation of information criterion, was based on the method proposed by Structural Analysis of Narrative. The results show that the health professionals interviewed knew the infection risk in their work routine, representing it as very low in primary care, because they relate it to technological complexity which they consider does not exist in the level of assistance in which they work. They believed that the use of personal protection equipment may minimize the risks and that, nowadays, no primary care professional refuses to attend a patient due to fear of infection, even if not using all the recommended precautions.

Descriptors: Professional Practice; Medical Assistance; Nursing Care; Primary Health Care; AIDS Serodiagnosis.

Representaciones de profesionales de la atención primaria sobre riesgo ocupacional de infección por el virus HIV

Se trata de un estudio cualitativo, fundamentado en la Teoría de las Representaciones Sociales, con profesionales que actúan en la atención primaria sobre el riesgo de infección por el HIV a que están expuestos en su trabajo cotidiano. Fueron entrevistados doce profesionales, médicos y enfermeras, que actuaban en dos Centros de Salud en el municipio de Belo Horizonte. El análisis terminó con la saturación de las informaciones, por el método propuesto por el Análisis Estructural de Narración. Los resultados revelaron que los profesionales de la salud entrevistados conocen el riesgo de infección en su trabajo cotidiano, representándolo como muy bajo en la atención básica, porque lo relacionan con una complejidad tecnológica, que consideran no existir en el nivel de asistencia en que actúan. Creen que el uso de equipamientos de protección individual puede minimizar los riesgos y que, hoy, ningún profesional de la atención básica deja de atender pacientes por miedo de infectarse, inclusive no utilizando todas las precauciones recomendadas.

Descriptorios: Práctica Profesional; Asistencia Médica; Atención de Enfermería; Atención Primaria de Salud; Serodiagnóstico del SIDA.

Introdução

Os profissionais da área da saúde estão expostos aos mesmos riscos (químicos, físicos e ergonômicos) aos quais se sujeitam os demais trabalhadores, acrescidos daqueles representados por agentes biológicos, uma vez que, cotidianamente, podem ter contato com sangue e outros fluidos orgânicos. A emergência e a reemergência de doenças infecciosas, sobretudo quando a forma de contágio ocorre pela penetração de objetos perfurantes, ou cortantes, contaminados, trouxeram novas implicações para os profissionais e para a organização

do trabalho nos serviços de saúde.

Ao cuidar de pessoas infectadas por vírus, bactérias ou outros micro-organismos, o profissional expõe-se a riscos ocupacionais, trazendo representações antigas sobre transmissibilidade e males epidêmicos⁽¹⁻²⁾.

A partir da descoberta do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da elucidação de sua forma de transmissão, o Estado e as instituições de saúde reforçaram a necessidade de normas, monitoramento e avaliação, feitos pela vigilância em saúde, para

diminuir as consequências dos acidentes por exposição ocupacional aos fluidos orgânicos, potencialmente infectados⁽³⁾.

Paralelamente à confirmação pela epidemiologia da descoberta de um novo agravo transmissível, por contato sexual, e, depois, por outros fluidos orgânicos, foram relatados os primeiros casos de trabalhadores da área da saúde que adquiriram o vírus HIV em consequência de sua atividade profissional⁽⁴⁾.

A sociedade, ao tomar conhecimento dessas descobertas, acrescentou representações sobre a doença àquelas existentes, sobretudo sobre contágio e epidemia, definindo outras sobre 'grupos de risco', pelos modos de viver a sexualidade e de culpabilidade da pessoa que se infecta, considerado, por muitos, desvio de comportamento. Isso contribuiu, ainda, para a construção de estereótipos de magreza extrema do doente e de condenação à morte rápida, acarretando medo e preconceito, com não ditos e negações pela sociedade⁽⁵⁾. Todas essas representações foram também compartilhadas pelos profissionais que as trazem para o cotidiano do trabalho.

Desde o início da epidemia, porém, novos conhecimentos científicos foram agregados, centrados na prevenção e no tratamento. Muitas representações foram questionadas, mas não necessariamente se modificaram com a mesma velocidade que o avanço da ciência⁽⁶⁾. Os profissionais mantiveram a representação de que o risco existe, mas sempre se cuidaram mais quando conhecedores da soropositividade para HIV do paciente⁽⁵⁾.

