



FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

CURSO: LICENCIATURA EM SOCIOLOGIA

Trabalho de Fim do Curso

“Cuidamos dos outros, mas quem cuida de nós?”

**Entre riscos e Incertezas institucionais na gestão de contaminação por Covid-19 nos
profissionais de saúde afectos ao Centro de Saúde da Machava II**

Autor: Fernando Armando Machate

Supervisor: MsC Cândido Francisco Chume

Maputo, Julho de 2024



FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

Curso: Licenciatura em Sociologia

“Cuidamos dos outros, mas quem cuida de nós?”

Entre riscos e Incertezas institucionais na gestão do risco de contaminação por Covid-19 nos profissionais de saúde afectos ao centro de saúde da Machava II

Monografia apresentada em cumprimento parcial dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Sociologia na Universidade Eduardo Mondlane.

O Candidato:

Fernando Armando Machate

O Júri:

O Supervisor

O Presidente

O Oponente

Maputo, aos ____ de _____ de 2024

Declaração de Honra

Eu, Fernando Armando Machate, declaro por minha honra, que esta monografia nunca foi apresentada de forma parcial ou integral, em nenhuma instituição nacional ou estrangeira, para obtenção de qualquer grau académico. A mesma é fruto da minha investigação pessoal, estando indicadas no texto e nas referências bibliográficas, as fontes usadas para a realização da pesquisa.

(Fernando Armando Machate)

Maputo, aos ____ de _____ de 2024

Dedicatória

Dedico este trabalho, em primeiro lugar, aos meus pais, Armando Machate e Miséria Mandlate, como forma de demonstração dos frutos de seu investimento e confiança em mim depositados para que a minha formação se tornasse efetiva.

Em segundo lugar, quero dedicar esta produção a todos aqueles que de forma direta ou indireta foram afetados pelo vírus da Covid-19.

Em terceiro lugar, dedico igualmente este trabalho a todos profissionais de saúde que lançaram-se em defesa de todos nós e em contrapartida sentiram-se totalmente esquecidos, surge daí a seguinte preocupação: *“Cuidamos dos outros, mas quem cuida de nós?”*

Agradecimentos

“Sonho que se sonha só, é só um sonho que se sonha só, mas sonho que se sonha junto é realidade”

(Raul Seixas).

Agradeço a Família Machate, Mandlate e Chirinda, por contribuir para que os meus sonhos nunca perdessem a cor tendo, deste modo, apoiado de diversas maneiras a minha formação. De forma especial, agradeço aos meus pais, Armando Dias Machate e Miséria Mandlate, pelo apoio, amor, atenção incondicional dedicado em todas as etapas da minha instrução formal, até ao momento da conclusão da minha formação em sociologia. Agradeço a Rosa Machate e Almeida Chirinda, por terem dedicado igualmente sua atenção e auspiciosa correção durante a minha formação como sociólogo e não só. OBRIGADO!

“Não é porque certas coisas são difíceis que nós não ousamos. É justamente porque não ousamos que tais coisas são difíceis! (Sêneca)”.

Agradeço de forma especial ao meu orientador, Mestre Cândido Chume, pela amizade, paciência e os seus valiosos ensinamentos. Sendo caracterizado pela notável sensibilidade analítica e rigor metodológico que contribuiu fortemente para a consolidação da minha produção académica. Agradeço-o, ainda mais, por me ter mostrado que podemos sempre fazer melhor na condição que temos, enquanto não tivermos condições para fazer melhor ainda, isto é, ser EXCELENTE!

“É fazendo que se aprende a fazer, o que se deve aprender a fazer” (Aristóteles)

Agradeço a Universidade Eduardo Mondlane, especialmente a todos os docentes do departamento de sociologia por me terem mostrado, em todos momentos, uma disposição para a construção do conhecimento científico na sua vertente prática.

“Pertença a uma comunidade de homens que acordam a meio da noite para sonhar.” (A.D)

Agradeço aos meus colegas e amigos de formação: Marlene Issaca, Fátima Mabilane, Márcia Macatane, Anne Cumbane pelo companheirismo, amizade e solidariedade demonstrados em todos os momentos. Ao meu “*people*”, Boavida Nhantumbo, Hélio Matuassa e Olímpio Funganha, endereço um forte *shout out*, É TUDO NOSSO!

Por último, mas não menos importante, endereço um agradecimento especial a todos os meus interlocutores na pesquisa de campo pois, sem a sua valiosa participação e fornecimento de informações que constituem as evidências que sustentam os argumentos aqui colocados, não teria sido possível a elaboração desta monografia. MUITO OBRIGADO!

Lista de Abreviaturas e Acrónimos

EPI - Equipamento de Proteção Individual

TMG – Técnico/a de Medicina Geral

Enf - Enfermeiro/a

Covid-19 - Corona Virus Disease

Sars-Cov-2 - Síndrome Respiratória Aguda

InCovid - Inquérito nacional Para Covid-19

OMS - Organização Mundial da Saúde

MISAU - Ministério da Saúde

Resumo

A presente monografia lança uma análise sobre os mecanismos de gestão do risco adotados pelos profissionais de saúde, enfermeiros e técnicos de medicina geral, no contexto de exposição ao vírus Covid-19. Notamos que as discussões a nível da literatura, apesar de reconhecer a existência de mecanismos de resposta comportamental não abordam como tais mecanismos funcionam em situações concretas de gestão de contaminação por Covid-19. Nesta pesquisa, discutimos e argumentamos que os profissionais de saúde possuem estratégias, que transformam o risco de contaminação numa construção socialmente aceitável. Nesta pesquisa foi usada a teoria de risco defendida Ulrich Beck (1992), este quadro teórico torna-se inteligível através dos seguintes conceitos centrais: Risco, Confiança, Percepção de risco e Gestão do risco. Trata-se de uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa, nela adoptamos um raciocínio indutivo, que se processa através do método monográfico. Para recolha de dados foram combinadas duas técnicas de recolha de dados, a observação direta e entrevistas semi-estruturadas resultantes de uma amostra constituída por 9 profissionais de saúde. Os dados foram discutidos através da análise de conteúdos. Foi possível obter os seguintes resultados: as características sociodemográficas exercem influência na percepção do risco, o que se mostra determinante na gestão de contaminação por Covid-19. As conclusões apontam que, os risco é fruto da incerteza institucional característica das sociedades de modo de produção industrial presente nas sociedades contemporâneas.

Palavras-chave: *Covid-19, Profissionais de Saúde, Risco, gestão do risco.*

Abstract

This monograph launches an analysis of the risk management mechanisms adopted by healthcare professionals, nurses and general medicine technicians, in the context of exposure to the Covid-19 virus. We note that discussions at the literature level, despite recognizing the existence of behavioral response mechanisms, do not address how such mechanisms work in concrete situations of Covid-19 contamination management. In this research, we discuss and argue that health professionals have strategies that transform the risk of contamination into a socially acceptable construction. In this research, the risk theory defended by Ulrich Beck (1992) was used. This theoretical framework becomes intelligible through the following central concepts: Risk, Trust, Risk perception and Risk management. This is an exploratory research of a qualitative nature, in which we adopt inductive reasoning, which is processed through the monographic method. For data collection, two data collection techniques were combined, direct observation and semi-structured interviews resulting from a sample consisting of 9 health professionals. The data were discussed through content analysis. It was possible to obtain the following results: sociodemographic characteristics influence risk perception, which is decisive in the management of Covid-19 contamination. The conclusions indicate that the risk is the result of the institutional uncertainty characteristic of societies with an industrial mode of production present in contemporary societies.

Keywords: *Covid-19, Health Professionals, Risk, risk management.*

Índice

Declaração de Honra.....	i
Dedicatória.....	ii
Agradecimentos	iii
Lista de Abreviaturas e Acrónimos.....	iv
Resumo	v
Abstract.....	vi
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1.....	5
DA REVISÃO DA LITERATURA À PROBLEMÁTICA	5
1.1. Breve contextualização sobre o risco como objeto de análise das ciências sociais.....	5
1.2. Construção social do risco	6
1.3. Gestão cultural dos riscos	9
1.4. Problema de pesquisa.....	12
CAPÍTULO 2.....	15
ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL.....	15
2.1. Definição e operacionalização de conceitos	16
2.1.1. Risco	16
2.1.2. Percepção de risco.....	17
2.1.3. Confiança	17
2.1.4. Gestão do risco.....	19
CAPÍTULO 3.....	19
METODOLOGIA.....	19
3.1. Método de abordagem.....	20

3.2. Apresentação do local do estudo e inserção no campo.....	21
3.3. Método de Procedimento	22
3.4. Caracterização da população e amostra	22
3.4.1. Critérios de inclusão e exclusão.....	22
3.5. Técnica de Recolha de Dados	23
3.6. Técnica de análise de dados.....	24
3.7. Questões Éticas	24
3.8. Constrangimentos, limitações e mecanismos de superação.....	25
CAPÍTULO 4.....	25
APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	25
4.1. Perfil sócio-demográfico dos interlocutores de pesquisa.....	26
4.2. Estratégias de gestão do risco de contaminação por Covid-19 adotadas pelos profissionais de saúde afectos ao Centro de Saúde de Machava II.....	27
4.3. Percepção do risco de contaminação por Covid-19	27
4.4. Gestão de riscos de contaminação por Covid-19 por enfermeiros e TMG`s na Machava II.....	33
4.5. Riscos e incertezas na gestão do risco no centro de saúde da Machava II	34
4.6. Risco e Covid-19 no período pós-pandêmico	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
ANEXOS	43

INTRODUÇÃO

A Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2) é um vírus que causa a doença da Covid-19 (Corona Virus Disease) em humanos, representando, deste modo, um risco à saúde. Nestes termos, a Covid-19 tornou-se na principal preocupação do país e do mundo nos anos de 2020-2022. No mesmo período foram elaborados vários instrumentos que funcionam como mecanismos de gestão do risco de contaminação pela Covid-19, dentre os quais os decretos presidenciais, contendo algumas medidas de prevenção face à Covid-19. Com esta situação, assistem-se a vários fenómenos que se tornam inteligíveis pelas ferramentas da sociologia do risco, uma vez que tais ferramentas nos induzem a observar as relações dentro dos contextos onde as mesmas ocorrem.

De acordo com Teixeira (2020), os profissionais de saúde constituem-se como um grupo de risco face a Covid-19 por estarem expostos diretamente aos pacientes infectados, fazendo com que recebam uma alta carga viral (milhões de partículas de vírus). Além disso, estão submetidos a um enorme *stress* ao atender esses pacientes, muitos dos quais em situação grave. As condições de trabalho em que os mesmo são submetidos mostram-se frequentemente inadequadas. A estes fatores soma-se a questão do incumprimento de certas medidas de prevenção por parte das comunidades e dos grupos profissionais, como documentam alguns inquéritos, onde destacam-se, o InCOVID¹ (2020) e o inquérito realizado por Frederico & Matsinhe (2021).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Covid-19 foi uma emergência de saúde pública de importância internacional e de nível de alerta mais alto, segundo o regulamento da organização, nos anos de 2020-2022. Porém, este estudo foi realizado num contexto em que a Covid-19 já não se processa como emergência de saúde pública de importância internacional pois a 5 de maio de 2023, em Genebra, na Suíça. Nesta data e local, a OMS declarou em conferência de imprensa que, já não trata a Covid-19 como da pandemia ou como emergência de saúde pública de importância internacional. Contudo, esta temática continua a mostrar-se pertinente pois, a própria OMS (2023) adverte que a Covid-19 ainda constitui uma ameaça à saúde pública e, a sua propagação mundial, continua a ser caracterizada como pandemia. (OMS, 2023)

Estudos realizados sobre a gestão do risco de contaminação por Covid-19 sugerem a existência de mecanismo de identificação das ameaças do quotidiano determinados pela consciência dos riscos objetivos, dando a percepção de que os riscos referem-se às avaliações intuitivas das pessoas sobre os

¹ Inquérito nacional para Covid-19

perigos a que podem estar expostos. Simultaneamente, notamos no InCOVID a existência de dados que indicam violação dos protocolos de prevenção da Covid-19 por parte dos indivíduos quando observados individualmente dentro da comunidade, com destaque para o uso incorrecto da máscara e lavagem das mãos.

Isso dá a ideia de que as pessoas observam apenas as medidas colectivas e não observam as medidas individuais, ou se as observam, não talvez seja com o mesmo vigor e rigor como observam as colectivas. Talvez a questão aqui seja descobrir em que condições ou situações as pessoas, como actores sociais racionais, cumpriam (ou cumprem) ou não as medidas de prevenção de Covid-19 decretadas pelo governo.

Neste ponto, problematizamos um dos elementos teóricos do nosso objeto de análise, a aceitabilidade social dos riscos, isto é, existe uma necessidade de questionar: como os actores sociais decidem sobre quais riscos pretendem enfrentar e quais riscos pretendem rejeitar? A percepção social do risco, neste sentido, pode ser vista como uma resposta cultural às ameaças sofridas no quotidiano. Deste modo consideramos que a avaliação dos riscos e a inclinação a aceitá-los ou a rejeitá-los constitui um problema social.

Partindo destas constatações, analisamos a gestão dos riscos gerados pela exposição dos profissionais de saúde à Covid-19, tendo em conta dois momentos essenciais, a gestão do risco durante o decurso da pandemia, isto é, olhando para os anos 2020-2022, e a gestão do risco face a Covid-19, num contexto pós-pandémico da Covid-19, olhando essencialmente para o ano de 2023. Ressalta-se que esta análise assume que o risco não se caracteriza pela falta de segurança, mas sim, pelos danos resultantes das ações e decisões dos atores sociais.

Interessámo-nos em estudar, e acima de tudo, lançar uma análise a gestão do risco de contaminação pela Covid-19, pelo facto de termos evidenciado na literatura e em plataformas informativas que, o fim da pandemia nos moldes acima referidos, não representa o fim da exposição face à Covid-19. Assim, “está na hora dos países fazerem transição do modo de emergência, para o modo de manejo da Covid-19, juntamente com outras doenças infecciosas.” (OMS, 2023:2). A nossa pretensão, por um lado, é analisar como os riscos à saúde são percebidos e minimizados num contexto de emergência pública e internacional, e como os mesmos são percebidos e geridos no modo de manejo.

Por outro lado, este trabalho torna-se num instrumento de entendimento da realidade, tendo em conta que, e, parafraseando o slogan do Ministério da Saúde (MISAU), “a saúde é o maior valor das pessoas”. Analisar o modo como as mesmas percebem e desenvolvem as estratégias de gestão dos

riscos associados à saúde, torna-se útil por levar-nos à compreensão do funcionamento e organização da sociedade em matérias de percepção, gestão e construção social do risco. Ressaltando que o nosso interesse com este estudo residiu, em todos momentos, em analisar a aceitabilidade dos riscos, ou seja, a maneira como as pessoas podem decidir quais riscos pretendem enfrentar e quais pretendem rejeitar, em diferentes contextos políticos, sociais, culturais e até ocupacionais mobilizando, deste modo, estratégias para gestão dos mesmos.

