



**FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS**  
**DEPARTAMENTO DE ARQUEOLOGIA E ANTROPOLOGIA**  
**CURSO DE LICENCIATURA EM ANTROPOLOGIA**

**Transcender o Risco Ocupacional, Depender para se Prevenir: um  
Estudo sobre a Prática de Testagem de HIV com Provedoras, na  
Cidade de Maputo**

Projecto de pesquisa apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de licenciatura em Antropologia na Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane

Autor: Cribino Ivan Simões Raúl

Supervisor : Danúbio Lihaha

Maputo, Setembro de 2015

**Transcender o Risco Ocupacional, Depender para se Prevenir: um  
Estudo sobre a Prática de Testagem de HIV com Provedoras, na  
Cidade de Maputo**

Projecto de pesquisa apresentado como requisito parcial para obtenção de grau de licenciatura em Antropologia na Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane

Autor

---

Cribino Ivan Simões Raúl

Orientador

Presidente

Oponente

---

Maputo, Setembro de 2015

## **Declaração de honra**

Declaro por minha honra que este trabalho de pesquisa é original. Nunca foi apresentado na sua essência para a obtenção de nenhum grau. O mesmo é o resultado da minha investigação pessoal, estando indicadas no texto e na bibliografia as fontes utilizadas.

---

Cribino Ivan Simões Raúl

Maputo, Setembro de 2015

## **Dedicatória**

*Em memória dos meus avós paternos: Raúl Alface e  
Deolinda.*

*Ao meu avó materno: João Araman.*

*E ao meu primo Kraussin God Mofre.*

## Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço ao meu supervisor, Danúbio Lihaha, pelos ensinamentos transmitidos durante a minha formação e por orientar o meu projecto. Agradeço também a todos docentes do Departamento de Arqueologia e Antropologia pelo conhecimento transmitido durante os quatros anos de formação.

Em particular a dr. Margarida Paulo pelos comentários e sugestões para o melhoramento do texto final.

Aos meus colegas Grabiél Muchombe, Mujaide Lobo, Arnaldo Moisés, Jorge Mutâmpua, Rosário Chimundo, Rassul José Julio Mardade, Jackson Pedro, Fátima Carimo, José Pembelane, Tomás Buque, Carla Mabota, Lídia Langa, Hermelinda, Hermenegildo Sipima, pelo apoio moral e académico. Agradecer também, a todos colegas da turma que contribuíram de forma direta ou indiretamente para o meu sucesso na academia, desejo a todos sucesso no futuro e que essa separação não seja o motivo de esquecimento entre nós, mas espero que esse contacto seja eterno, independentemente do local de trabalho e de residência.

Agradeço a minha família, Simões Raúl e Francisca João Araman (pais), pelo vosso apoio incondicional, aos meus irmãos Benivaldo de Alface Simões, Ana Deolinda Simões, Debora Eunice Simões Raúl, Francelina Mariamo Simões Raúl e Esnédia da Candida Simões. Em seguida, aos meus tios Maurício Araman, Amós, em especial ao tio Armino Araman, a tia Luísa Duarte Monteiro, pelo apoio a nível académico, pois foram as pessoas mais presentes e contribuíram de forma positiva na minha formação. Muito obrigado do fundo do coração.

E por fim, aos meus amigos Lopes João Malate, Paulo Samuel, Ken Nhamoca, Manuel Pereira, Tomás Zacarias, Alberto Zunguza. Aos meus primos: Isaldo da Silva Araman, Susana Isac Paulo Jorge, Leocadia Isac Paulo Jorge, Silvério Viola, Nelson Castro, Olito e Osvaldo Argentino.

## **Resumo**

O presente projecto de pesquisa é de carácter etnográfico e procurou compreender os mecanismos de prevenção e mitigação que as provedoras de saúde têm em relação aos riscos no processo de testagem de HIV. O projecto permitiu identificar formas de apreensão e interpretação dos riscos através das práticas e discursos das provedoras de saúde no sector de trabalho. E possibilitou, descrever o quotidiano das provedoras de saúde e identificar o tipo de relação que se estabelece entre estas e os pacientes no local de trabalho.

No que se refere aos pressupostos teóricos, a pesquisa assentou na perspectiva cultural e social de risco de Luhmann (1993) e Giddens (1998), que defendem que o risco tem uma interpretação contextual, ou seja, cada sociedade tem sua forma de conceber, compreender e interpretar o risco.

Este projecto de pesquisa utilizou como procedimento metodológico o método etnográfico, com uma abordagem qualitativa e teve como técnicas a observação directa e entrevistas semi-estruturadas. A pesquisa demonstra que no contexto das provedoras de saúde, existe uma cultura interdependente de prevenção e mitigação. A mesma pesquisa, permitiu constatar duas categorizações de risco. O risco involuntário que ocorre com a retirada do dedo do paciente no processo de testagem do HIV. E o risco voluntário que ocorre em situações em que as provedoras fazem o teste de HIV aos pacientes sem usar mascarar, luvas e óculos.

Quanto ao tipo de relação que se estabelece entre as provedoras de saúde e os pacientes no processo de testagem de HIV, este é de confrontação, que resulta da imposição por parte das provedoras sobre o paciente no processo de testagem de HIV e da resistência dos pacientes ao retirar o dedo no acto de testagem.