Os profissionais de saúde são aqueles que têm acesso mais rápido às informações científicas, mas conservam medos e representações do senso comum que podem interferir no processo de trabalho. Trinta anos depois do início da epidemia, que mudanças, reconstrução e elaboração de novas representações pelos profissionais, sobre a doença e os riscos de infecção pelo HIV, aconteceram? Como os trabalhadores dos serviços de atenção primária à saúde representam os riscos de infecção pelo HIV?

O objetivo do presente estudo foi analisar as representações de profissionais de saúde que atuam na atenção primária sobre o risco de infecção pelo HIV, aos quais estão expostos no cotidiano do trabalho.

Método

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais⁽⁷⁾,

com utilização do método de Análise Estrutural de Narração para realizar a interpretação das entrevistas⁽⁸⁾.

O estudo das representações possibilita a investigação de fenômenos que, muitas vezes, se constituem em grandes problemas sociais, seja para identificá-los e interpretá-los, seja para que se compreendam grupos, culturas ou sociedades que deles se apropriam, estabelecem modos de conduta e ensejam intervenções e avaliações⁽⁹⁾.

Ao tomar-se uma representação como algo que é elaborado de forma coletiva, a partir das trocas e práticas dentro de um contexto histórico, pode-se supor que a representação é responsável por fornecer os subsídios para os julgamentos e atitudes. Assim, pode-se considerar que, na medida em que as representações sociais são responsáveis por dar significado e coerência ao universo vivido, e se expressam em várias formas de comunicação, configuram-se como pano de fundo para as atitudes dos indivíduos⁽¹⁰⁾, sendo, portanto, também sua própria prática⁽⁵⁾.

Sujeitos da pesquisa

Profissionais que atuavam em dois serviços de saúde, que compõem a atenção primária do município de Belo Horizonte, MG, participaram da pesquisa, sendo entrevistados entre fevereiro e março de 2008. Foi considerado o período de atuação mínimo de seis meses nos serviços, para se garantir que o entrevistado tivesse vivenciado experiências sobre o objeto de estudo. Os entrevistados são profissionais de saúde de nível superior, médicos e enfermeiras, membros das equipes de saúde da família e das equipes de apoio das unidades.

O número de entrevistados não foi definido *a priori*, totalizando doze ao final. Utilizou-se o critério de saturação dos temas tratados pelos participantes para a interrupção da coleta. As entrevistas foram realizadas no próprio ambiente de trabalho dos participantes, em local apropriado, visando a garantia do sigilo e da liberdade. Os depoimentos foram gravados em fitas e posteriormente transcritos, permitindo, assim, a análise da fala dos sujeitos.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais.

Os sujeitos foram informados sobre o tema e os objetivos da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, como previsto pela

Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde⁽¹¹⁾. A cada um foi esclarecido que a participação seria livre e sua eventual desistência respeitada, não acarretando nenhum prejuízo a seu trabalho, e que a fonte e os depoimentos seriam utilizados de forma sigilosa em todos os materiais produzidos.

Técnica e Instrumento de coleta e análise dos dados qualitativos

Foi utilizada a entrevista aberta e em profundidade, buscando-se maior flexibilidade, informações mais ricas e imagem mais próxima da complexidade das situações ou dos fenômenos estudados.

Os dados foram tratados utilizando-se o método proposto pela Análise Estrutural de Narração⁽⁸⁾. Tal método inscreve-se na Sociologia Compreensiva, é de caráter indutivo-analítico e de reconstrução dos sentidos, explicitando a subjetividade dos entrevistados.

A análise estrutural iniciou-se pela leitura vertical de cada entrevista, buscando a apreensão do conjunto da fala de cada sujeito. Em seguida, foi realizada a análise horizontal, na qual se 'desconstrói' a entrevista pelos objetos das falas dos sujeitos em sequências (S). Essas sequências são numeradas (S1, S2, S3 ...) e, em cada uma, os fatos (F), os sentimentos, julgamentos e justificativas apresentados sobre eles (J), bem como os personagens envolvidos, pessoas e instituições (P), são marcados.

Ainda, nessa etapa, as sequências que tratam do mesmo objeto foram agrupadas, assim como as 'justificativas' sobre cada um e os respectivos personagens, formando uma 'categoria empírica' sobre aquele objeto da representação do sujeito, que foi, então, nomeada provisoriamente. Ao fim dessa etapa, obteve-se a análise aprofundada de cada entrevista, com as representações sobre cada objeto narrado, com suas conjunções e disjunções.