Depois de ler alguns estudos empíricos sobre a percepção do risco de contaminação por Covid-19 em grupos profissionais e não só, sintetizamos o debate em duas perspectivas. A primeira é denominada *construção social do risco*. Douglas e Wildavsky (1983), analisam a percepção do risco, enquanto produto da organização social, mostrando que as decisões quanto ao risco são justificadas pelo ambiente e pelo tipo de organização social, assumindo as instituições um papel determinante nas ações tomadas. A percepção do risco pode, assim, ser condicionada por mecanismos de visibilidade ou de invisibilidade determinados pela organização política e económica (Porto, 2007). A construção social do risco, numa perspetiva mais alargada, pode ainda resultar de processos mentais seletivos, por parte de indivíduos ou grupos, de acordo com esquemas mentais que desencadeiam mecanismos e respostas comportamentais de amplificação ou de atenuação do risco. (Cf. Heijmans, 2004; Kasperson, 2005)

A outra parte da literatura consultada foi ordenada e designada como *gestão cultural de risco*. Teoricamente, o debate sobre a gestão cultural do risco abrange uma perspetiva comportamental associada também a fatores pessoais relativos à capacidade da formulação em relação aos aspectos afectivos, biológicos e as possibilidades de interação com o ambiente externo.

Enfrentar ou não o risco depende do contexto em que se posiciona o indivíduo, num lugar ou evento. Desde a posição que o mesmo ocupa dentro do espaço, dos aspectos culturais, da personalidade, da história de vida, das características pessoais e das pressões/demandas do ambiente. Os indivíduos tendem a decidir expor-se ou não a riscos influenciados por um sistema de valores. Com base nisso, os indivíduos constroem imagens ao organizar o seu pensamento em torno do seu potencial humano, esse sentimento permite-lhes proceder a auto-avaliações. (Navarro e Cardoso, 2005)

Analisar a gestão do risco de contaminação pela Covid-19 nos profissionais de saúde a partir das experiências dos técnicos de medicina geral e enfermeiros afetos no Centro de Saúde Machava II, constituiu o principal objetivo desta investigação, sendo que todos os dados recolhidos procuram responder a esse desiderato. Especificamente buscamos o perfil sociodemográfico do grupo social visado pelo estudo, de seguida identificamos as estratégias mobilizadas por este grupo para fazer face

ao risco de contaminação pela Covid-19 e por fim, procuramos descrever os constrangimentos de adesão ou não às medidas de prevenção de risco de contaminação pela Covid-19 pelos profissionais de saúde olhando, particularmente, para as experiências dos profissionais de saúde do centro de saúde Machava II.

A realização desta pesquisa socorreu-se da perspectiva sociológica sobre o risco de Ulrich Beck (2010). A construção deste quadro teórico permitiu-nos observar que, a sociedade contemporânea assiste a uma precarização das condições existenciais que levam a uma exposição cada vez mais crescente a riscos de diversa natureza. Através dos conceitos de risco, percepção de risco e confiança percebemos que os actores sociais possuem estratégias próprias que possibilitam que as ameaças e riscos sistematicamente co-produzidos, nos processos de interação, sejam de algum modo evitados e minimizados, de tal modo que, quando os mesmos vem a luz sejam redistribuídos e minimizados de forma a não interferir ativamente nos processos e atividades do grupo-alvo visado pelo estudo. Assim, as estratégias de gestão de riscos adotadas pelos profissionais de saúde tornam o risco numa construção socialmente aceitável e gerível.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa que, de acordo com Creswell (2007), tem como objetivo entender determinada situação social, facto, papel, grupo ou interação. Neste estudo o investigador foi chamado a penetrar no mundo dos seus interlocutores e, através da contínua interação com estes, procurar perspectivas e significados sobre o risco de contaminação pela Covid-19, bem como as estratégias mobilizadas para gestão dos mesmos. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com técnicos de medicina geral e enfermeiros afetos no centro de saúde da Machava II.

Este trabalho é composto por 4 capítulos principais, que constituem a sua estrutura, sendo que depois desta introdução, segue-se a revisão da literatura, que entre outras atribuições, constrói a problemática da pesquisa. Depois, encontramos o capítulo referente ao enquadramento teórico e conceptual, no qual apresentamos o quadro teórico que informa a interpretação dos principais resultados e dedica-se à definição dos conceitos que usamos para apreender a realidade. No terceiro capítulo, apresentamos e justificamos as nossas opções metodológicas à medida em que descrevemos os processos que seguimos para tornar possível este empreendimento. Já no quarto capítulo, dirigimos a nossa atenção para a apresentação, discussão e posterior interpretação dos principais resultados da pesquisa. Por fim, seguem as considerações finais, onde descrevemos as conclusões do trabalho, gerir o risco pressupõe aceitá-lo e acreditar que a realidade fornece elementos para minimizá-lo quanto possível. A nossa discussão mostrou-nos que os profissionais de saúde possuem

uma fraca consciência do risco, o que contribui para alguns comportamentos de risco por parte destes.

CAPÍTULO 1

DA REVISÃO DA LITERATURA À PROBLEMÁTICA

Neste capítulo apresentamos a revisão da literatura com vista a contextualizar o nosso objecto de análise e apresentar o estado da arte. Para isso, recorreremos a debates teóricos e empíricos sobre o risco, especificamente, sobre como ele é vivido, experimentado e respondido pelos diversos atores sociais em diferentes contextos, focando-nos para os profissionais de saúde. A partir desta revisão da literatura construímos, igualmente, a problemática que orienta a nossa investigação. Para tornar claro e operacionalmente útil, subdividimos a nossa revisão em duas perspetivas, nomeadamente: 1) a que denominamos de *construção social dos riscos*, e, 2) a que denominamos de *gestão cultural dos riscos*. A discussão destas perspetivas é antecedida por uma breve contextualização do risco enquanto objeto de análise das ciências sociais.

Na primeira perspetiva, construção social dos riscos – o risco surge como uma produção social em que se cruzam várias dimensões, desde políticas, estruturais, e culturais na sua determinação e seleção (Douglas e Wildavsky, 1983; Beck, 1992; Luhmann, 1993; Frederico e Matsinhe, 2021; Passos *et al.*, 2022; entre outros). Na segunda perspetiva, gestão cultural dos riscos – inclui-se a discussão sobre a componente individual da percepção do risco a que se pode estar exposto. Argumenta-se que, existem respostas culturais ao risco determinadas por elementos como o status do indivíduo e suas características comportamentais (Rabinow, 1999; Castiel, 2003; Navarro e Cardoso, 2005; Sousa, 2020; entre outros)

1.1. Breve contextualização sobre o risco como objeto de análise das ciências sociais

Este mergulho histórico é essencial para contextualizar as discussões subsequentes sobre a gestão do risco, as respostas institucionais e as implicações políticas, fornecendo uma base sólida para a compreensão abrangente do fenómeno.

Peretti-Wattel (2000) postula que o conceito de risco, tal como conceitualizamos atualmente e do ponto de vista social, surge das análises dos acidentes de trabalho no século XIX e da necessidade de atender a esse problema social. Ewald (1986) acrescenta que a pertinência para o estudo científico do risco remonta ou está associado ao cálculo dos seguros e dos riscos profissionais. A generalização

dos seguros, para além do mundo industrial, estaria na base do Estado-providência e da transformação lenta do risco profissional em risco social (Mendes 2015:34).

A partir dos anos 70 do século XX, o risco começa a ser formalmente assumido como objeto de estudo, com uma base lógica de prevenção e mitigação de riscos. Neste período o risco, como atesta Mendes (2015), é entendido como a probabilidade de ocorrência de um determinado evento e os danos que o mesmo pode causar, tese também defendida por Beck (1992).

Por sua vez, Pierre-Charles Pradier (2004) tentou sistematizar os debates sobre a evolução histórica do termo risco. Para tal, o autor agrupou em duas linhas as construções científicas e históricas sobre o risco: A tese náutica e a tese modernista. A tese náutica associa os usos da palavra risco à atividade marítima. Na tese modernista, citam-se autores como Luhmann (1993) e Giddens (1992), que sustentam que a difusão da palavra risco deriva diretamente do desenvolvimento do capitalismo, com a expansão do comércio, dos seguros sobre as mercadorias do comércio transatlântico, da maturação das técnicas contabilísticas e financeiras e da reforma religiosa. (Mendes, 2015: 17)

O que chama atenção na análise de Pradier (2004) é facto deste sustentar que “a palavra risco na sua origem estaria ligada à atividade militar, e ao ato voluntário de correr perigo por parte dos cavaleiros e, na literatura, por parte dos heróis.” (Pradier: 2004 *op. Cit* Mendes, 2015:16), nisto Pradier (2004) rebate as colocações de Luhmann (1993) e Giddens (1992), mostrando que durante a idade média o conceito de risco era mais pragmático, o que não acontece na modernidade, onde verifica-se uma significação muito mais abstrata e polissêmica desta palavra.

Mendes (2015), vai de encontro a Pradier (2004), ressaltando que “A polissemia da palavra risco marcará de forma indelével o seu percurso epistêmico, metodológico e operacional desde os inícios do século XX.” (Mendes, 2015:17). Assim, a palavra risco assume uma grande polissemia, este fenómeno estará na origem da diversidade de usos e de aplicações que ocorrerão com o desenvolvimento do conhecimento científico e técnico no século XX, e da utilização do conceito de risco nas ciências naturais, nas ciências biológicas, nas ciências sociais e nas humanidades, bem como na administração pública e na definição de políticas públicas.

1.2. Construção social do risco

O ponto de partida desta perspetiva pode ser encontrado na teoria de Beck (1992). Para este autor, as consequências do desenvolvimento científico e industrial são um conjunto de riscos que não podem ser contidos espacial ou temporalmente. Ninguém pode ser directamente responsabilizado pelos danos causados por esses riscos, e aqueles que são afectados não podem ser compensados, devido a

dificuldade de cálculo desses danos. Além disso, na sociedade de risco², assiste-se a uma precarização crescente e massiva das condições de existência, com uma individualização da desigualdade social e de incerteza quanto às condições de emprego, tornando-se a exposição aos riscos generalizada (Mendes, 2015: 37).

Apesar de sustentar que os riscos são danos que derivam necessariamente das acções dos indivíduos, Luhmann (1993), argumenta que os mesmos têm sempre uma origem em causas exteriores, o que torna um pouco difícil controlar os perigos. Luhmann (*ibidem*) advoga por um sistema de confiança que seja propenso ao risco e o reduza ou pelo menos os seus impactos, a confiança sistémica seria possível a partir do momento em que as decisões tomadas têm responsáveis e exista cooperação social.

Douglas e Wildavsky (1983) argumentam que a percepção do risco é produto da organização social. Acrescenta-se ainda que as decisões quanto ao risco são justificadas pelo ambiente e pelo tipo de organização social, assumindo as instituições um papel determinante nas acções tomadas. A percepção do risco pode, assim, ser condicionada por mecanismos de visibilidade ou de invisibilidade determinados pela organização política e económica (Porto, 2007). A construção social do risco, numa perspetiva mais alargada, pode ainda resultar de processos mentais selectivos, por parte de indivíduos ou grupos, de acordo com esquemas mentais que desencadeiam mecanismos e respostas comportamentais de amplificação ou de atenuação do risco. (Cf. Heijmans, 2004; Kasperson, 2005)

Empiricamente, o argumento que justifica a construção dessa perspectiva reside necessariamente, no elevado nível de exposição em que se encontram os profissionais de saúde, isto por conta da sua actividade. Nesta ordem de ideias encontramos Frederico e Matsinhe (2021) destacando que, apesar dos esforços com vista a gerir o risco de infeção pela Covid-19, o mesmo permaneceu iminente e, existe um conjunto de elementos que levam a inobservância das medidas emanadas, parece-lhes que a inobservância às medidas de prevenção está entre as causas. A breve trecho este elemento, assim como diversos factores podem contribuir para a percepção de risco, desde às actividades que os indivíduos desenvolvem no seu quotidiano e os contextos em que os mesmos encontram-se inseridos.

² Sociedade de risco é um termo cunhado pelo sociólogo alemão Ulrich Beck e é usado para descrever a maneira pela qual a sociedade moderna se organiza em resposta ao risco.

Este aspecto estrutural observa-se desde a forma de organização dos assentamentos humanos nos bairros e nos locais onde os indivíduos desenvolvem as suas actividades de rendimento, até a forma como os sistemas de transportes funcionam, isto quer dizer que:

Os deficientes canais de circulação potenciam o aumento do risco de infecção e propagação em caso de existência de um portador de vírus. As condições estruturais de existência e materialização das atividades rotineiras, são caracterizadas pela elevada proximidade entre as pessoas, o que não favorece, por si só, a prática do distanciamento físico, a não ser por observância de instruções estritas e/ou alteração significativa de forma de estruturação e/ou utilização desses espaços.” (Frederico e Matsinhe, 2021: 7)

Na mesma esteira de pensamento, pode ler-se em Passos (2022), Galou, Navaro e Gonçalves (2022), Silva (2021), Segata (2020), que acrescentam que “um vírus sozinho não faz pandemia, nem explica a doença que pode resultar do contacto com ele”. Há sempre um emaranhado mais ou menos contingente que estabelece condições favoráveis para que eventos como este ganhem forma, extensão e intensidade. “As desigualdades de gênero, as injustiças e exclusões sociais e a falta de acesso aos direitos fundamentais fazem pandemia”. (Segata, 2020: 8). O “chapa” lotado, linhas de produção a todo vapor, festas clandestinas e comércio aberto também fazem pandemia”. (Segata, 2020: 8). Passos et al. (2022), por exemplo, ressalta a falta de equipamentos de proteção individual, déficit de condições de trabalho salubre e seguras, o que concorre para o colapso físico e mental dos trabalhadores de saúde. Da mesma forma Veodovato (2020, *Op. Cit*), acrescenta que “a pandemia veio evidenciar que é necessária a proteção e o cuidado daqueles e para aqueles que estão na linha da frente” (Vedovato *et. al.* 2020, *Op. cit* Silva, 2021).

Estas constatações ganham ênfase quando olhamos para o inquérito nacional para Covid-19 (InCOVID, 2020). Nele constata-se que os profissionais de saúde estavam realmente expostos às condições estruturais indicadas pelos autores acima citados, isto é, o relatório deste inquérito indica que, mais de 50% dos profissionais de saúde se faziam presentes em locais de aglomeração, mesmo com a declaração do estado de emergência que não entrava em acordo com esta prática. Verifica-se assim que o risco de contaminação pela Covid-19 não só deriva da exposição dos profissionais de saúde, mas deve-se a questões de ordem estrutural e profissional.