**Palavras-Chaves:** *Risco; Risco Ocupacional e Poder.*

## **Lista de abreviaturas**

**ANDA**- Associação Nacional para o Desenvolvimento Auto-Sustentado

**BIM** – Banco Internacional de Moçambique

**CEA** – Centro de Estudos Africanos

**DAA** – Departamento de Arqueologia e Antropologia

**HMCM** – Hospital Militar da Cidade de Maputo

**ISCISA** – Instituto Superior de Ciências de Saúde

**MISAU** – Ministério da Saúde

**UEM** – Univesridade Eduardo Mondlane

**UP** – Universidade Pedagógica

## Índice

<b>Declaração de honra .....</b>	<b>i</b>
<b>Dedicatória.....</b>	<b>ii</b>
<b>Agradecimentos.....</b>	<b>iii</b>
<b>Resumo.....</b>	<b>iv</b>
<b>Lista de abreviaturas .....</b>	<b>v</b>
<b>Capítulo 1.....</b>	<b>1</b>
Introdução .....	1
1.1. Justificativa e Pertinência.....	2
Revisão da Literatura .....	4
2.1. Problemática .....	6
<b>Capítulo 3.....</b>	<b>8</b>
<b>Enquadramento teórico e conceptual.....</b>	<b>8</b>
3.1. Conceptualização .....	8
3.2.1. Risco .....	8
3.2.2 Riscos Ocupacionais .....	9
3.2.3. Poder .....	10
<b>Capítulo 4.....</b>	<b>11</b>
Metodologia .....	11
4.1. Técnicas de recolha de dados.....	11
4.2. Trabalho de campo e constrangimentos no momento de inserção.....	12
4.3. Superação dos constrangimentos no campo.....	13
<b>Apresentação e Interpretação dos Dados .....</b>	<b>15</b>
5.1 Formas de Apreensão e Interpretação dos Riscos.....	15
5.2 Capacidades de acordo com as Categorias da Unidade Sanitária .....	16
5.4 Mecanismos de Prevenção e Mitigação do Risco entre as Provedoras de Saúde .....	19
5.5 O Quotidiano das Provedoras no Sector de Trabalho .....	20
5.6. Relações entre as Provedoras e os Pacientes.....	21
<b>Capítulo 6.....</b>	<b>29</b>



<b>Considerações Finais .....</b>	<b>29</b>
<b>Referências Bibliográficas.....</b>	<b>31</b>

## Capítulo 1

### Introdução

O surgimento da epidemia do HIV/SIDA nos anos 80, permitiu que fossem criadas normas para segurança no ambiente de trabalho, e que os trabalhadores (provedores) de saúde fossem considerados como um grupo de alto risco (Silva e Zeitoune, 2012).

Diversos estudiosos que se debruçaram sobre esta temática pontuavam que os profissionais de saúde, merecem destaque nesse contexto, devido a complexidade do seu processo de trabalho, que envolve a prestação de assistência ininterrupta com grande contacto físico com os pacientes (Pinto e Canini, 2006); (Benneti, 2004 citado por Silva, 2012:79).

Nessa perspectiva, os trabalhadores que actuam nos serviços de saúde são susceptíveis a sofrer acidentes de trabalho e a aquisição de doenças em razão da presença de riscos ocupacionais diversos, do tipo biológico, físico, químico, ergonómicos e psíquicos. Dessa forma, considera-se que a maioria dos ambientes hospitalares são arriscados e insalubres (idem).

Segundo Rodrigues (citado por Gomes e Santos 2012), a existência de riscos originados do manuseio inadequado de fluídos corporais, roupas, materiais perfurucortantes, campos contaminados, luvas e objectos, todos realizados em material biológico podem ser prevenidos pelo uso de barreiras de proteção, luvas, máscaras, óculos entre outros.

As equipes de atendimento pré-hospitalar estão expostas a riscos laborais devido a grandes dificuldades que enfrentam tais como: profissionais com falta de qualificação técnico – científica, falta de treinamento adequado, dificuldade de acesso às vítimas, falta de segurança na cena do acidente, ausência de protocolos específicos para a prevenção (Gomes e Santos, 2012:41).

Nessa linha de pensamento, a antropologia considera o corpo não apenas em termos puramente biológicos, mas privilegia, sobretudo, a experiência vivida pelo indivíduo doente na sua interação social, visando uma configuração unitária do corpo. Ao contrário do olhar biomédico que divide o corpo em partículas invisíveis e da abordagem epidemiológica que observa os comportamentos de alto risco, isolados dos grupos sociais e dos corpos individuais, a perspectiva

antropológica-médica concentra-se sobre as realidades, vivências, experiências dos provedores que sofrem (Mariano, 2010:76).

Nessa ordem de ideia, pretendemos estudar o risco como algo que tem diversas interpretações dentro das ciências sociais, em particular na antropologia. Desta feita, para a realização deste trabalho, temos como objetivo geral: Compreender os mecanismos de prevenção e mitigação que as provedoras de saúde têm em relação aos riscos no processo de testagem de HIV. E especificamente, procuramos: i) Identificar e analisar as formas através das quais as provedoras de saúde aprendem e interpretam os riscos laborais, ii) Identificar as categorizações dos riscos entre as provedoras de saúde no processo de testagem; iii) Descrever o quotidiano das provedoras no seu local de trabalho; iv) Identificar que tipo de relação se estabelece entre as provedoras e os pacientes no acto de testagem.

O trabalho encontra-se estruturado em cinco (5) capítulos. No primeiro apresentamos a introdução, os objectivos, a justificativa e pertinência do estudo. No segundo a revisão de literatura e a problemática. Terceiro apresentamos, quadro teórico, conceptualização de risco, risco ocupacional e poder. No quarto encontramos Método, técnica de recolha de dados, trabalho de campo e constrangimentos, superação dos constrangimentos no campo. Quinto encontramos a apresentação e interpretação dos dados, local de estudo, formas de apreensão e interpretação dos riscos, capacidades de acordo com as categorias da unidade sanitária, categorizações dos riscos, mecanismos de prevenção e mitigação dos riscos entre as provedoras, o quotidiano das provedoras no sector de trabalho e relações entre as provedoras e os pacientes; por último apresentamos considerações finais e as referências bibliográficas.

### **1.1. Justificativa e Pertinência**

No que se refere ao interesse pelo estudo de “risco ocupacional,” este começou com as leituras feitas de vários artigos que abordam esta temática. Assim sendo, as diversas abordagens sobre o risco, principalmente, de artigos elaborados nos contextos brasileiros, portugueses levantaram certas inquietações em torno do assunto. Entretanto, a abordagem que demonstrou a relevância de compreender o risco foi o facto de saber que a antropologia como uma área científica tem um espaço na área da biomedicina. A outra razão está relacionada com o desenvolvimento dos estudos sobre a saúde e doença numa perspectiva social, cultural, que surge no contexto de um

crescimento contínuo de infecções transmitidas sexualmente, particularmente o HIV (Mariano, 2010:75).

A outra motivação pelo interesse do campo da saúde, emergiu quando tivemos uma conversa com um dos funcionários de uma das unidades sanitárias numa localidade do distrito de Manica, onde o mesmo resmungava sobre certos acontecimentos ligados a sua área de trabalho. O mesmo alegava que a sua profissão era de alto risco porque lida com pacientes que vêm extrair fluídos, um líquido extremamente perigoso. Partindo desta observação do técnico de saúde, surgiu o grande interesse em compreender essa actividade considerada de alto risco.