Finalmente, fez-se a análise transversal, comparando-se o conjunto das entrevistas, pelas categorias empíricas encontradas, que, então, foram nomeadas pelas pesquisadoras, considerando-se as representações encontradas sobre os objetos das falas, à luz da Teoria das Representações Sociais. Para fechar a análise, cada categoria encontrada foi cotejada com os resultados de outras pesquisas existentes na literatura, definindo-se as categorias teóricas das representações.

Resultados e Discussão

Foram entrevistadas sete enfermeiras (ENF) e cinco médicos (MED), sendo três do sexo feminino. A idade

dos profissionais variou de 27 a 60 anos e o tempo de atuação na atenção primária variou de seis meses a 13 anos. Apesar dessas grandes diferenças, o fato de alguns atuarem há mais tempo em saúde coletiva não trouxe representações mais específicas, mais elaboradas ou diferentes daquelas dos que atuam há menos tempo.

Pode-se constatar, também, que a formação acadêmica diferente (no caso, enfermagem e medicina) não influenciou as representações encontradas nos relatos analisados. Assim, independentemente da categoria profissional, há homogeneidade nas falas de todos os participantes, não sendo possível concluir que algum tipo de representação esteja relacionada, exclusivamente, a um grupo em decorrência da formação profissional específica.

As representações encontradas estão nas seguintes categorias: 1) risco e estrutura do serviço de saúde, 2) risco e conhecimento da sorologia do cliente atendido e 3) risco e normas legais de proteção.

Na primeira, há conformidade entre os entrevistados ao reconhecerem a existência do risco de infecção pelo vírus HIV, no cotidiano das atividades desenvolvidas na atenção primária.

O risco de infecção pelo HIV existe. Existe na técnica, existe tecnicamente (Enf 2).

Então, existe um risco [de infecção pelo HIV] sim (Enf 1).

Todos relativizam esse risco, porém, considerando-o pouco importante.

Mas o risco [de infecção pelo HIV] no nível primário [de assistência] é muito pequeno, muito pequeno. A gente lida muito com pacientes em clínica e não tem tanto risco assim ... (Med 3).

Acho que preocupa pouco [o risco]. Assim, num centro de saúde o risco não é alto, é um risco baixo (Med 4).

Mas aqui [na atenção primária] a gente não tem muito [risco de infecção], não (Med 5).

A avaliação subjetiva do risco feita pelos entrevistados apresenta concordância com o que afirmam estudos sobre essa temática⁽¹²⁾, evidenciando que a probabilidade de os profissionais de saúde adquirirem o vírus HIV de pacientes é muito pequena, sobretudo se comparada a outras doenças infecciosas como a hepatite. No entanto, ao representarem o risco das ações executadas nas unidades de saúde como pouco importante, o fazem porque o comparam com o risco nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde que consideram maior.

Na assistência básica, isso [risco de infecção pelo HIV] fica muito menor, é uma coisa que não preocupa tanto o quanto numa área hospitalar, por exemplo, ou nos procedimentos invasivos que nunca acontecem aqui ... (Med 1).

Eu não vejo maior exposição [na atenção primária], mas em hospital sim. Em hospital de grande porte o indivíduo não fala, a família não tá presente para informar ... (Med 2).

Especificamente na atenção primária, eu acho muito pequeno o risco de se contaminar por HIV, considerando que na atenção primária prima-se pela prevenção, não é? Quer dizer, na atenção terciária, especificamente, que isso é mais comum (Enf 3).

A partir da análise dessas falas, define-se forte representação ligada ao risco de infectar-se no ambiente hospitalar, que é visto como “o lugar da atenção complexa e despersonalizada”, no qual, muitas vezes, o paciente - como sua família - não pode se expressar ou guarda segredo sobre sua condição.

As justificativas apontam para a falta de avaliação e de profundidade do conhecimento, porque qualquer paciente é passível de estar infectado e não será sua declaração ou a de sua família que protegerá o profissional. Além disso, há a representação de que a maioria das atividades executadas, em uma unidade de saúde, é relacionada à prevenção, enquanto, nos outros níveis de assistência, são de caráter curativo, esquecendo-se de que, também nesses outros serviços, a prevenção está em todas as ações. Essas ideias organizam aquela mais central, encontrada na conjunção dos discursos dos profissionais, a de que o risco é muito alto onde “existem muitos procedimentos invasivos, sobretudo na atenção terciária”. Essa ideia aparece como representação sem nenhum fundamento científico, porque procedimentos em saúde, invasivos ou não, devem ser realizados com a adequada proteção para o trabalhador e o paciente, independentemente do nível de atenção.