Os resultados de um estudo realizado com profissionais de saúde em Portugal, apontam para um aumento significativo de ansiedade dos profissionais de saúde durante a pandemia do Covid-19, indicam que os profissionais apresentam grandes níveis de stress e ansiedade, principalmente por não existirem equipamentos de proteção individual disponíveis em quantidade e qualidade, aumento do

número de horas semanais no trabalho, devido ao quantitativo desfasado de profissionais também por afastamento devido à contaminação com a Covid-19 (Sampaio & Sequeira, 2020 citados por Morães et al, 2020: 10).

Metodologicamente, encontramos trabalhos realizados sob metodologias qualitativas: o primeiro de Frederico e Matsinhe (2021), que dirigiram na cidade de Maputo um estudo intitulado *Resistência À Adopção Das Medidas De Prevenção Da Covid-19 Em Moçambique*. Este trabalho baseou-se em revisão bibliográfica sobre temas que tratam de factores que influenciam o comportamento de adesão à prevenção de doenças, decreto sobre o Estado de Emergência, reportagens jornalísticas, inquéritos rápidos e outros. “A identificação destes materiais, especialmente as notícias sobre Covid-19 em Moçambique e o comportamento dos cidadãos diante das medidas emanadas foi feita de forma intencional e corresponde ao período em que vigorou o estado de emergência em Moçambique”. (Frederico e Matsinhe, 2021:4). É útil atestar que este artigo aponta para o risco como uma decisão dos actores sociais, pese embora argumente que a decisão de agir ou não de forma arriscada, é condicionada pelos modos que os mesmos actores vivem.

O segundo estudo a destacar nesta perspetiva, pertence a Morães et al (2020), intitulado *A segurança dos profissionais de saúde em tempos de Covid-19*. também foi realizado com base em revisão bibliográfica, onde se analisaram legislações sobre a segurança dos trabalhadores da área de saúde no Brasil.

1.3. Gestão cultural dos riscos

Teoricamente, o debate sobre a gestão cultural do risco abrange uma perspetiva comportamental associada a fatores individuais relacionados à capacidade da formulação em relação aos aspectos afectivos, biológicos e as possibilidades de interação com o ambiente externo.

Enfrentar ou não o risco depende do contexto em que se posiciona o indivíduo, num lugar ou evento. Desde a posição que o mesmo ocupa dentro do espaço, dos aspectos culturais, da personalidade, da história de vida, das características pessoais e das pressões/demandas do ambiente. Os indivíduos tendem a decidir expor-se ou não a riscos influenciados por um sistema de valores. Com base nisso, os indivíduos constroem imagens, ao organizar o seu pensamento em torno do seu potencial humano, esse sentimento permite-lhes proceder a auto-avaliações. (Cf. Navarro e Cardoso, 2005)

Na mesma esteira de pensamento, encontramos Castiel (2003), que coloca a lupa sobre as acções dos indivíduos na sociedade de riscos, esta sociedade é marcada pelo processo de modernidade reflexiva,

isto quer dizer que, o indivíduo é confrontado pelas suas próprias acções e deve refletir e estabelecer críticas racionais sobre si mesmo. Nestes moldes o risco aparece como uma decisão do actor social.

Se dentro destas ideias formos ao encontro de Rabinow (1999), concluimos que existe uma ideia, no imaginário colectivo de que os actores sociais podem sempre prevenir riscos, este autor atesta que os actores sociais têm a capacidade de vigiar e antecipar a ocorrência de eventos indesejáveis, assim, a gestão colectiva dos riscos fórmula análises e instrumentos capazes de lidar com a ocorrência de enfermidades, anomalias, comportamentos desviantes a serem minimizados e comportamentos saudáveis a serem maximizados (Rabinow, 1999).

Empiricamente, esta perspectiva associa o risco a crenças relacionadas à saúde. Assim, podemos inferir que o risco de contaminação pela Covid-19 decorre, necessariamente, de crenças, atitudes e práticas dos profissionais de saúde face às medidas preventivas e a gestão quotidiana da própria pandemia de Covid-19. Diante dessa realidade, questionamentos, contradições e incertezas têm sido relacionados à percepção do risco no tocante à atuação dos profissionais frente à pandemia da Covid-19. Dentre os profissionais de saúde, os médicos e a equipe de enfermagem compreendem atualmente as categorias com maior número de contaminação e óbito pela Covid-19 (nem sempre divulgados pelas autoridades sanitárias) o que gera insegurança em relação à percepção de risco dos profissionais de Saúde (Oliveira, Lucas e Iquiapaza, 2021).

Para Maposse (2022) e Sousa (2020) existe uma preferência pelo *status quo*, onde os indivíduos mostram resistência em mudar os padrões tradicionais de vida e continuam agindo como sempre agiram. Note-se que, na perspectiva destes autores as *fake news*, difundidas nas redes sociais, também desempenham uma influência na percepção de risco de contaminação pela Covid-19. Tendo em conta este pressuposto, os indivíduos não cumprem com as medidas restritivas devido às notícias falsas que são veiculadas em diferentes espaços, sejam eles físicos ou virtuais. Nesta perspectiva verifica-se a desconfiança em relação às informações veiculadas por meios formais, assim, o discurso e a opinião dos tomadores de decisão, suas acções, bem como o comportamento de indivíduos influentes, acabam influenciando directa ou indirectamente na decisão das pessoas em aderir ou não as medidas de prevenção.

Cochrane citado por Lima et al. (2020), argumenta que os profissionais de saúde se sentem inseguros quando as diretrizes locais são longas, pouco claras, ou não correspondem às diretrizes nacionais ou internacionais, além do fato das mudanças constantes. De fato, por ser uma infecção nova, as diretrizes e recomendações sobre o Covid-19 sofreram várias mudanças em pouco espaço de tempo.

Além disso, um cenário de propagação maciça e rápida de informações foi gerada no meio técnico e científico, com diversas fontes institucionais emitindo suas recomendações, o que ocasionou insegurança e dificuldade de assimilação de normas e condutas padronizadas, até mesmo a nível local.

Metodologicamente, nos dedicamos à análise dos estudos empíricos que legitimam a perspectiva da gestão cultural dos riscos. Oliveira, Lucas e Iquiapaza (2021) realizaram um estudo intitulado “*Percepção do risco de contaminação dos profissionais de saúde por Covid-19 no Brasil*”, com o principal objetivo de conhecer os fatores que influenciam a percepção do risco dos profissionais de saúde em relação a contaminação por Covid-19 no Brasil. Estes autores conduziram um estudo do tipo *survey* iniciado em 2020, elaborando um instrumento de coleta de dados com auxílio da ferramenta *google forms*, onde a participação era apresentada por um convite contendo resumo dos objetivos da pesquisa e sua relevância aos profissionais de saúde, este *survey* era dirigido a médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem no Brasil. Portanto, este estudo apoia-se numa metodologia quantitativa que pretendia cruzar duas variáveis: autoconfiança para atuar frente a Covid-19 e confiança nos protocolos oficiais. O estudo inquiriu 436 profissionais de saúde, os resultados mostram que existia um uso inapropriado e a retirada inadequada dos EPI 's³, o que contribui fortemente para a contaminação dos profissionais de saúde.

Lima et al. (2022) em um estudo intitulado “*Profissionais da Saúde e as percepções em um período da Pandemia do COVID-19 no Brasil*” procuraram combinar uma metodologia qualitativa e quantitativa, pelo menos a nível de suas intenções, e foi com auxílio da ferramenta *google forms* que tal desiderato se processou, nisto, foram enviados *links* aos profissionais de saúde para que os mesmos pudessem preencher, em abril de 2020, onde procuravam cruzar variáveis como: o local e região de trabalho, segurança quanto às orientações do uso do EPI e a disponibilidade do mesmo. Os resultados desta pesquisa mostram que 197 profissionais de saúde acederam ao convite e preencheram os formulários disponibilizados através da ferramenta mencionada anteriormente. Os resultados atestam que 50,8 % dos profissionais não se sentiam seguros quanto às orientações do uso de EPI e 64% dos mesmos relataram não ter recebido EPI 's necessários.

O estudo de Maposse e Bezana (2022) sobre o comportamento de uso de máscaras na cidade de Maputo, foi realizado com recurso a uma metodologia quantitativa, apoiada na observação sistemática de dados que foram registados diretamente no *google forms*, os pesquisadores

³ Equipamentos de Proteção Individual

procederam observações a indivíduos, buscando rever alguns aspetos como o uso correto da máscara e a observação do distanciamento físico. Trata-se de uma observação não obstrutiva, onde eram cruzadas variáveis como o local, sexo, o uso ou não de máscaras, contando com uma amostra de 1.020 indivíduos obtidos em locais com grande aglomeração populacional, como nos transportes, terminais rodoviários e mercado. Os dados passaram por análises estatísticas com recurso à ANOVA. Como resultados estes atestam que 72,9% (744 indivíduos) traziam máscaras. Porém, apenas 53% (541 indivíduos) usavam-na de forma adequada.

A revisão da literatura nos mostrou que os profissionais de saúde apresentam as percepções de vulnerabilidade ao risco devido as incertezas institucionais que são provocadas pela forma como as instituições geriram as informações sobre a pandemia, isto é, a diversidade de informações e e protocolos sanitários que sofreram diversas alterações ao decorrer da pandemia aglutinaram sentimentos de medo e insegurança. De outro lado, notamos que existem crenças relacionadas a saúde que ditar o modo como os profissionais de saúde se posicionam em relação ao risco de contaminação por Covid-19, isto é, suas atitudes e práticas.

1.4. Problema de pesquisa

Apesar das pesquisas realizadas sobre este objeto possuírem um potencial explicativo forte, as mesmas deixam pontos importantes que podem e devem ser explorados em diferentes contextos e sob diferentes perspetivas.

O risco de contaminação por Covid-19, deriva das atividades que os profissionais de saúde levam a cabo no seu quotidiano bem como das suas condições de vida (vida na comunidade), a meio disto a literatura é consensual ao argumentar que, existem processos mentais seletivos por parte do mesmo grupo de acordo com os seus esquemas mentais e suas percepções ou representações de risco, e isso desencadeia mecanismos de respostas comportamentais de amplificação ou atenuação do risco, entretanto não foi possível identificar pesquisas, principalmente no contexto moçambicano, que discutem tal aspecto.

Outrossim, os dados referentes à observação das medidas de gestão do risco da Covid-19 trazidos pelo inquérito nacional para Covid-19, realizado em 2020, indicam que na comunidade os indivíduos observaram melhor as medidas de prevenção coletivas para o SARS-CoV-2, como é o caso da não presença em locais de aglomeração (mercados e transportes públicos) comparado aos grupos profissionais. (InCOVID-19, 2020:37). O que sugere que os indivíduos reconhecem a existência dos

riscos objetivos, isto é, a percepção de riscos refere-se às avaliações intuitivas das pessoas sobre os perigos a que podem estar expostos.

Colocado nestes termos, o inquérito nacional para Covid-19 não é esclarecedor, pois a princípio os membros de uma comunidade podem incluir, simultaneamente, aos referidos grupos profissionais. Isso sugere que as pessoas observam apenas as medidas coletivas, e não observam com o mesmo vigor e rigor as medidas de fórum individual. Talvez a questão aqui seja descobrir em que condições ou situações as pessoas, como actores sociais racionais, cumprem ou não as medidas de prevenção de Covid-19 decretadas pelo governo.

Esta questão ganha relevância, principalmente, quando no mesmo inquérito constata-se que os grupos profissionais observaram melhor as medidas de prevenção individual da Covid-19, tais como o uso de máscaras faciais e lavagem regular das mãos. Neste ponto poderemos problematizar também sobre a aceitabilidade social dos riscos, temos ainda que nos questionar, como as pessoas decidem sobre quais riscos pretendem enfrentar e quais riscos pretendem rejeitar? A percepção social do risco, neste sentido, pode ser vista como uma resposta cultural às ameaças sofridas no quotidiano. Deste modo, consideramos que a avaliação dos riscos e a inclinação a aceitá-los ou a rejeitá-los constitui um problema social.

Outro aspecto relevante, é o facto dos inquéritos, principalmente os *online*, deixarem de lado as singularidades históricas referentes às experiências e particularidades específicas dos contextos sociais, onde as interações têm lugar, o que certamente muda o sentido destas conclusões, isto é, está patente o problema da confiabilidade, “às respostas dos indivíduos variam em diferentes períodos de tempo, por exemplo, atitudes e opiniões, podem variar de acordo com a situação emocional de uma pessoa” (Richardson, 2012: 206). Assim, a principal proposta desta abordagem, é de procurar explorar informações associadas a questões estruturais, bem como informações mais detalhadas sobre a convivência e o cuidado de potenciais casos positivos de Covid-19.

Com base nisto, percebemos uma limitação nos estudos realizados nesse período, que reside no facto dos profissionais estarem expostos continuamente a um stress crónico, o que pode ter afetado negativamente os dados recolhidos. Esta limitação deixa de lado questões relativas à percepção social dos riscos dos grupos analisados na maioria dos estudos. Ressalta-se a importância de analisar esta temática a partir dos profissionais de saúde, num contexto de fim da pandemia da Covid-19 enquanto emergência de saúde de importância internacional, os profissionais de saúde não só permanecem expostos diretamente a Covid-19.

Neste contexto, o problema apresentado resume-se na seguinte pergunta de partida: **De que modo os profissionais de saúde, afectos ao Centro de Saúde Machava II, gerem o risco de contaminação pela Covid-19?**

Como pressuposto para esta investigação, nota-se que existe uma consciência do risco, e por esse motivo denota uma série de estratégias levadas a cabo pelos profissionais de saúde para a sua gestão. Neste caso, gerir o risco pressupõe aceitá-lo e acreditar que a realidade oferece vários elementos para minimizá-lo quanto possível. E assim o ambiente social e material em que decorrem as interações sociais, é moldado para servir de mecanismo de intercâmbio que cria sistemas de confiança.

CAPÍTULO 2

ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

Para a apreensão, análise e interpretação do nosso objeto de análise recorreremos à teoria sociológica de risco proposta por Ulrich Beck (2010). Este quadro teórico propõe que, os actores sociais possuem estratégias próprias que possibilitam que as ameaças e riscos, sistematicamente co-produzidos nos processos de interação, sejam de algum modo evitados e minimizados de tal modo que quando as mesmas vem à luz não interferem nas actividades do grupo alvo, ou seja, as estratégias de gestão do risco usadas pelos profissionais de saúde tornam o risco numa construção socialmente aceitável.