Partindo dessa abordagem da biomedicina, procuramos aprofundar saindo de uma clássica linguagem do determinismo biológico, recorrendo à uma perspectiva sócio-antropológica que procura descrever o risco como um fenómeno social e cultural. Entretanto, para compreender o risco, optamos por usar instrumentos metodológicos e teóricos da antropologia. Deste modo, a pertinência deste projecto é dar o contributo para o debate numa perspectiva epistemologica sobre o risco.

Quanto a pertinência de estudar o risco na área da saúde, especificamente com indivíduos que trabalham no sector de aconselhamento e testagem do HIV, as provedoras de saúde, assentam na possibilidade de estudar as suas relações sociais no sector de trabalho com os pacientes e procurar compreender como as provedoras comportam-se no processo de testagem. Também revelou-se um desafio interessante pesquisar em torno do risco nesse contexto de HIV, introduzindo variáveis culturais e sociais como a confiança e solidariedade. Deste modo, a grande pertinência do estudo encontra-se no facto de interpretar esses aspectos através de modelos explicativos antropológicos.

Nessa perspectiva procuramos compreender e demonstrar que o risco, como um fenómeno inerente à sociedade, deve ser estudado como objecto social e cultural, porque existe no meio da sociedade e que nessa sociedade os indivíduos carregam consigo valores que merecem uma interpretação das suas práticas e das formas de pensar e agir.

## Capítulo 2

### Revisão da Literatura

No que se refere à literatura que aborda sobre o risco no contexto de HIV, tem sido discutida partindo de duas fundamentais linhas de abordagem: a primeira abordagem está estritamente inserida nas Ciências naturais, biomédica, que é considerada paradigma dominante nos estudos sobre o risco, a segunda abordagem social, qualitativa que se integra numa abordagem tipicamente Antropológica que nasce como resposta a essa ideologia dominante sobre o risco.

Nesse sentido, a primeira abordagem de risco que se enquadra nos estudos quantitativos, Biológicos abordam o Risco em termos de probabilidades, as incertezas que auxiliam em tomar decisões. Deste modo, essa abordagem parte de um pressuposto que os riscos podem ser conhecidos, quantificados e conseqüentemente minimizados, Sharit (1999). Na mesma linha Takeda (2002) advoga que o risco é possível de ser vigiado e quantificável na base técnica, nessa perspectiva os autores defendem que o risco obedece procedimentos técnicos que podem ser totalmente vigiado, essa perspectiva alicerça numa lógica da Matemática. Portanto, o risco é como algo dado, metodológico a objectividade.

A segunda abordagem que é Antropológica, integra-se nos estudos das ciências sociais que desconstruem a ideia “simplista” dos indivíduos detectarem o risco a uma Análise estatística como principal razão do mesmo. Deste modo, a explicação sobre o risco vai muito além de uma abordagem probabilística ou objectiva, segundo Guilam (1996), a explicação sobre o risco assenta numa abordagem qualitativa na medida que nem sempre a estatística explica os resultados encontrados na vida real como é o comportamento humano, que são factores subjectivos (Éticos, Morais e Culturais) que direccionam as escolhas dos indivíduos.

Nessa linha de pensamento Granjo, (2004:160) o risco como um “conceito de domesticação da ameaça, na tripla vertente de uma apropriação quantitativista que o apresenta como cognoscível, de uma sua previsão probabilística e da assunção de controlo sobre o aleatório”. O risco não constitui apenas uma abordagem meramente probabilística ela tem um espaço na vertente social, pelo facto do mesmo ser um conceito de pertinência antropológica e ter diversas interpretações, variando, assim, de contexto para contexto.

Na mesma linha Beck, (1990) defende que para compreender o risco é necessário ter em conta a modernidade, porque este conceito surge nesta época, como um termo que está inserido no meio da sociedade. Entretanto, Beck procura dar o seu contributo sobre o risco no contexto das ciências sociais, nesse sentido, enfatiza o risco tendo em conta a modernidade e o processo de globalização associado as transformações ecológicas e além disso, faz menção que o mundo contemporâneo, social e cultural vive na incerteza provocada pelo processo de globalização.

Para Beck (1990:76), os riscos não são imediatamente visíveis, requerem a tradução cognitiva e a construção social da sua existência. Só o conhecimento especializado pode interpretar e reconstruir os nexos entre as causas e consequências, decifrando a relação. Deste modo, o que torna os riscos sociologicamente relevantes não é a existência factual ou sua latência, mas a sua identificação e formulação pelos sistemas especializados do conhecimento, e a partir daí a sua percepção e interpretação pela sociedade como um todo.

Este pensamento também foi desenvolvido por Giddens (1991:36) que advoga que a questão do risco teve o seu percurso histórico, mas a sua grande questão foi demonstrar que o debate sobre o risco substitui o de fortuna, mas isto não porque os agentes nos tempos pré-modernos não podem distinguir-se entre o risco e perigo. Isto representa pelo contrário, uma alteração na percepção de determinação e contigência de forma que os imperativos morais e humanos, as causas naturais, passam a reinar no lugar das cosmologias religiosas, a ideia de caso em sentidos modernos, emerge ao mesmo tempo que o risco, portanto risco pressupõem precisamente perigo.

De acordo com Giddens (1991), o advento da modernidade e com a disseminação dos sistemas peritos, os riscos tendem a surgir justamente em busca do controlo e segurança. Nesse sentido, os sistemas peritos estariam envolvidos na criação de grande consequência e na geração de incertezas manufacturadas impulsionando o surgimento de uma modernidade radicalizada. Esses riscos são avaliados a partir de vários pontos distintos. Portanto, Giddens (1991) defende que em certos âmbitos da vida social moderna, os riscos modernos têm a sua origem em ambientes criados, a origem está relacionada a infusão de conhecimento humano no meio ambiente material.