Assim, pode-se afirmar que essas representações encontradas estão fora da origem científica de formação desses profissionais, pois o risco não está relacionado ao nível de atenção, mas à maneira de se protegerem em quaisquer ambientes ou serviços de saúde.

A segunda categoria, risco e conhecimento da sorologia do cliente, mostra representações ambíguas, com referências do senso comum, misturadas àquelas provenientes da ciência, construídas historicamente e, com frequência, muito antigas.

De um lado, há certa inquietação quando a pessoa é sabidamente infectada pelo HIV, o que pode gerar, no profissional, medo e até mesmo resistência ao acompanhamento e desenvolvimento de ações voltadas a essa pessoa⁽¹³⁾. MED 1 relativiza sua inquietação ao negar que seja excessiva, mas, afirma sua existência.

O risco tem, não é? Mas eu acho que o risco não é tão alto, acho que não é tão alarmante você atender um paciente

HIV positivo mesmo a gente sabendo de antemão. Eu não tenho uma preocupação excessiva com isso [risco de contaminar-se] e medo de atender um paciente HIV, não.

Porém, ao negar tão veementemente seu medo, sem ser perguntado, MED 1 está apontando para o contrário. A representação é de que a pessoa infectada é alguém que traz o perigo para perto dele.

As representações são de ordem psicossocial da vida individual e coletiva, o medo da infecção pelo HIV é remetido ao medo da epidemia da AIDS, que, por sua vez, traz a metáfora tão antiga da morte pestilenta e arrasadora da pessoa e da população⁽¹⁴⁾.

A assistência prestada é facilitada, do ponto de vista dos entrevistados, porque, ao se ter certeza de que a pessoa é infectada, tomam-se todas as precauções para não se entrar no temido ciclo do contágio e da epidemia. O conhecimento científico passa longe, o que aponta para a fragilidade da formação profissional, com pedagogias fundadas no raciocínio dedutivo, centradas na transmissão de informações e que deixam de lado a reconstrução de representações. Compreender essas representações, reconhecê-las como importantes e contribuir em sua reelaboração seriam escolhas mais produtivas para diminuir os medos, os preconceitos e, certamente, ajudariam nas mudanças para a concretização de um dos pressupostos do Sistema Único de Saúde, no Brasil, que é o da integralidade da assistência, de forma equânime e solidária.

Paradoxalmente, de outro lado, há, em geral, representações de que qualquer usuário dos serviços de saúde possa estar infectado, mas isso é bastante periférico em relação ao fato de que os profissionais têm maior preocupação quando aqueles são sabidamente soropositivos para o HIV. Eles se esquecem de que a soropositividade não tem, necessariamente, visibilidade.

Os ‘costumes’, porém, estão evoluindo. Em estudo realizado com cirurgiões dentistas⁽¹⁵⁾, verificou-se que os profissionais de saúde que, no início da descoberta da AIDS, tendiam a se recusar ao atendimento de pessoas com HIV, devido a inúmeros fatores como o próprio desconhecimento acerca da doença e das formas de transmissão da mesma, hoje, em sua maioria, não apresentam resistência em assisti-los. Isso porque, segundo os autores, esses profissionais parecem ver a importância do uso de equipamentos corretos de proteção individual na assistência em saúde, mesmo que não o façam em toda situação.

O Ministério da Saúde⁽¹⁶⁾ determina medidas de proteção no trabalho dos profissionais da área da saúde,

pela Portaria 1.679, de 19 de setembro de 2002, ao dispor sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde. Em relação, aos profissionais de Enfermagem, por exemplo, o Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais, por meio da Norma Regulamentadora 32, determina que os profissionais utilizem os equipamentos de proteção individual (EPI) em atividades que apresentem risco de contaminação por quaisquer micro-organismos. Tais regulamentações se fazem necessárias em face dos riscos inerentes e passíveis de prevenção, durante as atividades de cuidados de saúde.

Ao se referirem à legislação sobre proteção e risco ocupacional, o que se caracterizou como a terceira categoria construída na análise, as representações estão centradas no poder conferido às normas oficiais. As anteriores ficaram esquecidas, no momento do discurso referente às normas de precaução que são representadas como obrigações a serem seguidas. Porém, não são necessariamente incorporadas como valor para cada um, sobretudo pelo outro que não aquele que está narrando sua prática. Valoriza-se a existência das normas, mas há um espaço de reversibilidade na ação que permite ao sujeito não cumpri-las, trapaceando um pouco no seu cotidiano.