Este autor parte do princípio que, na modernidade tardia, a produção social da riqueza é acompanhada pela produção social de riscos, o que gera conflito na distribuição de riquezas e dos próprios riscos. Nesse caso, assiste-se a passagem da lógica da distribuição de riqueza na sociedade da escassez, para uma lógica de distribuição de riscos na modernidade tardia. Para Beck (2010) na sociedade contemporânea estas duas lógicas se conectam através das forças produtivas que, quando alcançam o nível desejado pela sociedade, desencadeia riscos e potenciais ameaças à mesma.

Beck (2010) demonstra que, num passado não tão recente, o risco era sensorialmente perceptível, ao passo que, os riscos civilizatórios, característicos da modernidade, escapam a percepção pelos sentidos, e derivam normalmente da superprodução industrial. Estes riscos são de alcance global, para além de possuírem causas modernas, os mesmos tendem a ser irreversíveis e as vezes invisíveis.

Existem porém, ameaças que exigem os órgãos sensoriais da ciência: teoria, experimentos, instrumentos de medição, para que possam chegar a ser visíveis e interpretáveis como ameaças. É importante que os riscos civilizacionais sejam reconhecidos como um produto do modo de produção industrial, com efeito colateral sistêmico nos modos e processos de modernização, bem como no funcionamento das instituições sociais (Beck, 2010).

Beck (2010) discute ainda sobre os riscos modernos como a tecnologia, a globalização e os avanços científicos, transcendem fronteiras nacionais e afetam as sociedades de forma global. Ele argumenta que esses riscos produzem uma nova ordem social caracterizada pela incerteza e pela necessidade de novas formas de governança. Beck (2010) enfatiza a crescente autonomia e responsabilidade individual na sociedade do risco, ele discute como os indivíduos são cada vez mais chamados a fazer escolhas reflexivas sobre questões sociais, políticas e éticas.

Os riscos não se resumem apenas em efeitos e danos já ocorridos. Neles, experimenta-se um componente futurístico, ou seja, estes baseiam-se, em parte, na extensão futura dos danos atualmente previsíveis, o risco é uma antecipação de algo que está por acontecer, as riquezas são tangíveis e em contrapartida os riscos são, por assim dizer, irreais, uma vez que a sua força reside nas ameaças projetadas no futuro. Na sociedade de risco, o passado deixa de ter força determinante em relação ao presente, em seu lugar entra o futuro, algo inexistente. O que condiciona o risco a um estágio de incerteza.

O tipo, o padrão e o meio da distribuição de riscos é diferente daqueles da distribuição de riquezas. Porém os riscos podem ser distribuídos de um modo específico pela classe social, o que a distribuição de riqueza e a distribuição de riscos tem de comum é o facto de ambos esquemas de distribuição se atêm a lógica de classe social, isto é, os riscos podem reforçar a situação de classe, o que é possibilitado pela capacidade de lidar com situações de risco, contornando-as ou minimizando-os (Beck, 2010).

Outra faceta dos riscos é que eles são carregados de um efeito bumerangue, ou seja, as pessoas que os produzem, poderão outrora ser afetados pelos mesmos seus afeitos, os riscos rebatem sobre os centros de produção, esse efeito socialmente circular de ameaça, pode ser generalizado, sob a égide dos riscos da modernização, que cedo ou tarde atinge a unidade entre culpado e vítima.

A generalização dos riscos da modernização desencadeia uma dinâmica social que não pode ser percebida em termos de classe, quem está numa situação de ameaça ou perigo esta com problemas mas não pode ameaçar os outros, ou privá-los. Por assim dizer, as situações e conflitos de classe não se dilaceram, porém estas estão sobrepostas as situações de ameaça, a carência material e a cegueira perante os riscos que se apresentam no processo de modernização, se sobrepõem gerando novas formas de desigualdade.

2.1. Definição e operacionalização de conceitos

2.1.1. Risco

Ulrich Beck (1992), define risco como um ponto intermediário entre a segurança e a destruição. A percepção dos riscos ameaçadores determina o pensamento e ação. Isto significa que as percepções dos actores sociais sobre os riscos não são irracionais, tais percepções são fruto de um processo complexo de construção e definem o que é aceitável, o que está de acordo com suas maneiras de ser, pensar e agir. (Mendes, 2017: 25)

Podemos também, entender o risco como a probabilidade de ocorrência de um determinado acontecimento e dos danos que o mesmo pode causar, risco é o ato involuntário de correr perigo. O risco é uma dimensão humana que supõe a existência de inseguranças quanto aos danos futuros, que podem resultar da tomada de decisão consciente ou inconsciente dos actores sociais, pela escolha de uma alternativa dentre várias possibilidades (Guivant, 2016).

Nesta pesquisa o risco de contaminação deve ser entendido como um conjunto de consequências ou danos co-produzidos pelos profissionais de saúde e outros intervenientes do ecossistema, bem como pelas atividades dos indivíduos e pelas decisões tomadas no decurso das mesmas atividades. Neste sentido o processo de produção dos riscos inicia pela exposição dos profissionais de saúde do centro de saúde da Machava II às partículas do vírus, ou seja, estes profissionais trabalham em ambientes que representam um perigo à saúde. Este processo de produção de riscos só termina com as decisões tomadas por estes profissionais.

2.1.2. Percepção de risco

Thielen, Hartmann e Soares (2008), partem do pressuposto que “a percepção de riscos tem muito mais a ver com medo do que com uma estimativa correta de probabilidades”. (*op. Cit.* Lima 1995:16) deste modo a percepção de risco é a forma como os leigos pensam sobre o risco e isto inclui um conjunto de crenças e valores que dão significado a um acontecimento ameaçador. Ao considerar o comportamento como um sistema, é possível classificar fatores externos (do meio ambiente) e internos (do próprio indivíduo) que contribuem para a organização das percepções frente aos riscos e que orientam o comportamento.

Navarro e Cardoso (2005) argumentam que é importante distinguir o risco de percepção de risco. Nesta *Umbrella*, nesta pesquisa o risco é discutido com uma orientação objetiva, enquanto que a percepção de risco será discutida assumindo uma certa subjetividade, e este será o critério de diferenciação que usaremos durante a pesquisa. Dito de outro modo, a percepção do risco é o processo cognitivo através do qual o perigo se transforma em risco definido e localizado.

2.1.3. Confiança

A confiança surge intimamente ligada à noção de risco, que se entende como os resultados inesperados que podem advir das nossas atividades ou das nossas decisões. A confiança pressupõe consciência das circunstâncias de risco. A confiança é acompanhada pela crença, a confiança e a

crença são expectativas. Aqui o indivíduo considera conscientemente as alternativas e tenta calcular os riscos para seguir um curso específico de ação. (Giddens, 1991: 75)

A confiança pode ser definida como credibilidade de uma pessoa ou sistema, a confiança é um dispositivo para lidar com a liberdade dos outros, a confiança se estabelece pela falta de informação. O risco e a confiança se entrelaçam, a confiança serve para minimizar os perigos aos quais estão sujeitos tipos específicos de atividades. (*ibidem*)

No ato de confiar, a complexidade do mundo futuro é reduzida. O agente cheio de confiança se engaja como se no futuro só houvesse algumas possibilidades determinadas. Ele define seu presente futuro num futuro presente. Ele faz aos outros seres humanos a oferta de um determinado futuro em um futuro comum, que não segue se resignando ao passado comum, mas que ao invés disso abrange algo novo. (Luhmann, 2000 *apud* Mota, 2016)

A confiança é um mecanismo de gestão do risco que possibilita um curso para a ação, influenciando na tomada de decisão, a confiança possui simultaneamente mecanismos de gestão de conhecimento que levam a cooperação e a partilha de conhecimento de informações dentro das organizações. Baggio (2010) entende que a confiança exprime a situação em que uma pessoa adere em termos de atividade ou de crença, a certas representações do passado, presente ou do futuro, que tenha por efetivo o reconhecimento da situação e sua tutela.

Para os objetivos desta pesquisa é suficiente entender a confiança, nos termos de Ferreira (2012), como uma forma minimalista de organização da vida social, ter confiança num parceiro significa estabelecer um mecanismo de simplificação das relações. A confiança pode ser entendida como uma resposta ao risco que faz escapar a outros riscos, ou seja, ela é um mecanismo de evitar males maiores. Nestes termos e para os objetivos da pesquisa, ela traduz-se em duas dimensões úteis para nossa análise: “arriscar-se para evitar riscos” e “confiar para fugir ao demónio da desconfiança”

“Arriscar-se para evitar riscos”: nesta dimensão buscamos ressaltar apenas que, a confiança não existe e segundo Ferreira (2012), não é necessária em relações de alta proximidade e intensidade comunitária. Do mesmo modo, a confiança não é necessária e não se manifesta em situações em que os indivíduos estão totalmente descontextualizados, onde a identificação do outro é difícil.

No primeiro sentido as relações e interações são mediatizadas por mecanismos que sancionam socialmente comportamentos de não conformidade às regras. No segundo nível, as relações e interações são mediatizadas e possibilitadas por regulamentos, orais ou escritos, através dos quais os comportamentos em não conformidade podem ser sancionados através de tais desideratos. “Confiar

para fugir do demónio da desconfiança”: mostra que a confiança é necessária e se manifesta em contextos em que se verifica inclusão parcial, em situações em que os atores sociais, na ausência de certeza, segurança, informação ou conhecimento, agem como se tivessem.

2.1.4. Gestão do risco

O gerenciamento de riscos tem como objetivo assegurar que as atividades atendam às necessidades dos indivíduos ou organizações, através da minimização dos riscos. Dentre as razões para a crescente importância do gerenciamento de riscos para as organizações, podem-se citar, a minimização das ameaças às atividades e a potencialização de práticas positivas, que tem a ver com a monitorização do bom funcionamento da organização.

Entende-se também gestão do risco como um conjunto de medidas para atenuar os efeitos sociais e ações de proteção contra a atuação futura de eventos de vária ordem, destacando assim uma dimensão preventiva da gestão do risco, onde existe um reconhecimento tácito das possibilidades futuras, e incertas quanto aos danos que cada uma das possibilidades poderá gerar (Borges, Mevezzi e Menez, 2023).

A gestão do risco pressupõe a possibilidade da percepção de um perigo que se pode vir a estruturar em risco e a realizar-se (hipoteticamente) mas que pode ser supostamente atenuado por uma ação antecipada. Na verdade, cada ser humano aplica, no quotidiano, de um modo mais ou menos consciente, táticas de avaliação de situações de risco, ou perigosas, nos atos de decisão associados à sua sobrevivência e desenvolvimento (Almeida, s/d).

Nesta pesquisa compreendemos a gestão de riscos como o “*conjunto de actividades para orientar e controlar uma organização no que respeita o risco*”.(Almeida s/d). Numa gestão de riscos não se prevê o futuro que irá ocorrer, mas consideram-se diversos cenários de “futuros” possíveis ou plausíveis e avaliam-se as respetivas probabilidades de ocorrência e as potenciais consequências, tangíveis ou não-tangíveis (Almeida, s/d).

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

Este capítulo é dedicado à apresentação das opções metodológicas que tornaram a pretensão de realizar este trabalho, uma realidade. Nele apresentamos elementos como, o método de procedimento, o de abordagem que informam as lógicas de construção dos nossos argumentos, bem

como justificam a forma pela qual procedemos a análise e interpretação dos resultados. Descrevemos, igualmente, as técnicas de coleta e análise de dados, o universo ou a população, a respectiva amostra da pesquisa, bem como a técnica da sua seleção. Por fim, apresentamos os princípios éticos.

3.1. Método de abordagem

Segundo Marconi e Lakatos (1992) o método indutivo traduz-se num processo mental através do qual, partindo de dados particulares, suficientemente constatados, infere-se uma verdade geral ou universal, não contida nas partes examinadas. Portanto, o objectivo dos argumentos aqui levantados é levar a conclusões cujo conteúdo é muito mais amplo do que o das premissas nas quais se basearam. Sendo que o nosso principal objecto é de analisar a gestão do risco de contaminação pela Covid-19 nos profissionais de saúde a partir das experiências dos técnicos de medicina geral e enfermeiros, afectos no Centro de Saúde Machava II, o raciocínio que dá lugar a construção dos argumentos deste trabalho traduziu-se em três etapas⁴ essenciais:

Observação dos fenómenos - nessa etapa observamos os factos ou fenómenos e os analisamos, com a finalidade de descobrir as causas de sua manifestação, empiricamente isto se traduziu em observar os comportamentos associados ao risco, confiança e percepção de risco dos profissionais de saúde afeto no centro de saúde da Machava II, atentando também para a prevenção dos mesmos riscos.

Descobrir a relação entre eles - na segunda etapa procuramos, por intermédio da comparação, aproximar os factos ou fenómenos, com a finalidade de descobrir a relação constante existente entre eles, através dos depoimentos dos profissionais de saúde, obtidos por intermédio de entrevistas semi-estruturadas, descrevemos de forma subtilmente comparativa, as experiências e os constrangimentos que contribuíram ou não para existência de comportamentos de risco.

Generalizar a mesma relação - nessa última etapa, produzimos e mostramos os principais pressupostos relacionados à percepção e respostas ao risco, o que serve para fornecer hipóteses a pesquisas posteriores.

⁴ Trata-se de uma adaptação da exposição feita por Marconi e Lakatos (1992). Metodologia científica. 2ª edição.

3.2. Apresentação do local do estudo e inserção no campo

O centro de saúde Machava II localiza-se no município da Matola, mais concretamente no posto administrativo da Machava. Em termos organizacionais, este centro de saúde conta com um bloco administrativo, um banco de socorros, duas enfermarias, dois laboratórios, um bloco de atendimento a doentes crónicos e um gabinete do PNCT.

O nosso primeiro contacto com o campo foi bastante útil. Foi neste momento que nos apercebemos que os profissionais de afetos no centro de Saúde de Machava II não encaravam a Covid-19 como uma preocupação. Isto revela um paradoxo. Por um lado os profissionais, bem como a instituição exigem o cumprimento das medidas preventivas face a Covid-19, por outro lado, os mesmos não cumprem na totalidade as tais medidas de prevenção. Os utentes que, à semelhança dos profissionais de saúde não cumprirem corretamente com as medidas de prevenção estabelecidas, incorrem a sanções verbais, *“mãe, não vamos te atender sem máscara, vai comprar máscara e depois volta para aqui”* (profissional de saúde afeto na Machava II). O fato interessante no meio deste enredo é que o tal profissional que emitiu tal enunciado, não portava máscara.

Durante o processo de inserção no campo fomos constrangidos por questões de burocracia, o que tornou a nossa aproximação ao campo difícil e sem grandes resultados durante algum tempo. O que está na base deste constrangimento é o fato da unidade sanitária ter rejeitado algumas credenciais e até protocolos emitidos pelo Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Ação Social da Matola, alegando que os dados a serem recolhidos e a sua divulgação podem colocar em causa a imagem da instituição, tal situação terá condicionado o início do nosso processo de recolha de dados.