No contexto moçambicano a compreensão do risco foi sendo abordada de diversas perspectivas e no contexto dos maquinistas, segundo Lihaha (2004), o risco é produto de uma construção

social, sendo assim, não rejeita a abordagem propabilística que olha o risco como algo dado ou formalista, nessa linha de pensamento o risco foi sendo discutido por vários autores no contexto da prostituição, na baixa da cidade de Maputo, partindo desse pressuposto, Muianga (2009) descobriu que as praticantes, neste caso as prostitutas tinham um conhecimento profundo dos riscos na prática da prostituição. Nessa ordem de ideia, segundo Tinta (2013) que estudou o risco no contexto da prostituição na Av. de Olof Palme, descreve que as praticantes têm uma noção do risco, mesmo assim preferem arriscar a sua vida, este concluiu que naquele contexto existe uma cultura defensiva.

## **2.1. Problemática**

A discussão dos Riscos ocupacionais está centrada na área da saúde, bem como nas percepções de riscos dos trabalhadores hospitalares. Os riscos organizacionais tendem a ser vistos como potenciais factores negativos para a saúde e segurança dos membros pertencentes a uma organização. São susceptíveis de causas de lesões físicas dos trabalhadores, doenças, danos materiais e ambientais, ou seja, podemos encontrar uma interligação entre os riscos laborais e os potenciais efeitos adversos que o trabalho provoca nas pessoas e seu bem-estar, como eventuais perdas para organização (Areosa, 2010).

Segundo Areosa (2010), pode-se afirmar que os riscos ocupacionais são uma espécie de antecâmara para os acidentes.

As pesquisas biomédicas e epidemiológicas têm contudo, provado serem pouco adequadas aos vários níveis. Primeiro, o acento predominante nos chamados grupos de risco concentra-se erradamente a atenção na categoria dos riscos ocupacionais em vez de fazer na prática social. Apartir daí presume-se que todos os indivíduos no seio de cada categoria estão em risco de infecção por HIV ou já infectados, e reciprocamente cria-se impressão de que ninguém fora das categorias em questão é vulnerável. Estes estudos não têm conseguido dar respostas a questão de saber porque é que o indivíduo tem determinados comportamentos e como resultado dissociam os factores sociais e culturais que geram más condições de vulnerabilidade e prevenção, (Kalipeni et al 2007:46).

Segundo Waterston (1997:1383) citado por Jackson, (2004) as medidas tomadas para o processo de prevenção de HIV, não só atacam as causas profundas do HIV, como baseiam-se na suposição

de que os indivíduos podem mudar automaticamente o seu comportamento apartir da consciencialização da posse do material de protecção.

Segundo Rodrigues citado por Gomes e Santos (2012), a existência de riscos originados do manuseio inadequado de fluídos corporais, roupas, materiais perfurucortantes, campos contaminados, luvas e objectos, todos realizados em material biológico podem ser prevenidas pelo emprego de barreiras de protecção, quando entram em contacto com líquidos corporais, o que pode prevenir as exposições nas mucosas.

Nesse sentido, a abordagem dos autores acima citados, no contexto estudado é problemático, pois não permite compreender a origem dos riscos que não estão relacionados com o manuseio adequado, e não explica como é que se efectua os mecanismos de prevenção e mitigação dos riscos no sector de trabalho, como é que as provedoras nesse sector de trabalho categorizam os riscos. Entretanto, no contexto pesquisado dá a possibilidade de olhar para outros mecanismos de prevenção e de explicação da origem do risco que não encaixa as abordagens acima descritas.



## Capítulo 3

### Enquadramento teórico e conceptual

A pesquisa tem como fio condutor a teoria cultural e social de risco nas perspectivas defendidas por Luhmann (1993) e Giddens (1991), que entendem que o risco tem uma dimensão cultural, contextual e cada sociedade tem sua forma de compreender o risco, interpretar e categorizar.

A perspectiva culturalista do risco é profundamente marcada pela obra de Douglas e Wildavsky (1982) intitulada *Risk and Culture*. Nesta obra, os autores defendem que a definição social do risco é culturalmente determinada (Aerosa, 2010).

Douglas e Wildavsky (1982) citados por Aerosa (2010), enfatizam que a corrente culturalista do risco entendendo-o como algo que gera significados, fortemente influenciado por valores e crenças sociais, ou seja, o risco é culturalmente construído. Ainda, segundo essa perspectiva, a avaliação dos riscos e a preocupação em aceitar determinados riscos acarreta consigo, não apenas problemas psicológicos, mas particularmente problemas de ordem social.

A teoria de risco, antes de mais nada, olha para o risco como algo cultural, porque a compreensão que temos dele é culturalmente definida. Neste sentido, são os valores culturais que determinam a nossa compreensão do risco e a forma como nós hierarquizamos esses mesmos riscos (Peretti –Wattel, 2000: 9).

Sendo assim, a perspectiva possibilita igualmente compreender a forma de apreensão e interpretação, os mecanismos de prevenção e mitigação dos riscos em contextos laborais, como é o caso específico das provedoras de saúde no processo de testagem de HIV, ou seja, como é que as provedoras categorizam os mesmos no seu sector de trabalho, e nas relações sociais que aí contraem.

### 3.1. Conceptualização

#### 3.2.1. Risco

Segundo Ewald (citado por Lupton, 1999), risco é geralmente associado somente aos resultados negativos ou indesejáveis e não positivamente. Foi no século XVIII, que a palavra começou a ser científica, emergindo as novas ideias Matemáticas, relacionadas à probabilidade. No século

XIX, a noção de risco foi finalmente ampliada no sentido de que não estava presente somente na natureza, mas também na vida humana em relação as condutas de liberdades e relações sociais.

Segundo Thompson e Wildavsky (1982:10), o risco é “sempre produto social, isto porque se as pessoas nos diferentes contextos sociais revelam convicções contraditórias, sobre como é o mundo exterior, isto torna espectável que poderão ter também ideias diferentes sobre o universo dos riscos”.

Nessa perspectiva, para Areosa (2010) risco é uma entidade que está em qualquer posto de trabalho. No entanto, a forma como são percebidos e valorizados difere consoante os contextos daqueles que estão incorporados.

De acordo com Marlin (2005) o risco é intrínseco à sociedade, mas a percepção e análise deste autor é contextual, deste modo, o importante é procurar descodificar e apreender este contexto de modo a aderir os significados que o risco caminha. No mesmo diapasão, para Seccô et al (2008) o Risco é semelhante ao grau de probabilidades que acontece a determinado facto. Portanto, tem que se avaliar de acordo com percepções de cada indivíduo, dado que os seres humanos possuem diferentes formas a cerca dos Riscos aos quais estão expostos.