Nesse sentido, ressalta-se que os profissionais reconhecem a legislação vigente como fundamental para ordenar o trabalho cotidiano, fortalecendo a necessidade e a importância do uso dos EPIs nos serviços de saúde. Afirmam que, com o uso desses equipamentos, o risco de infecção pelo HIV, considerado pequeno, torna-se ainda menor.

Então, existe um risco, mas desde que adotadas as medidas de segurança, esse risco é muito minimizado. Por exemplo: luvas sozinhas, não te protegem de acidente com perfurocortante, mas minimiza. Se tiver risco de cair fluidos nos olhos, você estar usando óculos é uma boa proteção, não é? (Enf 1).

Você tem que estar se prevenindo, usando luvas, usando o EPI, material de EPI mesmo! Então, assim, se a gente se resguardar ... a gente tem que fazer a nossa parte, assim, usando o material de proteção (Enf 6).

A gente tem que ter em mãos todos os equipamentos de proteção durante os procedimentos, quando necessário, para poder não se contaminar, não ter problema (Med 3).

Em uma primeira sequência sobre o assunto, todos os entrevistados afirmam que adotam medidas de proteção e negam que eles próprios realizem quaisquer procedimentos invasivos, nos quais haja contato com fluidos corpóreos, sem o uso dos instrumentos para proteção. Em sequências posteriores, tudo isso é

relativizado, pois alguns afirmam que nem todos o fazem, mesmo sabendo que é necessário. ENF 7 e ENF 1, por exemplo, falam de profissionais cujas posturas aumentam as chances de exposição, devido ao não uso ou ao uso inadequado de EPI, nas unidades de saúde, mas não se incluem entre eles. As representações de cada um, sobre si mesmo, são sempre aquelas de que o profissional segue as normas com rigor!

... Então, eu já vi dentista atendendo sem luva; o que é uma coisa assim bem real: não adianta a gente falar que o profissional de saúde está se prevenindo, porque não está, não! ... Por exemplo, eu já vi auxiliares punccionando veia sem luva. Mas sempre que estou perto eu reforço, oriento, eu faço, porque eu não consigo fazer nada sem luva, né? (Enf 7).

O que acontece, às vezes, é a falta de cuidado dos profissionais no próprio manuseio de perfurocortantes, porque não usam os equipamentos de proteção: óculos, luvas ... (Enf 1).

A prática dos entrevistados não foi objeto de observação direta nesta pesquisa. Buscou-se, aqui, ouvir as representações e práticas que eles se dispuseram a relatar. É o olhar de cada um sobre sua prática e como se vê nela, sem que isso seja exatamente o que acontece no cotidiano. Métodos de investigação observacionais e estatísticos já foram usados em outras pesquisas^(12,17), sobre as formas de os profissionais se protegerem, com resultados que apontam importante distância entre o que dizem que deve ser feito e o que fazem no trabalho diário. Pela rotina, que leva à distração e ao relaxamento, pela representação de que o risco é pequeno, muitas vezes, os trabalhadores na área da saúde 'se esquecem' do que sabem e não se protegem adequadamente.

Além disso, vale interrogar se, nas representações sobre o risco de se infectar pelo HIV, não está incluída outra, mais poderosa, que diz respeito à necessidade de qualquer pessoa não se subordinar totalmente às normas e correr algum risco para se provar mais forte do que tudo. A sociologia do risco aponta que todo ser humano joga com o medo, a coragem, a vida e a morte, em menor ou maior grau, enfrentando situações que, para alguns, seriam inaceitáveis e, para eles, significam uma forma de se sentirem vivos e capazes de provar, sobretudo a si mesmos, que podem vencer até a morte. O jogo seria de não morrer, mas de viver mais intensamente⁽¹⁸⁾.

O trabalho de médicos e enfermeiros, ou de quaisquer outros profissionais, nos serviços de atenção primária à saúde, obviamente, não pode ser enquadrado nesses limites máximos, mas deve se considerar que, um pouco de transgressão, provavelmente, também faz parte de suas vidas, encontrando-se no polo

menos radical das opções analisadas, por vertente de investigação sociológica. O 'risco zero', objetivamente, não existe, assim como parece não haver ninguém que tenha 'zero' de desejo de transgredir normas, mesmo que de maneira mais ou menos inconsciente.