Aliado a questões burocráticas, o desconhecimento de alguns procedimentos do investigador contribuiu para a morosidade do processo. Depois de certa insistência, e seguimento dos protocolos institucionais e apresentação parcial dos objetivos desta pesquisa (exigência dos serviços distritais de saúde), foi emitida uma “credencial-guia” que autorizava ao pesquisador a dar início com o processo de recolha de dados. Ao apresentar esta nova “credencial-guia” a unidade sanitária mostrou-se novamente indisponível a recolha de dados, alegando que não foi respeitado o protocolo burocrático e administrativo, apesar de não ter clarificado de que protocolo se tratava. Ademais, neste momento a unidade sanitária sugeriu-nos a anexarmos o instrumento de recolha de dados, para que os profissionais fornecessem as respostas necessárias para investigação por via escrita. Segundo, a instituição é de praxis que alguns pesquisadores procedam desta maneira. Isto sugere claramente que o mesmo instrumento seria reproduzido e distribuído pelos profissionais de saúde, fomos obrigados a

declinar tal proposta uma vez que a técnica de recolha de dados não permitia que tal desiderato fosse cumprido. Depois do cumprimento dos processos recomendados pela unidade sanitária, demos início a recolha de dados.

3.3. Método de Procedimento

Esta é uma pesquisa de natureza qualitativa, que tem como principal função traçar um quadro inicial sobre o fenómeno em epígrafe. Esta pesquisa ancorou-se ao método monográfico, uma vez que este pressupõe que o estudo de um caso em profundidade, pode ser representativo de outros casos semelhantes. (Gil, 2008). Esta pesquisa analisou a gestão do risco de contaminação pela Covid-19 nos profissionais de saúde, para atingir tal objetivo, selecionamos o centro de saúde da Machava II como unidade amostral. Nestes moldes, a pesquisa discute a gestão do risco, explorando minuciosamente as percepções de risco, olhando para duas categorias profissionais: os enfermeiros e os técnicos de medicina geral afetos neste no centro. Acreditamos que o estudo do caso da Machava II pode ser, sob mesmas condições, representativo para os centros de saúde semelhantes existentes em Maputo ou mesmo no país.

3.4. Caracterização da população e amostra

Para esta pesquisa tomamos como população, todos os profissionais de saúde do centro de saúde da Machava II que trabalharam no enfrentamento da pandemia da Covid-19. Nesta pesquisa foi usada a amostra intencional. Os interlocutores são os indivíduos que possuem as características típicas de todos os integrantes da população. Neste estudo tomou-se por amostra elementos do grupo de profissionais de saúde, em número de 9 pertencentes a duas categorias, 3 enfermeiros e 6 técnicos de medicina geral.

3.4.1. Critérios de inclusão e exclusão

Para compor a amostra no centro de saúde da Machava II, identificamos alguns profissionais de saúde que preenchessem os seguintes critérios de inclusão como: estar a trabalhar no centro de saúde a mais de 3 anos; ser responsável por lidar com potenciais casos positivos da Covid-19 e profissionais responsáveis pela triagem, que encaminham casos suspeitos a realização do teste. Alguns profissionais foram excluídos com base nos seguintes critérios de exclusão: ser profissional

de saúde com responsabilidades administrativas, bem como ser um profissional afeto a este centro de saúde a menos de 3 anos.

A amostra é constituída por 9 indivíduos durante a pesquisa, isto é, deparamos-nos com alguma dificuldade para localizar profissionais que preenchessem os critérios de inclusão, bem como o número de profissionais disponíveis para conceder-nos uma entrevista. Notamos, simultaneamente, que, a partir da sexta entrevista os dados começaram a demonstrar certa repetição, pelo que, gozando da liberdade e flexibilidade permitidas pela técnica, foram introduzidas novas questões ao guião principal. Mesmo assim não obtivemos grandes achados a partir destes arranjos, pelo que, foi conveniente encerrar o processo de recolha de dados.

3.5. Técnica de Recolha de Dados

Nesta pesquisa os dados foram recolhidos combinando duas técnicas, a entrevista semi-estruturada e a observação não participante. A entrevista semi-estruturada que, de acordo com Manzini (1990), focaliza-se em um assunto sobre o qual confeccionamos um roteiro com perguntas principais, complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias momentâneas à entrevista, possibilitou a emergência de informações de forma mais livre, onde as respostas não estavam condicionadas a uma padronização de alternativas. Por conseguinte, tais entrevistas foram orientadas por um guião de entrevista contendo perguntas abertas (Mazzini, 1990). Com essas perguntas captamos informações como: a maneira de encarar o risco de contaminação por Covid-19 dentro e fora da unidade sanitária, as percepções do risco de contaminação por Covid-19 e as estratégias quotidianas de gestão do risco de contaminação.

Esta técnica mostrou-se útil para garantir o contacto direto e confidencial com os interlocutores. Assim estas entrevistas foram gravadas, com a permissão dos nossos interlocutores, e mediante a assinatura de um termo de consentimento informado fornecido no início da entrevista, onde estão explicados os objetivos da pesquisa. A duração prevista das entrevistas, e consequentemente negociada com os intervenientes do centro de saúde, era de 30 minutos, mas pela natureza da atividade dos interlocutores algumas estiveram foram sujeitas a interrupções, pelo que algumas entrevistas chegaram a durar 50 minutos e pela mesma razão algumas entrevistas foram interrompidas entre 20-25 minutos. Ressalta-se que as entrevistas ocorreram individualmente.

As entrevistas semi-estruturadas foram complementadas pela observação direta. Com ela pudemos observar, sem tomar o objeto do estudo como se fôssemos membros do grupo observado, mas sim, posicionar-nos como um espectadores atentos baseados nos objetivos da pesquisa, vimos e registramos as ocorrências como, a disposição de álcool gel ou baldes com água e sabão para desinfecção das mãos, o uso correto do EPI, em particular as máscaras, por parte dos profissionais de saúde ou utentes do centro de saúde, respeito aos distanciamento físico, e outras ocorrências que interessam ao trabalho.

3.6. Técnica de análise de dados

Nesta pesquisa, a técnica de análise de dados selecionada foi a análise de conteúdo. O uso desta técnica nos permitiu, construir um conhecimento partindo dos discursos e ou relatos dados pelos interlocutores. Esta técnica permitiu-nos também integrar o contexto social em que são construídos os tais discursos ou relatos, recorrendo aos dados obtidos através da observação direta. Com isso, pudemos descrever determinadas representações e percepções sociais do risco de contaminação pela Covid-19 presentes e expressadas pelos nossos interlocutores (Cf. Quivy e Campenhoudt, 2008).

Os dados construídos foram analisados de forma integral, e serão apresentados de forma agregada. A descrição dos mesmos dados decorre por meio de temáticas. Por razões de natureza ética que a pesquisa adotou, não serão usados os verdadeiros nomes dos nossos interlocutores com vista a salvaguardar e preservar a sua imagem pelo que, cada um destes profissionais, será tratado com recurso aos seguintes códigos: “TMG_1” e assim sucessivamente para os técnicos de medicina geral”, “Enf_1” e assim sucessivamente para os enfermeiros com quem tivemos a entrevista.

3.7. Questões Éticas

Nesta pesquisa foram observados princípios éticos como forma de salvaguardar os direitos básicos dos interlocutores da pesquisa. Assim, o primeiro princípio ético observado foi *o consentimento livre, informado e esclarecido*. Este princípio foi materializado através da disponibilização de um termo de consentimento informado que possibilitou a autodefesa dos informantes e do próprio investigador, este consentimento informado foi administrado de forma oral no início de cada entrevista, onde foram explicados todos os compromissos e garantias de salvaguarda dos direitos de cada um dos intervenientes.

O mesmo consentimento informado serviu como um instrumento, para que o informante permitisse a gravação da entrevista e tivesse a garantia de que as mesmas informações servirão somente para os fins desta pesquisa, não devendo os mesmos áudios serem partilhados sem a autorização do mesmo. Um outro princípio observado foi a garantia de anonimato, isto é, os interlocutores concederam as entrevistas sem a necessidade de revelar dados de identificação pessoal.

Como gesto de tratamento dos dados, os mesmos foram gravados em áudio e encontram-se armazenados na base de dados do pesquisador, sendo que a referência dos mesmos segue a codificação atribuída a cada interlocutor de pesquisa. Os dados podem ser usados por outros pesquisadores e para fins de pesquisa a partir do momento em que os mesmos busquem autorização junto aos interlocutores desta pesquisa.

3.8. Constrangimentos, limitações e mecanismos de superação

É de suma importância identificar os constrangimentos e limitações da nossa pesquisa, de modo a contextualizar os resultados e interpretá-los de forma apropriada. Nesta ordem de ideias a primeira limitação identificada tem que ver com o tamanho da amostra, isto é, pelo fato desta pesquisa envolver uma amostra pequena, os resultados podem não ser capazes de captar todas especificidades da população em geral.

O principal constrangimento desta pesquisa reside no acesso ao campo e conseqüente desconfiança dos nossos interlocutores para com o investigador, o que inicialmente levou a produzir entrevistas em que as respostas eram pobres em termos de conteúdo. Deste modo, e com vista a minimizar tal constrangimento, optamos por adotar uma postura mais amena e sensível em que o sentimento de confiança era frequentemente reforçado, isto foi possível através da inclusão de perguntas sensíveis de forma anónima, isto é, sem que as entrevistas fossem gravadas, num fórum mais informal.

CAPÍTULO 4

APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos de forma sintética as constatações a que chegamos após a interação com os nossos interlocutores durante as entrevistas. Os dados nos permitem argumentar que os profissionais de saúde possuem uma consciência fraca do risco, que se afigura preponderante nas decisões que os mesmos tomam diante de situações arriscadas. Constatámos que o cumprimento das

medidas sobre a prevenção da Covid-19 eram cumpridas, integralmente, devido às rigorosas fiscalizações. A interpretação dos resultados à luz do nosso referencial teórico-conceptual permite-nos notar que a confiança oscila de forma pendular e a mesma é condicionada pela quantidade de informações a que se pode ter acesso, assim o excesso de informações, bem como a frequência de divulgação pode gerar desconfiança, ao passo que, menos informações e o refreamento da sua divulgação aumenta a confiança, principalmente na relação clínico *versus* clínico. Já o risco possui propriedades reflexivas, como é característico da própria modernidade, isto significa que o ator que o provoca, é o mesmo que se ressentir dos seus efeitos positivos ou nocivos à saúde. Este capítulo é constituído por três secções principais, nomeadamente: Perfil sócio-demográfico dos interlocutores de pesquisa; Estratégias de gestão do risco de contaminação por Covid-19 adoptadas pelos profissionais de saúde afecto ao Centro de Saúde de Machava II.

4.1. Perfil sócio-demográfico dos interlocutores de pesquisa

Nesta secção apresentamos as características dos nossos interlocutores, focalizando em variáveis como sexo, idade, estado civil, local de residência e grau de escolaridade. Acreditamos que estas informações são importantes para a construção das percepções de risco e das decisões tomadas face a situações arriscadas.

Usando entrevistas semi-estruturadas, conversamos com nove profissionais de saúde afectos ao Centro de Saúde da Machava II, sendo oito de sexo feminino e um de sexo masculino. Ainda destes nove profissionais, seis (6) são Técnicos de Medicina Geral (TMG) e três (3) são Enfermeiros (Enf). Quatro (4) com idades entre 24 a 27 anos e os restantes cinco (5) com idades entre 33 a 55 anos. Dois (2) dos nossos interlocutores são casados oficialmente, três (3) solteiros, no período de recolha de dados, e quatro (4) vivendo maritalmente. Profissionalmente, seis (6) formaram-se em Medicina Geral e seguem a carreira de Técnico de Medicina Geral (TMG) e três (3) formaram-se em Enfermagem Geral e seguem a carreira de Enfermeiro (Enf). No entanto, alguns destes profissionais possuem outras formações além da formação relacionada com a área da saúde – uma formada também em marketing, outra em educação de infância e outra está se formando ainda em psicologia.

No que se refere aos locais de residência, 5 dos os nosso interlocutores vivem nos seguintes bairros: Fomento, Machava KM 15, Machava Sede, Khongolote e 1º de Maio, os restantes 4, encontram-se a residir no município da cidade de Maputo, encontrando-se distribuídos pelos seguintes bairros: Bairro do Aeroporto, Magoanine, Laulane e Albasine.

4.2. Estratégias de gestão do risco de contaminação por Covid-19 adotadas pelos profissionais de saúde afectos ao Centro de Saúde de Machava II

Nesta seção descrevemos alguns mecanismos de gestão do risco apontadas pelos interlocutores como estratégias para mitigação do risco de contaminação por Covid-19. O nosso pressuposto inicial, proveniente da revisão da literatura, postula que, a forma como o risco é percebido determina a ação dos profissionais de saúde. Assim, descrevemos rapidamente como os riscos são percebidos e a influência que tal percepção exerce na gestão quotidiana dos mesmos (Luhmann, 1993).

4.3. Percepção do risco de contaminação por Covid-19

Durante a análise dos dados pudemos notar que os interlocutores, apresentaram comportamentos e reações divergentes face a questões referentes a comportamentos de risco, isto sugeriu-nos a primeira vista duas hipóteses, a primeira é que poderíamos estar perante um enviesamento das respostas, onde os interlocutores procuravam dar as respostas “politicamente corretas” devido a posição que ocupam face a nossa interação social. A segunda é de que as reações face a questões referentes a comportamentos de risco pudessem ser influenciadas por determinadas características sociais e demográficas dos próprios profissionais de saúde. Sem falsear totalmente a primeira hipótese, a análise dos dados aponta em direção da segunda hipótese. Assim constatamos que as percepções do risco de contaminação pela Covid-19 variam de acordo com algumas características sócio-demográficas dos nossos interlocutores, com destaque para idade e estado civil. Notamos que os interlocutores que indicam ter filhos, parceiros ou viver com algum familiar, mostram-se sempre mais cautelosos quanto a sua postura no ambiente hospitalar, e em especial às medidas preventivas, para a análise em curso. o que nos levou rapidamente a registar que a instituição família é uma componente útil e relevante para análise sobre a aceitabilidade dos riscos, como se pode ler no extrato que se segue:

Nada, tenho filho eu. Eu procurava fazer de tudo, deixava a roupa do lado de fora sempre que saia para rua, não só do trabalho, na rua até podia escapar mas no trabalho não escapava, ficava aqui todo dia, muitos chá, limão, recordo que até minha mãe viajou para Manhiça e voltou com um plástico cheio de limão, então eram essas coisas limão gengibre, muitas sopas.
(TMG_3, 26 anos)

Este estrato mostra-nos que a percepção do risco é uma construção social que resulta de processos mentais seletivos por parte de indivíduos ou grupos, coadjuvados pelo funcionamento da sociedade e das suas instituições. No caso vertente o bem-estar e segurança da família repercute no processo de seleção do risco. *“Naquela época eu era muito medrosa, era trabalho-casa. Eu deixei festas,*

deixei cortiças e deixei tudo, além disso eu tenho crianças pequenas que são asmáticas e eu tinha muito medo de expor elas, comecei a me expor somente aqui onde é meu ganha pão”. (TMG 4, 40 anos).