Na visão de Mendes (2002), o conceito de risco também assume como algo colectivo., porém o conceito de risco adopta frequentemente, que cada pessoa pode ser um factor de risco e estar exposta ao risco, não significando, contudo, que cada sujeito esteja exposto ao mesmo grau de risco. Sendo assim, o conceito de risco possui duas dimensões representando a probabilidade de um efeito adverso ou dano, a incerteza da ocorrência, a distribuição no tempo e a magnitude do resultado desfavorável.

### **3.2.2 Riscos Ocupacionais**

Segundo Silva e Pinto (2012:95) *Riscos ocupacionais* originam de actividades insalubres levando esses profissionais a uma exposição exacerbada aos perigos presentes no ambiente de trabalho, ocasionando efeitos adversos a saúde desse trabalhador, desencadeando o aparecimento de doenças e acidentes em trabalho.

Riscos ocupacionais são todas as situações de trabalho que podem comprometer o equilíbrio físico, mental e social das pessoas e não somente as situações que originam acidentes e doenças, (Gomes e Silva, 2012).

### **3.2.3. Poder**

Na perspectiva de Loforte (2000:183), o poder tem várias dimensões de interação. Desde o poder nas hierarquias de trabalho, passando pela diferença social, ele assume uma amplitude digna de realce nas relações entre homens e mulheres nas unidades domésticas e na comunidade onde se insere. Ostenta contudo, situações diferenciais nas unidades domésticas onde prevalece a matriz tradicional, o poder emerge como eminentemente masculino, em aquelas onde as trajetórias sociais e profissionais dos seus membros, bem como as necessidades estratégicas ligadas a sua reprodução social conduziram a alteração do gênero, as mulheres detêm, igualmente efectivos poderes políticos.

Segundo Crozier (1983:18–22), o estudo do poder é indispensável as ciências sociais. Os fenómenos do poder existem em todos processos de integração social, de organização e constituem um dos objectos essenciais de estudo da antropologia. Nesse sentido, Crozier (1983) define poder como uma categoria estratégica para resolver situações conflituantes de posições, na tomada de decisões nas instituições ou grupos colocando como um todo o fenómeno que gera a possibilidade de acção de um indivíduo ou diversos grupos, ou seja de qualquer fonte da sua legitimação, dos seus objectivos.

Nessa perspectiva Weber (1983:113) define o Poder como a capacidade que um indivíduo tem de impôr a sua própria vontade numa relação social contra resistência e que qualquer que seja o fundamento dessa probabilidade.

## Capítulo 4

### Metodologia

A pesquisa é de carácter etnográfico com uma abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa segundo Goldenberg (2001) e Minayo e Sanches (1993), permite o investigador entrar no mundo dos investigados captar a lógica do fenómeno em estudo a partir das intenções e projectos dos actores sociais abrangidos pelo estudo, assim como permite aprofundar o mundo das significações das acções e relações entre indivíduos dentro e fora do campo.

Para a recolha de dados desta pesquisa usamos o método etnográfico que constitui o principal método das ciências sociais, especificamente na antropologia, segundo Peirano (1992) o método etnográfico é uma condição necessária para a sofisticação teórica da antropologia, ao promover uma incessante superação do conhecimento existente e do senso comum.

#### 4.1. Técnicas de recolha de dados

O uso do método etnográfico na pesquisa foi acompanhado por técnicas de observação directa, entrevistas semi-estruturadas. Segundo Quivy (1995) a observação directa é aquela que o próprio investigador procede directamente a recolha das informações, sem dirigir aos sujeitos interessados..

Segundo Durão (1988) citado por Duarte (2000), a entrevista semi-estruturada é uma técnica de colecta de dados que supõe uma conversação continuada entre o informante e o pesquisador, e que deve ser dirigida de acordo com seus objectivos. Deste modo, a vida do informante só interessa aquilo que vêm se inserir directamente no domínio da pesquisa. A autora considera que por essa razão, existe uma distinção nítida entre narrador e pesquisador, pois ambos se envolvem na situação de entrevistas movidas por interesses diferentes.

Nesse sentido, as entrevistas semi-estruturadas foram mais predominante por permitir elaborar perguntas fechadas e abertas ao mesmo tempo, o que possibilitou a obtenção de um olhar geral do problema pesquisado, partindo de uma lista de perguntas com alternativas de resposta. Nesse sentido, as entrevistas semi-estruturadas no trabalho de campo consistiu na relação social, na

qual procuramos colectar dados, onde as provedoras de saúde apresentam-se como fonte de informação.

A pesquisa teve três etapas, a primeira revisão de literatura, a segunda consistiu na recolha de dados, na qual usamos como técnicas a observação, as conversas informais e as entrevistas semi-estruturadas. Assim sendo, durante as observações directas que efectuávamos no campo, os dados eram registados no diário de campo, e os dados registados no diário estavam relacionados com o que observamos, o que ouviamos e perguntamos como forma facilitar a confrontação com a literatura. A terceira fase foi a análise e interpretação dos dados que serviram de matéria-prima para construção do argumento do tema em análise.

No decorrer do trabalho, usamos nomes como informante 1, 2, 3, pacientes 1, 2, 3, como forma de preservar a identidade dos participantes. Entretanto, o termo provedoras equivale ao termo informante que ao longo do trabalho é frequente o uso destes dois termos.

#### **4.2. Trabalho de campo e constrangimentos no momento de inserção**

De acordo com Friedman (1987), o trabalho de campo é uma arte e ensina-se até certo ponto, o resto são habilidades de cada pesquisador, esta abordagem tem um enorme potencial para os cientistas sociais, em particular para os antropólogos, o que nos obriga a sermos mais criativos no processo de pesquisa.

A presente pesquisa ocorreu no mês de Junho de (2014) a Janeiro (2015) e não esteve isento de constrangimento. O primeiro foi da documentação para ter acesso aos participantes, que consistia na elaboração de uma carta para o director do unidade sanitária, na qual não foi fácil ter a deliberação do credencial que levou cerca de dois meses; segundo constrangimento está relacionado com o facto de ser confundido como profissional de saúde, nos primeiros dias de campo.