Considerações Finais

As representações concernentes ao risco de infecção, ao qual o profissional se expõe, no cotidiano de seu trabalho na atenção primária, revelam o reconhecimento, pelos entrevistados na presente pesquisa, de situação caracterizada como de "baixo risco", sobretudo se comparada com outros níveis de assistência. Porém, pode-se apreender um discurso empobrecido, que mostra pouca crítica porque o outro lado seria o "alto risco" que estaria nos serviços de atenção secundária e terciária, que concentram "procedimentos invasivos". Como forma de se garantir que o risco de infecção se mantenha mínimo, os entrevistados apontam o uso dos equipamentos de proteção individual. Cada um afirma que faz uso dos EPIs. mas que outros não o fazem. De fato, muitos profissionais estavam dizendo: "como posso confessar aqui, falando de proteção, que faço algo que sei que não está correto ou, pelos menos, não está de acordo com as normas?" Porém, o "outro" que o faz pode ser qualquer um, inclusive o narrador ... Assim, as representações sobre as representações que os outros têm de si próprio podem elevar sua autoestima, mas, também podem levá-lo à negligência e à falta de força para aceitar mudanças.

De fato, as três categorias de representações em torno do risco ocupacional para infecção na atenção primária imbricam-se entre o que se estabelece

como da estrutura dos serviços, as normas legais de proteção e o conhecimento/desconhecimento sobre a sorologia para HIV do cliente atendido. A invisibilidade do vírus e de sintomas, no caso de infecção, é fato comprovado, mas a preocupação ainda continua sendo com aqueles sabidamente positivos. Apesar da distinção objetiva, clínica e laboratorial, entre infecção pelo HIV e o adoecimento por AIDS, o que é insistentemente reforçado pelos órgãos públicos, os entrevistados ainda têm representações sobre a aparência das pessoas acometidas que se apresentam na negligência das precauções padronizadas e em posturas de projeção em relação aos demais trabalhadores dos serviços.

Pode-se afirmar que os resultados encontrados apontam para representações não somente da ordem do conhecimento científico, mas psicossocialmente construídas e integradas pelos trabalhadores da atenção primária dos dois serviços de saúde, cenários da pesquisa. Isso faz com que se possa identificar a fragilidade da ideia corrente de que a vida profissional de trabalhadores em saúde esteja ancorada somente na ciência, como muitos gostariam de acreditar. Tais resultados não podem ser generalizados, mas acrescentam conhecimentos sobre as formas de se lidar com a infecção pelo HIV/AIDS, e, especificamente, sobre aquelas dos profissionais de saúde em seu cotidiano de trabalho.

Os achados mostram a importância de capacitação frequente em serviço e da criação, por exemplo, de rodas de conversas entre os profissionais, para que haja troca e explicitação de dúvidas que propiciem rupturas de estereótipos, traduzidos em preconceitos, e até mesmo em atitudes incorretas que prejudicam o processo de trabalho na atenção primária.

Referências

- Ribeiro EJG, Shimizu HE. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2007 setembro/outubro; 60(5):534-40.
- Grmek M. *Les maladies à l'aube de la civilisation occidentale.* Paris: Editions Payot & Rivages; 1994.
- Almeida CAF, Benatti MCC. Exposições ocupacionais por fluidos corpóreos entre trabalhadores da saúde e sua adesão à quimioprofilaxia. *Rev Esc Enferm USP.* 2007; 41(1):120-6.
- Reis RK, Gir E. Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2005; 13(1):32-7.
- Giami A, Veil C. *Enfermeiras frente a aids: representações e condutas, permanências e mudanças.* Canoas: Ulbra; 1997.
- Moura EL, Praça NS. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2006; 14(3):405-13.
- Moscovici S. *Representações Sociais: Investigações em psicologia social.* Petrópolis: Vozes; 2004.
- Démazière D, Dubar C. *Analyser les entretiens biographiques, l'exemple de récits d'insertion.* Paris: Nathan; 1997.
- Marques SC, Oliveira DC, Gomes AMT. AIDS e representações sociais: uma análise comparativa entre subgrupos de trabalhadores. *Psicol Teoria e Prática.* 2004; (ed especial):91-104.
- Vieira KFL, Amaral ACG, Saldanha AAW. A vulnerabilidade à AIDS a partir das representações sociais de adolescentes. *Anais da Jornada Internacional e Conferência Brasileira sobre Representações Sociais; 2007 11-20; Brasília; Brasil; 2007.*
- Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. *Manual operacional para comitês de ética em pesquisa.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
- Chiodi MB, Marziale MHP, Robazzi MLCC. Acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores de unidades de saúde pública. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2007; 15(4):632-8.