A ideia do actor social evitar certos comportamentos por possuir uma família ou indivíduos com forte ligação afetiva, leva-nos a corroborar com a Douglas e Wildavsky (1983), na medida em que estes argumentam que a percepção do risco resulta do meio social onde o indivíduo se encontra. Estes autores mostram que, as decisões quanto ao risco são justificadas pelo ambiente e relações que um indivíduo estabelece com os outros a sua volta, assumindo as instituições um papel determinante nas ações tomadas. Nestes termos, nota-se que um dos gatilhos da consciência do risco de contaminação pela Covid-19 é o medo de infectar os familiares, fazendo com que os profissionais de saúde optem por medidas adicionais aos protocolos oficiais internacionais e locais sobre o Covid-19.

Com base nos depoimentos dos nossos interlocutores concluímos que , o risco de contaminação dá-se de várias maneiras, que permitiram-nos, ancorados na revisão da literatura, categorizar duas maneiras: 1), risco não percebido ou involuntário⁵, onde o risco é encarado de um modo pouco gerenciável e 2), risco percebido ou voluntário, onde nota-se uma predisposição do indivíduo, medido pela capacidade de sujeitar-se a certos riscos de forma consciente.

Os riscos não percebidos ou involuntários estão ligados a questões estruturais, desde a organização precária dos transportes, mercearias e mercados até a pouca ou fraca disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) dentro da unidade sanitária. O nosso arcabouço teórico justifica a existência do risco involuntário pois Niklas Luhmann (1993), postula que o mundo social é um sistema complexo e não gerível, em que a noção de perigo pode ser atribuível a um fator externo e não controlável. O depoimento que se segue é elucidativo:

Não tem como, não tem como porque nós tínhamos que vir trabalhar, então nesse processo de vir trabalhar, tinha que apanhar os transportes públicos, eu particularmente não tinha viatura particular, então nesse período não tinha como, estive em locais de aglomeração, paragens, chapas, supermercados, estive nesses locais, menos na igreja porque as igrejas andaram fechadas, mas prontos sempre com proteção, até que hoje em dia, a máscara virou meu melhor amigo. (TMG 5.36 anos)

⁵ Ao nos referirmos a riscos involuntários, engrenamos num erro analítico deliberado, isto é, em rigor o termo risco neste trabalho se refere a decisões dos actores sociais que podem desencadear um conjunto de consequências. Usamos o termo “risco involuntário” para simbolizar a posição intermédia, entre perigo e risco, que em nenhuma circunstância significa ausência de segurança

No risco involuntário o actor social é estrangido pelas condições estruturais, isto é, por mais que o ele possua uma consciência do risco, não consegue controlá-lo por completo. Aqui é útil ressaltar que existem condicionantes sociais, políticas, econômicas e até culturais que se impõe ao indivíduo, podendo anular todos mecanismos de minimização de riscos que o mesmo possa mobilizar.

Uma das situações que reforça a ideia de risco involuntário é a mobilidade dos profissionais de saúde, uma vez que estes indicaram que o transporte coletivo e semi-colectivo de passageiros é um dos maiores focos de contaminação, e este constitui um elemento que eles não podiam controlar por depender exclusivamente destes meios para se fazer ao local de trabalho, onde não só devem estar para ganhar o seu sustento, mas também pela obrigação profissional de ter que tratar dos doentes, incluindo os que estavam infectados pelo covid-19.

O ambiente dentro dos transportes foi descrito como pouco favorável para o cumprimento das medidas de prevenção da Covid-19. Deste modo, os profissionais enfrentam um duplo constrangimento, se por um lado eles possuem informações sobre os protocolos sanitários mais adequados e seguros para ambientes similares (distanciamento social, uso correto da máscara, etc), por outro, eles assistem e são levados a ver os mesmos protocolos sanitários violados. Tal constrangimento acentua o medo de ficar infectado naqueles espaços, principalmente por saber da fácil transmissibilidade do vírus, e, ao mesmo tempo, experimentar o medo de infectar os outros indivíduos com quem partilham aqueles espaços. Como se pode ler no depoimento que se segue:

Fora ser profissional de saúde, eu primeiramente tenho que zelar pela minha saúde, tenho que pensar em mim para poder olhar para os outros. Eu quando saio daqui não entro em casa, passo pela chapa e se eu infectar essas pessoas elas voltam para mim, então eu estaria a fazer *trabalho de Marracuene*⁶, ao invés de reduzir o número de casos, iria aumentar. (TMG_2, 25 anos)

No risco involuntário os danos gerados pela ação são atribuídos a fatores externos e pouco maleáveis. Por sua vez, os riscos voluntários relacionam-se a questões comportamentais como é o caso da frequência às festas clandestinas, ou mesmo ao uso não correto do EPI. Para o caso desta categoria de riscos podemos notar que, as percepções dos indivíduos quanto aos riscos não são irracionais ou puros problemas de informação, mas sim, produtos de processos complexos que definem o que é aceitável, o que é digno, o que está de acordo com as maneiras de ser, pensar e agir, ou seja, com suas identidades. (Beck, 1992) “*Sim, como estava tudo fechado, a maior parte do*

⁶ *Trabalho de Marracuene*: é uma expressão que não se sabe muito bem a origem, mas designa o trabalho não abonatório, como “tentar encher de água um recipiente furado”

tempo eram festas, (risos) clandestinas. Ficávamos aglomerados com música baixa, como havia aquela situação da polícia estar a circular” (TMG_1, 24 anos). Alguns profissionais, a exemplo deste, retratam momentos em que se faziam festas clandestinas, transmitindo a ideia de que a gestão do risco de contaminação por Covid-19 varia dentro e fora da unidade sanitária.

Notamos que as percepções do risco de contaminação nos profissionais de saúde são influenciadas pela obrigatoriedade do cumprimento das medidas de prevenção. Isto justifica-se pelo fato da Covid-19 ter se tornado rapidamente o alvo principal dos mídias, o que, aliado a declaração do estado de emergência⁷, gerou uma tensão nos profissionais de saúde, principalmente no contexto fora da unidade sanitária. Num contexto em que as recomendações para prevenção da Covid-19 foram impostas não se pode associar o cumprimento das medidas de prevenção pelos profissionais de saúde, a nenhum tipo de consciência de risco, tal como pode ler-se no depoimento a seguir:

Na verdade, nós víamos pela televisão o que acontecia no mundo fora nem, a Covid-19 estava a matar e aqui em Moçambique era aquela coisa de não termos uma pessoa próxima com Covid-19 ou não conhecermos ninguém que tenha Covid-19. Eram aquelas especulações, será que isso é verdade, então só fazíamos aquilo por obrigação mesmo, tanto o uso das máscaras, lavagem das mãos eram mais por obrigação (TMG_1, 24 anos)

Segundo os depoimentos dos nossos interlocutores, aliado a obrigatoriedade institucional de cumprimento dos protocolos sanitários de prevenção da Covid-19, a emergência de novas variantes do vírus gerava um sentimento de desconfiança, que em última instância desencadeou a consciência do risco de prevenção ao vírus da Covid-19 dentro da unidade sanitária. Contudo, depois de lidar diretamente com este vírus, assim como o hábito de outros vírus considerados mais letais, como o da tuberculose, acabou gerando uma percepção de maior segurança em face a Covid-19.

Inicialmente o medo de contrair Covid-19 e infectar os outros dependia, em tempos, do facto de conhecer ou não alguém que estivesse realmente infectado pelo vírus. Isto deu-se pelo fato de se tratar de um vírus novo sobre o qual existiam poucas informações. Neste período as relações sociais dos profissionais de saúde com as outras pessoas foram marcadas por um sentimento de desconfiança, isto é, o profissional que está directamente exposto ao vírus é, ao mesmo tempo, mãe/pai, irmã/o, filha/o, esposa/o etc; como se pode ver num extrato de uma das nossas entrevistas:

É assustador, porque além de ser profissional sou mãe, sou irmã e sou filha, então o risco de ficar doente é maior. Na parte do Covid-19 né? corremos o risco de nos infetar, nunca

⁷ A declaração do estado de emergência em Moçambique (decreto presidencial nº11 de 30 de março de 2020) estendeu-se de 1 de abril de 2020 à 21 de abril de 2022

sabemos quem tem ou quem está doente e quem não tem, então fica difícil, principalmente porque tem aquela parte do vírus em que a pessoa é assintomática, e se passa para mim a coisa pode ser diferente, o mesmo pode agir de forma diferente no meu organismo. Então há sempre aquele medo. (TMG_1, 24 anos)

De acordo com o extrato acima, notamos que os nossos interlocutores podem sentir-se mais vulneráveis, tal percepção é fomentada pelos outros papéis que assume fora da unidade sanitária, ou seja, a postura do profissional de saúde foi sempre de preservar a saúde dos seus familiares.

Durante as conversas com os profissionais de saúde pudemos notar que a motivação para prevenção à Covid-19 pode estar associada a vários fatores, com destaque para os seguintes: (1) A existência de outras doenças infecto-contagiosas, do fórum respiratório como a tuberculose; (2) O tipo de informação produzida pelos meios de comunicação social (desde os convencionais as redes sociais); e (3) Obrigação, reforço e criação de novos protocolos sanitários para gestão do risco de contaminação por Covid-19. Tomemos como exemplo o extrato a seguir:

Obrigatoriamente, não só pela Covid, mas também temos a tuberculose e pelo local em si, trabalhamos muito com pacientes da tuberculose, aqui mesmo na Machava II, temos o gabinete do PNCT (Programa Nacional de Combate a Tuberculose) e também trabalhamos com TARV (Tratamento Antirretroviral), os pacientes recebem a alta e depois passam para aqui para continuar com o tratamento. (TMG 4, 40 anos)

O tipo de informação produzida no âmbito da comunicação social denuncia simultaneamente que a Covid-19 despoletou um interesse político. Tal interesse levou ao reforço dos protocolos sanitários. Como se pode ler no depoimento acima, os profissionais de saúde eram obrigados a cumprir com o protocolo sanitário imposto e fiscalizado pelo MISAU e outras autoridades. A mediatização da pandemia gerou um alto sentido de desconfiança e incertezas, principalmente para alguns atores sociais, como é o caso dos profissionais de saúde, que acreditam estar mais vulneráveis a contaminação por Covid-19, é o caso dos pacientes e enfermeiros e técnicos de medicina geral do centro de saúde da Machava II.

Dos 9 interlocutores desta pesquisa, apenas 3 não testaram positivo para Covid-19, tendo apenas passado por suspeitas e gripes, consideradas, por eles, como normais. Dos 6 profissionais que estiveram infetados pela Covid-19, 3 suspeitam terem transmitido o vírus aos seus familiares num contexto em que todos ficaram doentes simultaneamente com o seu agregado familiar. Nisto surge uma nota interessante, a unidade sanitária não permitiu que nenhum dos profissionais dispusesse dos 14 dias previstos para o isolamento domiciliar, assim os profissionais de saúde ficaram isolados do local de trabalho em intervalos que variam de 7 a 10 dias.

O não cumprimento do período recomendado para o isolamento domiciliar levou ao recrudescimento da percepção de imunidade ou invulnerabilidade nos profissionais de saúde. Assim estes passaram a relaxar nas medidas de prevenção, acreditando possuir algum tipo de imunidade, gerada pela informação e experiência de trabalhar diretamente com o vírus.

A unidade sanitária é o local onde os profissionais de saúde se sentem mais vulneráveis. Por mais que os interlocutores tivessem sido expostos à Covid-19 em diversos locais de aglomeração - festas clandestinas, chapas, mercados, paragens ou igrejas - a maior parte destes partilha a percepção de ter sido na unidade sanitária onde ocorreu a infecção pelo vírus Sars-cov-2, que leva a Covid-19. *“Quase todos enfermeiros tiveram, Covid, era quase impossível passar por isso sem apanhar Covid” (Enf_3, 32 anos)*, a explicação fornecida pelos interlocutores é simples — *“Calhou numa época em que tive muitos positivos, e eu comecei a passar mal, então tinha muita enchente e aglomeração, ficava difícil gerir, principalmente por causa da demanda, era muita pressão, tinha pacientes a passar mal, e comecei a passar mal.” (Enf 2, 27 anos)*

Entretanto, os profissionais que não foram infectados pelo vírus do Covid-19 partilham a percepção de que os colegas infectados contraíram a infecção fora da unidade sanitária. Uma vez que na unidade exigia-se o cumprimento escrupuloso das medidas de prevenção e os profissionais de saúde, supostamente, aderiram positivamente às mesmas. Nos termos de um dos nossos interlocutores, *“o cuidado é sempre pouco. Tem que saber que está dentro de um risco por trabalhar com coisas perigosas” (TMG 6, 55 anos)*, o que significa que ficar infectado pelo profissional resulta do seu descuido, o extrato a seguir é elucidativo:

Os profissionais não apanharam a doença no hospital, talvez aqueles do laboratório que manuseiam as amostras. A pessoa quando está aqui tem muitos cuidados, e o cuidado é sempre pouco, tem que saber que está dentro de um risco, para trabalhar com coisas perigosas. Agora, a pessoa quando sai daqui você não sabe para onde vai (risos) ou por onde passa (TMG 6, 55 anos)

O depoimento acima mostra que, profissionais de saúde partilham do reconhecimento de estar vulneráveis às infecções de todo tipo, isto por se encontrar num ambiente atravessado constantemente por vírus. Contudo, para outros profissionais, é simplesmente impossível contrair a infecção sendo possuidor de inúmeras informações e saber melhor como proteger-se dos vírus.

A ferramenta analítica que nos ajuda a entender a gênese destas contradições entre os profissionais de saúde é a confiança. A confiança é um mecanismo de gestão do risco que possibilita um curso para a ação, influenciando na tomada de decisão. A confiança possui simultaneamente mecanismos

de gestão de conhecimento que levam a cooperação e a partilha de conhecimento e de informações dentro das organizações. Baggio (2010) nos ajuda a decodificar ainda mais esta questão, assinalamos que o interlocutor TMG 6, emitiu o seguinte depoimento: “*Se tiver rigorosos cuidados, a pessoa não fica doente, já trabalhei com cólera*”, aqui subentende-se que a confiança exprime a situação em que uma pessoa adere, em termos de atividade ou de crença, a certas representações do passado, presente ou do futuro, que tenha por efetivo o reconhecimento da situação e sua tutela.