O terceiro está ligado às relações entre pacientes e funcionários da mesma instituição, donde tivemos algumas perseguições, pelo facto de um dos funcionários achar que a nossa presença constituía um impedimento por ter descoberto a sua confidencialidade. Em algumas vezes a presença dele era inconveniente, pois criava um impedimento ao sabotar o nosso tempo com conversas que colocava as provedoras concentradas em debates que ele mesmo criava, e pelo facto do

mesmo achar que nós como pesquisadores perigávamos o seu emprego, temendo solicitações dos seus superior, em caso de divulgação da sua confidencialidade para as colegas (provedoras).

Outro constrangimento tem a ver com o primeiro contacto dos participantes, onde nos primeiros dias havia falta de confiança para obter informação, um outro aspecto tem a ver com o facto de uma das participantes na hora de chegada ter- nos dito - “faça uma pergunta agora mesmo para eu responder”.

O quinto constrangimento tem a ver com os participantes no sector de trabalho, em que usar a língua materna, neste caso changana, deixava escapar certos aspectos que seriam importantes na recolha de dados.

O último está relacionada com umas das participantes da pesquisa, em dar-nos algumas pré-condições para a obtenção de informação que seria útil ao trabalho de pesquisa, nesse sentido a mesma participante disponibilizou fornecer a informação, a partir das 13h00 considerando uma hora de fraca adesão dos pacientes no local.

### **4.3. Superação dos constrangimentos no campo**

Para superar esses constrangimentos tivemos que frequentar vários vezes no local, como forma de fazer parte da equipe de trabalho, quanto às perguntas que as participantes faziam em momentos inesperados, obrigavam-nos a responder de maneira a agrada-lhes, uma das participantes no primeiro dia de apresentação, surpreendentemete disse “faça uma pergunta agora mesmo vou-te responder”, tivemos de perguntar o nome dela e ela respondeu. Em seguida perguntamos à quanto tempo estava na instituição como funcionária e ela respondeu, partindo destas perguntas o diálogo ficou cada vez mais forte e assim tive maior credibilidade. As vezes perguntavam-nos o que é HIV e nós respondíamos- “sim sabemos que é um vírus causador do Sida temos lido alguns Manuais da Saúde”.

As vezes quando as informantes usavam a língua materna perguntávamos o que significa esses termos e aprendíamos a língua com elas de modo a facilitar a nossa compreensão. Entretanto com o desaparecimento do despacho de aceitação na unidade sanitária na qual tivemos uma resposta satisfatória, obrigou-nos a insistir várias vezes à secretaria, mas não deram-nos uma explicação consistente e com a falta daquele documento tivemos que recorrer aos nossos

informantes para entender a sua posição em torno das disponibilidades para o processo de fornecimento de dados, muitos deles acabaram por desistir temendo represálias no futuro no seu sector de trabalho, apenas uma das provedoras disponibilizou-se a dar informações e a convencer as outras provedoras.

O apoio da única informante foi muito decisivo tivemos que procurar as pessoas fora do local de trabalho, assim sendo, a primeira pessoa na qual tive o privilégio de conversar sobre o nosso objectivo, foi difícil dialogar sobre o assunto, pois levamos duas horas de conversa para entender o nosso propósito, mas acabou cedendo a sua disponibilidade para a sua contribuição no trabalho, sendo assim, a técnica de bola de neve serviu como um instrumento de pesquisa.

## Capítulo 5

### Apresentação e Interpretação dos Dados

A unidade sanitária situa-se na cidade de Maputo, entre quatro Avenidas todas alcatroadas. Ao redor de uma das Avenidas tem um empreendimento de côr branco, com uma vedação da mesma côr, do lado direito da unidade sanitária encontramos dois prédios de côr amarelo de cinco andares, dentro da unidade sanitária encontramos ATM do BIM, do lado esquerdo tem uma barraca de côr vermelha, com escritas de côr branca. Portanto, a pesquisa foi realizada com as provedoras que trabalham no Gabinete de Aconselhamento de Testagem de HIV, as participantes eram compostas por 5 pessoas de sexo feminino.

#### 5.1 Formas de Apreensão e Interpretação dos Riscos

A interpretação dos riscos é feita usando os modelos explicativos biomédicos, neste caso as provedoras fazem a interpretação dos riscos, que emerge da associação entre o elemento linguístico e o corpo político neste caso o paciente e a cultura não constitui um elemento integrante das interpretações dos riscos e das doenças no seu contexto hospitalar, sendo assim as provedoras ignoram a explicação cultural e social (Uchôa e Vidal, 1994).

*Provedora (P): Nós aprendemos a lidar com o risco partindo de um princípio básico de formação da nossa própria profissão, entretanto no processo de aprendizagem de testagem somos dito que o risco constitui um dos elementos que faz parte do processo de aprendizagem,mas não dizem que temos que pegar bem o dedo do paciente, que o material não é suficiente. O agente vem aqui mesmo no acto de testagem de HIV, e HIV como uma doença, nada de outra coisa, e somos submetidos a um conjunto de procedimentos que nos obrigam a usar luvas para testar as pessoas ou paciente.*

As interpretações dos riscos no serviço hospitalar, são tendencialmente, construídas a partir da formação académica e das experiências vividas nos locais de trabalho. São essas experiências que estruturam o modelo de representações sociais, com base no desenrolar das práticas quotidianas do mundo laboral, sendo mais ou menos influenciadas pelo discurso e pelas práticas produzidas no ambiente do trabalho. Essa dinâmica de interação social do mundo do trabalho



produz e reproduz os limites das percepções de risco laborais, bem como os conteúdos mais importantes, deste modo podem originar propensões diversificadas para lidar com os riscos, o que pode influenciar a maior ou menor ocorrência do acidente de trabalho (Areosa, 2010).

## **5.2 Capacidades de acordo com as Categorias da Unidade Sanitária**

A categoria do tipo (A), as unidades desta categoria serão capazes de implementar todos os componentes do programa de PPE e servir de referência qualquer uma das categorias no caso de receber referenciais de outras categorias, investir no trabalhador de saúde inicia a PPE sem ter acesso a testagem para o HIV, neste caso o mesmo deve ser testado assim que chegue a unidade sanitária de referência (MISAU, 2001:7).