Outro grupo de profissionais de saúde, indicam que a vulnerabilidade de contaminação varia de acordo com os sectores de atividade dentro da unidade sanitária, denunciando em simultâneo, locais dentro da unidade sanitária onde deve-se ser mais vigilante com os protocolos de prevenção e uso correto do EPI. Por exemplo, as enfermarias, o banco de socorros, os laboratórios e o PNCT, são apontados como locais onde existe maior chance de ficar infectado, em detrimento de locais como o bloco administrativo e gabinetes de acompanhamento e seguimento de doenças crónicas. Como se pode ver no extrato a seguir:

Vale a pena aqui nas doenças crónicas, como pode ver, eu tenho meu próprio gabinete, aqui o paciente com tuberculose pode vir e me entregar o cartão e voltar a sentar perto da janela, imagina lá na enfermaria onde as coisas acontecem, aqui se fores a ver não tem que estar toda hora de máscaras, mas lá na enfermaria há exposição, ali nem podes brincar de tirar máscara, mesmo fezes, sabias que há fezes com doenças, o chão que você pisa. Por isso o sapato tem que estar fora, lá é mais crucial até para a questão das unhas. (TMG_3, 25 anos)

A percepção dos riscos decorre dos riscos que o ser humano esta sujeito, e a aceitação de riscos parece aumentar na mesma proporção em que aumenta a implementação de dispositivos de segurança. Se o risco não é percebido como tal, as decisões e comportamentos não serão compatíveis com a segurança que a situação exige, tal como indicam Thielen, Hartmann e Soares (2008) “*As pessoas reagem aos riscos que percebem. E se suas percepções forem equivocadas, esforços de proteção nos âmbitos pessoal, público e ambiental podem ser mal orientados*” (Thielen, Hartmann e Soares 2008: 14). Isto significa que as percepções dos profissionais permitem-lhes decidir onde relaxar em relação às medidas de prevenção e onde não o podem fazer.

4.4. Gestão de riscos de contaminação por Covid-19 por enfermeiros e TMG`s na Machava II

Nesta seção discutimos a forma pela qual os profissionais de saúde gerem ou lidam com o risco, sustentando que estes consideram que o risco é derivado da própria existência. Isso recoloca o risco numa dimensão analítica mais abrangente. Contudo, existem especificidades do contexto que são as que descrevemos ao longo desta subseção.

Os profissionais de saúde possuem diversas representações e percepções sobre o risco para sua atividade. Se para uns o risco representa o perigo de ficar doentes por qualquer infecção, para outros, o mesmo é encarado como a susceptibilidade ou vulnerabilidade que possuem por se encontrar em um ambiente que é constantemente atravessado por todos os tipos de vírus. O que foi possível constatar é que os variados sentimentos relacionados ao risco de ficar infectado por algum vírus, derivam da falta de confiança nos pacientes que de quando em vez apresentam comportamentos de risco, fazendo-se às consultas sem o uso correto das máscaras e não respeitando os protocolos sanitários da gestão do risco de contaminação por Covid-19.

Aliado a estes fatores, nota-se que as representações de risco foram variando ao longo do tempo. Parece-nos que, quanto mais experiência com determinado vírus, maior a percepção de invulnerabilidade e capacidade para lidar com o mesmo. Ou seja, existe uma percepção geral de que “*Todo cuidado é pouco*” (TMG 6) e o risco deriva necessariamente de trabalhar com coisas perigosas. Como se pode ler no depoimento a seguir:

Nunca tive medo de ficar doente por Covid-19. trabalhei mais de 10 anos com tuberculose e outras tosses, já trabalhei diretamente com doentes de cólera. Eu venho usando balde com água e sabão, antes da Covid-19. Se fores a observar, sou o único com o gabinete com balde. Se tiver cuidados rigorosos, a pessoa não fica doente (TMG 6, 55 anos)

Neste depoimento notamos que, as relações sociais bem como suas representações, referentes ao risco, são moldadas por experiências anteriores ao evento em alusão. Tal facto dá-se por que os indivíduos têm tendência em “deslocar” as relações sociais do seu contexto imediato, situando o risco numa dimensão controlável, que pode ser melhor compreendida nos termos de Giddens (1991), ao afirmar que, a modernidade arranca crescentemente o tempo do espaço, fomentando assim relações entre outros ausentes e localmente distantes de qualquer situação dada ou interação face-a-face. Assim, os locais têm sido moldados em termos de influências sociais bem distantes deles. A estrutura local não é simplesmente o que está presente na cena. A forma visível do local oculta as relações distanciadas que determinam a sua natureza.

4.5. Riscos e incertezas na gestão do risco no centro de saúde da Machava II

Nesta subsecção apresentamos breves descrições e interpretações sobre o enfrentamento dos riscos dentro da unidade sanitária, sem descurar das relações sociais que se reproduzem no contexto de produção e gestão do risco de contaminação por Covid-19.

Notamos que dentro dos setores de atividade, a observação das medidas de prevenção varia de acordo com a hierarquia dos profissionais. Foi possível chegar a esta constatação pois os profissionais de saúde responsáveis por estes sectores, não portavam máscaras de proteção facial e nem sequer respeitavam o distanciamento físico, a quando da nossa abordagem e até durante o decurso das entrevistas, e em contrapartida os outros profissionais de saúde, e principalmente os estagiários respeitavam observavam o uso correto do EPI.

O primeiro sector que tivemos acesso foi o bloco administrativo do centro de saúde da Machava II. Tal bloco era composto por uma equipe de 3 profissionais. Neste local verificamos que nenhum destes portava a máscara de proteção facial, tampouco demonstrou preocupação em desinfetar as mãos, pelo menos nos intervalos em que estivemos naquele sector. Porém, observamos a existência do material de proteção para os profissionais, mas não observamos o mesmo para os utentes. Não vimos baldes e sabão para a lavagem das mãos nem álcool gel para desinfetar as mão, etc.

Os profissionais de saúde mostram-se implacáveis quanto ao protocolo de prevenção da parte dos utentes e pacientes. Dentro da unidade sanitária não são atendidos utentes ou pacientes que não portam máscara de proteção facial, o que pode revelar um sentimento de desconfiança dos profissionais para com os utentes.

Tendo visitado o centro de saúde para efeitos de recolha de informações, durante um período de 2 meses, notamos que a observação das medidas de prevenção da Covid-19 tende a variar de acordo com o período do dia. No período matinal (07h às 11h), quando o centro de saúde da Machava II regista maior fluxo de pacientes/utentes, os profissionais de saúde mostram-se mais atentos às medidas, não tendo se observado, neste período do dia, nenhum profissional de saúde sem máscara de proteção facial ou que não desinfete as mãos com regularidade.

Na medida em que o centro de saúde da Machava II regista menor fluxo de pacientes é possível notar que a desinfecção das mãos começa a perder regularidade e simultaneamente as máscaras de proteção facial começam a alternar entre o queixo e a boca. No período da tarde, geralmente depois do período do almoço, os profissionais começam a circular e ficar em seus gabinetes sem máscaras, exceto quando estão em consultas, em alguns sectores, à excepção das enfermarias e banco de socorros, o fluxo de pacientes baixa consideravelmente.

4.6. Risco e Covid-19 no período pós-pandêmico

Nesta subsecção buscamos fazer uma confrontação entre os pontos ressaltados durante a revisão da literatura e o material empírico decorrente das entrevistas. Deste modo, buscamos trazer os

principais pontos onde concordamos ou refutamos os argumentos levantados pelos autores que compõem a parte teórica deste trabalho.

Este trabalho foi realizado num período pós-pandêmico, ou seja, num contexto em que a Covid-19 deixou de ser uma emergência pública. Apesar deste evento já não ser considerado de importância internacional (Pandemia), o vírus continua a ser uma preocupação pois, ainda não foram desenvolvidos medicamentos para a sua cura, existindo apenas métodos para a sua prevenção (vacinas entre outros antibióticos). Face a esta situação, os nossos interlocutores na pesquisa empírica sustentam que é importante continuar a observar os protocolos de segurança e prevenção contra a covid-19 enquanto se desenvolvem os medicamentos para a sua cura.

No mesmo diapasão, ressalta-se que existe um relaxamento dos grupos profissionais, principalmente os de saúde que são a nossa unidade de análise, como ficou evidenciado durante uma entrevista: *“Já não cumprem, ficamos sem máscara. Mas eu sei que para me prevenir não preciso de ser obrigada. Pelo menos eu ainda sei que existe, há pouco tempo tivemos novos tratamentos para Covid, em condições normais nem deveríamos relaxar.”* (TMG_2, 25 anos)

Não estando totalmente claras as motivações dos actores sociais de aceitar certos riscos, corroboramos com as conclusões de Navarro e Cardoso (2005), ao notar que enfrentar ou não o risco depende do contexto e do posicionamento do indivíduo num lugar ou evento, isto é, os actores sociais podem sempre prevenir riscos. Os actores sociais têm a capacidade de vigiar e antecipar a ocorrência de eventos indesejáveis. A gestão coletiva dos riscos formula análises e instrumentos capazes de lidar com a ocorrência de enfermidades, anomalias, comportamentos desviantes a serem minimizados e comportamentos saudáveis a serem maximizados. Podemos, a partir destas análises, construir uma imagem robusta de como a seleção dos riscos acontece, vejamos os extratos a seguir:

Haaa não, principalmente agora que estamos a entrar no verão, mas tem um momento de pico aqui nas manhãs, mas agora haha, por isso que me encontraste sem máscara aqui, apesar de que para pacientes, graça a Deus, ainda estão consciencializados que não se entra no consultório sem máscara. (TMG_3, 26 anos)

No depoimento acima é visível que o risco decorre de uma escolha consciente do ator social. Nestas linhas de pensamento residem algumas constatações de Castiel (2003), que coloca a lupa sobre as ações dos indivíduos na sociedade de riscos. A gestão cultural do risco é marcada por um processo reflexivo, isto quer dizer que, o indivíduo é confrontado pelas suas próprias ações e deve refletir e estabelecer críticas racionais sobre si mesmo. Nestes moldes o risco aparece como uma decisão do ator social.

Os profissionais de saúde apresentam comportamentos de risco face a Covid-19. Foi possível chegar-se a esta constatação apoiados pelo quadro teórico mobilizado para apreender e explicar a realidade. Assim, pensamos que o conceito de risco por nós construído é importante, uma vez que entendemos que o risco é um conjunto de consequências ou danos co-produzidos pelas atividades dos indivíduos e pelas decisões tomadas no decurso das mesmas atividades.

Neste sentido, o processo de produção dos riscos inicia pela exposição dos profissionais de saúde do centro de saúde da Machava II às partículas do vírus Sars-Cov-2, ou seja, estes profissionais trabalham em ambientes que representam um perigo à saúde. Este processo de produção de riscos só termina com as decisões tomadas por estes profissionais. Em suma, a contaminação por Covid-19 é um perigo que é inerente à atividade do grupo em análise e não só, que só se transforma em risco quando o indivíduo não se previne ou viola os protocolos de prevenção da Covid-19.

Cabe-nos referir que, o risco surge atrelado a várias questões que escapam ao controle dos indivíduos sendo que os mesmos se classificam melhor como riscos não percebidos. As dimensões individuais do risco surgem devido ao efeito reflexivo que as ações dos indivíduos tendem a ganhar na modernidade tardia, como Beck (2010) sugere.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa discutimos o modo pelo qual enfermeiros e técnicos de medicina geral, afetos no centro de saúde da Machava II, lidam com o risco de contaminação por Covid-19. Neste sentido argumentamos que, os profissionais de saúde possuem estratégias próprias que tornam o risco numa construção socialmente aceitável, e para dar base ao mesmo argumento, discutimos algumas estratégias de gestão e mitigação do risco de contaminação por Covid-19. Sem deslocar a nossa

análise do contexto de produção de riscos, a nossa análise desbravou, simultaneamente, os constrangimentos de adesão ou não às medidas de prevenção e manejo da Covid-19.

A percepção do risco de contaminação por Covid-19, em enfermeiros e técnicos de medicina geral, são determinadas pela sua relação com os outros, dentro e fora da unidade sanitária. Tais relações podem situar-se no presente, passado ou no futuro. Notamos também que os interlocutores, tendencialmente, indicavam que lidar com a Covid-19 é mais fácil que lidar com infecções como a tuberculose ou gripes como a meningite. Nesse contexto, a Covid-19, enquanto vírus, é comparada a uma “gripe normal”.

O risco deve ser entendido como um conjunto de consequências ou danos produzidos pelas atividades dos indivíduos e pelas decisões tomadas no decurso das mesmas. A negociação do risco surge, necessariamente, deste reconhecimento. Neste sentido, os resultados permitem-nos categorizar dois tipos de risco, nomeadamente: *risco não percebido e risco percebido*. No risco não percebido, o actor social é constrangido por factores sobre os quais possui pouco controle, ao passo que o risco percebido refere-se a situações em que o ator age consciente dos danos que a sua ação poderá suscitar.

O processo de produção dos riscos não percebidos inicia com a exposição dos profissionais de saúde do centro de saúde da Machava II às partículas do vírus, e se estende a outras questões de ordem estrutural tais como: transportes superlotados, disposição inadequada das residências e a escassez de EPI's no setor de trabalho. Isto significa que estes profissionais trabalham em ambientes que representam um perigo à saúde.

Enquanto isso, a produção de riscos percebidos inicia e conclui-se com as decisões tomadas por estes profissionais. Em suma, a contaminação por Covid-19 é um perigo que é inerente à atividade do grupo em análise, que só se transforma em risco quando o indivíduo não se previne ou viola os protocolos de prevenção da Covid-19. Nos processos de produção de riscos percebidos não existe a possibilidade de mobilizar a noção de perigo, que se refere, no contexto de risco, à presença de agentes externos. Neste âmbito, todos os danos decorrentes das acções do ator social, são causados por questões comportamentais.

Quanto à vida dos profissionais de saúde fora da unidade sanitária, foi possível notar que a mesma é mediada pelas informações que levam a um medo generalizado, principalmente, pelo número de contaminações e óbitos que a dado momento crescia. Isto nos leva a uma constatação de que vivemos numa sociedade de risco, como advoga Ulrich Beck (1992). Nela a existência em si já se constitui

como risco, ademais, as percepções do risco não derivam da escassez de informação, mas são um produto de processos complexos, à semelhança dos mencionados anteriormente, que definem o que é aceitável ou não. No caso vertente, é aceitável que o profissional seja contaminado pela Covid-19, mas não é aceitável infectar as pessoas que vivem com o mesmo. São esses processos que definem o que é digno, o que está de acordo com as maneiras de ser, pensar e agir, ou seja, com suas identidades.

O nosso pressuposto inicial revelava a existência de uma consciência do risco, e por esse motivo era de se esperar que uma série de estratégias tais como: automedicação, trocar constantemente de roupa, ou mesmo reforçar o uso de EPI, pudessem ser mobilizadas pelos actores sociais para a sua gestão. Neste caso é possível aferir que, gerir o risco pressupõe aceitá-lo e acreditar que a realidade oferece vários elementos para minimizá-lo quanto possível. E assim o ambiente social e material em que decorrem as interações sociais, é moldado para servir de mecanismo de intercâmbio que cria sistemas de confiança.

Da mesma forma, a consciência de risco dos profissionais de saúde muitas vezes é despertada por razões que se encontram fora do âmbito direto de suas actividades laborais. Essa descoberta ressalta a necessidade de uma abordagem mais abrangente ao gerenciamento de riscos, considerando factores externos que podem impactar a percepção e a resposta dos profissionais diante dos riscos.

Em síntese, os resultados da nossa pesquisa permitem-nos contribuir para compreensão do objeto em análise. Entretanto, existe uma necessidade de analisar os mesmo objeto em contextos mais amplos, diferentes do centro de saúde da Machava II; bem como aplicar os mesmos pressupostos a outros grupos sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AREOSA, João , **O Risco Nas Ciências Sociais: Uma Visão Crítica Ao Paradigma Dominante**, *Revista Angolana de Sociologia*, n.º 5 e 6, 11 -33.2010

ALMEIDA, A. Betâmio de. *Gestão Do Risco E Da Incerteza: Conceitos E Filosofia Subjacente*. Instituto Superior Técnico, Universidade de Lisboa. S/d. DOI: <http://dx.doi.org/10.14195/978-972-8330-23-12>

BENZANA, Isaías Benjamim; MAPOSSE, Alfredo Júlio. **COVID-19: Estudo Piloto Sobre o Comportamento de Uso de Máscara na Cidade de Maputo**. Rev Bras Promoção Saúde. 2022.

BORGES, Paulo César Rodrigues; MALVEZZI, Pedro Henrique de Sousa; MENEZ, Josemar Bezerra de. **A relação entre Gestão de Riscos Corporativos e Planejamento Estratégico: uma revisão da literatura**. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, Ano 6, Vol. VI, n.12, jan.-jul., 2023.

BECK, Ulrich, 1944. **Sociedade de risco, rumo a uma outra modernidade**. São paulo, ed. 34. 2010

CASTIEL, L. **Dédale e os Dédalos: Identidade Cultural, Subjetividade e Os Riscos à Saúde**. In: Czerenia, D & Freitas, C (Orgs). **Prevenção da saúde: Conceitos, Reflexões e Tendências**. Fiocruz, Rio de Janeiro. 2003

DOUGLAS, Mary. **Risk Acceptability According To The Social Sciences**. New York: Russell Sage Foundation.1985

DOUGLAS, Mary; WILDAVSKY, Aaron. **Risk And Culture. An Essay On The Selection Of Technological And Environmental Dangers**. Berkeley: University of California Press.1983,

EWALD, François. "**The Return Of Descartes' Malicious Demon: An Outline Of a Philosophy Of Precaution**", in Tom Baker e Jonathan Simon (Orgs.), **Embracing Risk. The Changing Culture Of Insurance And Responsibility**. Chicago: The University of Chicago Press, 273 -301. 2002

EWALD, François. **L'État Providence**. Paris: Grasset.1986

FREDERICO, M., MATSINHE, C. **Resistência à Adopção das Medidas de Prevenção da COVID 19 em Moçambique**. Rev. cient. UEM: Sér. ciênc. bioméd. saúde pública. 2021

GIDDENS, Anthony. **As Consequências da Modernidade**. UNESP. 1990. 1ª edição.

GRIEP, Rosana Härter. **Risk Perception Of Contracting Covid-19 Among Healthcare Workers**. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*: ISSN: 2317 (Online). 2022. pp. 63-64

HEIJMANS, Annelies. **From Vulnerability To Empowerment**, in Greg Bankoff, Georg Frerks, Dorothea Hilhorst (Orgs.). **Mapping Vulnerability: Disasters, Development And People**. London: Earthscan, 115 -127. 2004

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE (INS), MINISTÉRIO DA SAÚDE (MISAU) E INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE). **Inquérito Sero-epidemiológico de SARS-CoV-2,(InCOVID-19, 2020)**: Maputo, Moçambique. 2020

KASPERSON, Jeanne; KASPERSON, Roger. **Global Environmental Risk And Society In Global Environmental Risk**. London: Earthscan Publications. 2001

KASPERSON, Roger. **Six Propositions On Public Participation And Their Relevance For Risk Communication**, in Jeanne Kasperson e Roger Kasperson (Orgs.), *The Social Contours Of Risk, Volume I: Publics, Risk Communication And The Social Amplification Of Risk*. London: Earthscan, 19 -28. 2005

Kasperson, Roger E.; Kasperson, Jeanne X. **The Social Amplification Of Risk, The Annals Of The American Academy Of Political And Social Science**, 545 (1), 95 -105. 1996

KASPERSON, Roger; KASPERSON, Jeanne; Turner II, J. B. **Risk And Criticality: Trajectories Of Regional Environmental Degradation**, *Ambio*, 28 (6), 562 -568.1999

5-LAKATOS, Eva Maria., MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. ,São Paulo: Atlas. 2003. 5ª edição.

LIMA, Diogo. et al. **Profissionais Da Saúde e As Percepções Em Um Período Da Pandemia Do Covid-19 No Brasil**. *Brazilian Journal of Emergency Medicine*. 2022. 12-18.

LIMA, ML. **Viver Com o Risco: Abordagens Da Psicologia Social Ambiental**. *Inforgéo* 1995; 9-10:39-54.

LIMA, Diogo. **Covid-19 No Estado do Ceará, Brasil: Comportamentos e Crenças Na Chegada Da Pandemia**. *Ciência e saúde coletiva*: 25 (5) 1575-2568. 2020

LANTZ, Pierre. **Prendre Des Risques, Ce n’Est Pas Affronter Des Dangers: La Sociologie Du Risque De Luhmann**. *Information sur les Sciences Sociales*. 2004 pp. 349–359.

MOTA, Rodrigo. **Confiança e Complexidade Social Em Niklas Luhmann**. *Revista de Ciências Sociais Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo* 2016. vol. 23, núm. 2; pp. 182-197

6-MEZZAROBA, Orides; MONTEIRO, Cláudia Servilha. **Manual de Metodologia da Pesquisa no Direito**. São Paulo. 2003. 1ª edição

MORAES, EB, et al. **Safety Of Health Professionals In Covid-19 Times: a Reflection. Research, Society And Development.** 2020. pp.1-15.

MENDES, José Manuel. **Sociologia do risco: uma breve introdução e algumas lições.** Imprensa da Universidade de Coimbra. 2015

MANZINI, E. J. **A Entrevista Na Pesquisa Social. Didática.** São Paulo, 1990. v. 26/27

8-OMS-OPAS. **OMS Declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional Referente à Covid-19. 2023.** Disponível em: <<<https://paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-de-saude-publica-impostancia-internacional-referente-a-covid>>>. Acessado à 29 de julho de 2023

OLIVEIRA AC, LUCAS TC, IQUIAPAZA, RA. **Percepção Do Risco De Contaminação Dos Profissionais De Saúde Por Covid-19 No Brasil.** 2021 [acesso:06-2023-20]; 30:e20210160. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0160>

PERETTI -WATTEL, Patrick, **Sociologie Du Risque.** Paris: Armand Colin. 2000

PRADIER, Pierre -Charles. **Histoire Du Risque.** In: Jesús Santos del Cerro e Marta Garcia Secades (Ed.), **Historia De La Probabilidad y La Estadística (Iii).** Madrid: Delta Publicaciones, 2004. pp. 171 -186.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas.** Roberto Jarry Richardson; colaboradores José Augusto de Souza Peres ... (et al.). - São Paulo Atlas, 2012. 3ª edição

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A Cruel Pedagogia do Vírus.** Edições Almedina. S.A, Coimbra, 2020. ISBN 978-972-40-8496-1.

SOUSA, Lucas Victor. **Porquê As Pessoas Não Respeitam O Distanciamento Social?** Sociedade Brasileira para o progresso da ciência. 2020

THIELEN, Iara; HARTMAN, Rodrigo; SOARES, Diogo. **Percepção De Risco e Excesso de Velocidade.** Núcleo de Psicologia do Trânsito. UFP, Curitiba, Brasil. 2008

QUIVY, R. E CAMPENHOUDT, L. V. **Manual de Investigação em Ciências Sociais.** Lisboa: Gradiva. 2008

ANEXOS

Termo de consentimento informado oral

Olá, eu sou Fernando Machate, estudante de licenciatura em sociologia na Universidade Eduardo Mondlane e encontro-me neste momento a realizar o meu trabalho de final de curso. Para tal, estou a realizar entrevistas com profissionais de saúde do Centro de saúde da Machava II, designadamente, enfermeiros e Técnicos de Medicina Geral. A entrevista tem como objetivo debater as estratégias de gerenciamento de riscos de contaminação por Covid-19, isto é, os riscos a que vocês como

profissionais estão expostos desde o momento em que se fazem a unidade sanitária. A conversa é privada, ficando disponível apenas para o pesquisador, se não sentir-se à vontade para partilhar o seu nome está livre de não fazê-lo. A entrevista será gravada, conforme solicitado no início. Pode não responder às questões que não se sente à vontade, podendo também solicitar a interrupção da entrevista quando e se achar necessário. Esta conversa dura em média 30 minutos.

Guião de entrevista

Entrevista individual – Para Técnicos de Medicina Geral e Enfermeiros afetos no Centro de Saúde da Machava II.

Objetivo: Apresentar o perfil sócio-demográfico do grupo alvo., Identificar as estratégias de prevenção e mitigação do risco de contaminação pela COVID-19 nos profissionais de saúde e

Descrever os constrangimentos que contribuem ou não para a adesão às medidas de prevenção de relacionadas ao risco de contaminação pela COVID-19 pelos profissionais de saúde, a partir da experiência dos profissionais de saúde afectos no centro de saúde Machava II.

Identificação e perfil sócio-demográfico:

Participante (codificação):	Sexo:	Idade:	Estado civil:	Funções:	Formação:
Nível de escolaridade:	Hora de início:	Hora de Fim:	Data:		

No que se refere às condições de vida, que meios usa para se fazer a Unidade Sanitária?

Gostaria que me explicasse como é o seu dia-a-dia fora da Unidade Sanitária?

Em que bairro reside?

Como descreve a organização do seu bairro?

Como se encontram organizadas as residências?

As condições do seu bairro permitem a observação de medidas de prevenção da Covid-19?

Quantas pessoas vivem consigo?

Poderia descrever as principais funções de um Técnico de Medicina Geral/enfermeiro?

Como avalia o decurso das atividades dos técnicos de medicina geral/enfermeiros durante a pandemia?

Como avalia as atividades no período atual?

Pertence a alguma confissão religiosa? Se sim, qual?

Esfera sobre a percepção da doença pelo Técnico de Medicina Geral/enfermeiro

Gostaria que me explicasse, o que entende por Covid-19?

Em que momentos sentiu-se mais frágil ou mais exposto a contrair-19?

Teve medo de contrair a doença e contaminar as pessoas que vivem consigo?

Como fazer para se proteger ainda mais e não levar a doença para casa?

Ainda sente medo de ficar doente por Covid e contaminar os seus familiares? Se sim, o que tem feito para continuar se protegendo desta doença?

Quem deve proteger o Técnico de medicina geral/enfermeiro face a Covid?

Como o faz para manter-se protegido?

Quais eram as principais tarefas em relação aos pacientes no momento da pandemia?

Como era feita a gestão das mesmas tarefas?

Como avalia o risco que correu durante a execução dessas tarefas?

Como era gerida a questão da segurança dos pacientes que entravam em contacto consigo?

Quais foram os principais desafios de atuar como técnico de medicina geral/enfermeiro no contexto da Covid-19?

Qual é o papel do profissional de saúde frente a Covid-19?

Em relação ao atendimento aos pacientes, como fazer para evitar adoecer por covid-19?

Chegou a ser infectado pela Covid-19? se sim, quantas vezes?

Esfra sobre a prevenção da Covid-19

Como avalia a adesão às medidas de prevenção da Covid-19 a nível da Unidade Sanitária?

A unidade sanitária reúne todas as condições para o cumprimento das medidas de prevenção da Covid-19?

Como os profissionais de saúde se comportam quanto ao cumprimento das medidas de prevenção individuais?

Como os profissionais de saúde se comportam quanto às medidas de prevenção coletivas?

Esfra sobre as estratégias de gestão do risco

Que riscos existem em trabalhar com pacientes com Covid-19?

Como tem gerido o risco de contaminação pela Covid-19?

Que comportamentos de risco os outros profissionais têm em relação à Covid-19?

Que estratégias a Unidade sanitária desenvolveu em relação ao risco de contaminação face à Covid-19?

Os profissionais de saúde daqui chegaram a desenvolver uma forma de minimizar o risco de ficar doente?

Chegou a ter medo de infectar as pessoas que vivem consigo?

O que faz ou faz nesses casos?

E hoje em dia, sente medo de transmitir a doença às pessoas que vivem consigo?

Como faz para gerir a possibilidade de ficar doente por Covid?

Esfera sobre a Covid persistente

Como tem sido o seu dia a dia de trabalho aqui na Unidade Sanitária atualmente?

Qual é a média de pacientes atendidos por consulta diariamente?

Esse número tem sido sustentável? conseguem responder a demanda?

Gostaria que explicasse o que entende por Covid persistente?

Como tem sido a adesão de medidas preventivas frente a essa Covid persistente aqui no centro de saúde da machava II?

E qual é a importância da adesão às medidas para Covid persistente?

Quem são os profissionais que estão à frente da adesão ao tratamento de possíveis casos de Covid persistente cá no centro da saúde da machava II?

Quem mais fala sobre a Covid persistente aqui no centro de saúde? (Outros elementos do Centro de saúde)

Qual é a vossa orientação em relação a Covid persistente?

Na sua opinião, acha que os profissionais de saúde continuam a obedecer os protocolos para o coronavírus?

Quais são os fatores, que na sua perspetiva podem influenciar na observação (ou não) do protocolo da Covid atualmente ?

O que acha que pode ser feito para melhorar a observação de tais protocolos?

Guião de Observação

Disposição dos funcionários nos setores de atividades

Disponibilidade de equipamentos de proteção para os profissionais de saúde

Verificar a existência ou observância do distanciamento físico

Registrar e descrever a observância das medidas de proteção individual

Verificar a relação entre os profissionais e pacientes, isto é, a exigência face à prevenção

Observar o cumprimento das medidas de prevenção durante a entrevista

Verificar a hierarquia e a organização dos profissionais dentro da unidade

Verificar a frequência em que se chama atenção para aspectos relacionados a covid persistente