A segunda categoria que é B, as unidades desta categoria será capaz de implementar os seguintes componentes do programa de PPE: primeiro a prevenção, segundo o manejo da exposição, tratamento imediato da ferida, em terceiro avaliação do risco de infecção para a tomada de decisão sobre a necessidade da PPE, incluindo a testagem, após este processo faz-se o registo e notifica-se o acidente, em seguida faz-se a redução do risco ulterior de acidentes e por último, o início do tratamento profilático com o início (regime duplo ou triplo segundo o risco de infecção) (MISAU, 2001:9).

Nesse sentido, as unidades sanitárias com capacidade de acordo com a categoria A, são unidades sanitárias com testagem, medicamentos e “equipa da PPE referência” como médico (a) e enfermeiro (a) formados em PPE, incluindo testagem, avaliação, início e seguimento. As unidades sanitárias com capacidade de acordo com categoria do tipo B, são unidades sanitárias com testagem, Kit de medicamento para o início do tratamento, e pessoa de referência, (idem).

Assim sendo, a unidade sanitária estudada enquadra-se na categoria A, pois esta unidade sanitária tem médicos, enfermeiros formados na PPE, incluindo testagem, avaliação, início e seguimento.

## **5.3 Categorização dos Riscos**

As variações quanto a classificação de riscos podem ocorrer dependendo da organização e de uma série de outros factores. Naturalmente, o agrupamento e a classificação atribuído aos riscos que se configuram com o objectivo, o qual contemplará as categorias, eventos possíveis de uma

materialização, sejam de incertezas negativas ou mesmo de incerteza positivas, (Calvacanti 2008:8).

Segundo Lupton (1999), embora exista ênfase quanto aos riscos globais, por outro lado, as categorias de risco parecem predominar e que podem ser identificadas nas concepções individuais e organizações do mundo, tal como o risco médico (aqueles relacionados às experiências de tratamento médico, por exemplo a terapia de drogas, cirurgias, nascimento, tecnologia de reprodução), portanto as categorias resultam da existência de formas de apropriação e representação do acidente que tenha sucedido.

*P: Moço aqui no trabalho existe duas categorias de risco, o primeiro chama-se categoria do tipo A e o segundo do tipo B esse tipo de risco , com cheio de exigências, onde se avalia o risco através de testagem e do PPE<sup>1</sup>, mas existe outros que nós criamos, aqui mesmo sabes, mas nós escapamos muito por causa do comportamento do paciente e sofremos também por causa dele. Há costume de nós depender dele, dos pacientes se você impor muito vai te dar lesões no dedo, tens que tentar controlar o comportamento, porque é difícil, se não estas tramada.*

O trecho da provedora, mostra a existencia de dois tipos de categorias de risco, e que essa duas de categorias de risco, que são consoderadas contextual e universal, contextual porque a categoria do tipo A, enquadra se na unidade sanitária onde a provedora exerce a sua actividade. Sendo assim, as duas categorias são universais porque foram criadas pela Organização Mundial da Saúde e que são usadas em varias parte do Munso onde existe Hospitais e que o processo de teste muitas vezes a prevencao e o acidente esta associado ao comportamento do paciente.

Em seguida vem o trecho da outra provedora que particulariza a categorização dos riscos.

*P: Mas o que eu acho sobre essa cena, tem duas formas de ver o risco, a primeira é aquela que acontece aqui mesmo no serviço, quando a malta faz testes de HIV e acontece*

---

<sup>1</sup> Profilaxia Pós Exposição (PPE) – é um Tratamento de curta duração com Medicamentos antiretrovirais (ARVs) para reduzir o risco de infecção do HIV depois de uma exposição ocupacional. A PPE deve ser parte de um programa mais abrangente de segurança no ambiente de trabalho ( Saúde ocupacional), Misau (2001).

*aquele acidente nos picamos a nós próprios no local de trabalho, aqui também chamam de risco ocupacional, mas para mim é risco que acontece sem agente querer as vezes quando agente descuidamos a lanceta. picamos o utente e depois descuidamos e nos pica, epah é triste, mas prontos aconteceu não é voluntário, agente o que faz é tentar recorrer o processo de remediação.*

Com base no depoimento da provedora podemos constatar que a categorização do risco no processo de testagem vai muito além da abordagem hospitalar, da biomedicina, na medida que essas mesmas funcionárias acham que o risco ocupacional não é uma categoria relevante, porque por mais que o acidente ocorre na unidade sanitária e a provedora esteja bem equipada para efectuar o teste de HIV, o que torna o acidente uma categoria involuntária não é o espaço mas é a falta de confiança naquele tipo de material que não se torna seguro para a sua protecção do risco e da retirada do dedo do paciente, por isso as funcionárias categorizam por risco involuntário, pois a prática de testagem em si já é um risco, por mais que a provedora esteja devidamente equipada.

*P: Sabes tu, aqui acontece cenário em que o nosso stock tem material completo, mas as vezes o uso destas luvas cansa, aquelas luvas aquecem e irritam pah, por mais que seja leve mas é difícil aguentar quinze a trinta minutos com elas nas mãos, mas prontos são regras do hospital, mas eu quando entendo não uso. Pior quando me encontrar em quanto estou estressada, discuto com meus familiares, faço assim mesmo sem usar luvas, nem máscaras as vezes os problemas de lá em casa nos faz ficar com uma atitude aqui no job que não ajuda a ninguém, só prejudica a mim próprio sabe. mas prontos torna difícil controlar o nosso próprio comportamento, mas apesar de tudo, a nossa prevenção depende dos pacientes pah, esse material não faz nada, por isso moço, estamos habituados a depender desses pacientes, sabes também depende do tipo de acidente, se for massivo ou intermediária.*

Neste discurso da provedora sobre o teste de HIV, compreende-se que há uma segunda categoria que é o risco voluntário, que consiste na prática de testagem sem protecção do material sanitário, a provedora demonstra o comportamento de auto-risco. Entretanto, a prática de testagem no dia-a-dia das provedoras nem sempre é marcado com uso das luvas, máscaras e óculos, elas criam outros meios que acharem conveniente a si própria e que esses meios não fazem parte das

políticas hospitalares. Sendo assim, também percebe-se do discurso que os problemas familiares das funcionárias, também influenciam para o não uso do material hospitalar, na prática de testagem no dia-a-dia.

Nesta senda, as provedoras avaliam os riscos em dois tipos de acidente, a exposição massiva e exposição intermediária. Entretanto, a exposição massiva é picada ou corte profundo, e a exposição intermediária é picada superficial com agulha em bisel.

#### **5.4 Mecanismos de Prevenção e Mitigação do Risco entre as Provedoras de Saúde**

De acordo com Lee (2000), quando as relações de causa e efeito sobre uma determinada exposição e um feito adverso a saúde, ainda não estão cientificamente bem estabelecidas deve ser aplicado o princípio da precaução. O princípio da precaução que mesmo na ausência da certeza cientificamente formal sobre um risco, que envolve dano sério ou irreversível, devem ser aplicadas medidas de prevenção.

*P: Opah, nós como provedoras temos como forma de proteção e de mitigar o risco de contaminação de HIV através do fluído, no teste, usamos luvas, máscara, usamos reagentes, porque nem as luvas são suficientes para mitigar o risco de contaminação de HIV no teste. mas também temos que pegar bem o dedo do paciente, porque há pacientes que fintam o dedo na hora da pica com lancete, tens que pegar bem mesmo o dedo para não correr risco de picar mal a ele e me picar me também, porque eu não sei como qual é o estado de saúde dele.*

No depoimento acima mencionado, as funcionárias usam vários mecanismos de prevenção e mitigação do risco, no processo de testagem de HIV, elas optam por usar instrumentos da unidade Sanitária como as luvas que protegem as mãos das provedoras e máscaras que protegem as narinas e a boca, os óculos que protegem os olhos para não ser contaminado com o sangue dos pacientes no seu corpo.

Sendo assim, as provedoras, em caso de picar-se com a lanceta, elas recorrem ao itinerário Terapêutico, que a unidade sanitária estabeleceu, mas também depende do resultado que saí no teste do paciente. Se for positivo começa imediatamente o tratamento que permite a eliminação do vírus que pode criar a destruição de células protetoras do corpo (CD4).

O itinerário Terapêutico tem um intervalo de 24 Horas para o vírus não dar efeito no seu organismo. Nessa perspectiva Duclos (1986) advoga que a prevenção do risco é tanto praxis quanto simbólico pelo facto das medidas e mecanismo de prevenção do risco destinarem-se mais ao estilo, e modo de relações sociais entre as provedoras no seu local de trabalho, não na redução do risco técnico como aborda o essencialismo. Portanto, ao analisar essa abordagem de risco com as provedoras procuramos perceber de forma mais complexa tendo em conta a dimensão social, cultural e simbólico que esses actores constroem em contexto particular.

## **5.5 O Quotidiano das Provedoras no Sector de Trabalho**

A Unidade Sanitária é enorme, tem muitos funcionários em todos os departamentos existentes, o sector de testagem de HIV, as provedoras quando chegam (7:00) a primeira coisa que fazem é mudar de vestuário que trazem de casa, depois usam um vestuário de cor preta que vem com escritas “Faça o Teste de HIV”, o vestuário é de cor preta com escritas vermelhas, e usam calçados de plástico cor branco, em seguida assinam o livro de presença do Hospital. Quanto aos testes que se fazem no local, as provedoras, quando chega um paciente fazem algumas perguntas básicas, que estão relacionadas com a sua identidade, nome completo, o nível académico, que razões lhe levou a fazer o teste de HIV, se alguma vez já ouviu falar de HIV, qual é o último mês que fez o ato sexual, se o acto sexual decorreu com o uso do preservativo ou não.

Em seguida, a explicação dos resultados que o teste podem dar após a sua prática nesse caso são quatro resultados que se pode esperar, primeiro o positivo, segundo indeterminado, terceiro negativo e o quarto nulo, mas raramente acusa resultado indeterminado e nulo, os resultados mais frequentes são positivo e negativo, após a explicação segue-se o teste de HIV, usando material médico refiro lancete<sup>2</sup>, determanho<sup>3</sup>, tubo capilar<sup>4</sup>, luvas de cor branca, máscara de cor de rosa, logo em seguida aguarda-se o resultado durante 15 minutos. Por último dá-se apenas um

---

<sup>2</sup> Objecto que pica o dedo onde se extrai o sangue para se diagnosticar o virus de HIV.( Informante 1);

<sup>3</sup> Aparelho que se introduz o sangue, na qual o mesmo dá indicações do seu resultado. (Informante 2);

<sup>4</sup> tubo transparente de pequena dimensão que se introduz o fluído (Sangue) para conservar o Sangue em estado liquido durante trinta minutos. ( Informante 3).

conselho de comportamento perante a prática sexual em ocasiões futuras, mas o conselho varia em função do resultado.

Se o resultado for positivo, abre-se um processo de urgência como forma de controlar o paciente e mostrar os procedimentos a seguir, após a abertura do processo segue-se para o laboratório, para a retirada do líquido fluído (Sangue) para saber o estado das células protectoras de doenças no corpo humano (CD4), após este resultado do CD4, se o CD4 do indivíduo estiver abaixo do 500, o paciente deve começar com o itinerário Terapêutico. Entretanto, se o paciente tiver CD4 superior a 500, apenas passa a ter um controlo mensal para começar com o tratamento anti-retroviral.

Se o paciente começa o itinerário<sup>5</sup> Terapêutico, terá que fazer consultas mensais para se avaliar o resultado da dosagem dos comprimidos, ser for um paciente que está a medicar por um longo período, mais ou menos dois anos apenas faz-se o controlo duas vezes por ano, de 6 em 6 meses excepto, em caso de ter uma outra doença.

Às Terças e Quintas feiras são dias em que as provedoras reservam para o aconselhamento dos pacientes que abandonam as consultas marcadas e não vêm receber os comprimidos em cada final do mês. O aconselhamento é marcado às (10:00), em ambos os dias e leva duas horas de tempo.

## **5.6. Relações entre as Provedoras e os Pacientes**

As relações dos médicos e enfermeiros, provedoras e pacientes estão inscritos no contexto mais amplo de poder e discurso, isto na medida em que as relações entre médicos e enfermeiros, provedoras e pacientes ocorrem no contexto em que o discurso de cuidar, a política hospitalar das provedoras reforça a dominação que o corpo político exerce sobre o corpo individual e social e o capital simbólico e reconhecido na interacção entre os actores sociais. O conceito de poder pode ser vista na perspectiva Foucaultiana em que o poder é algo invisível, ela flutua e ninguém detêm ela como propriedade, os indivíduos só têm em circunstâncias privilegiadas que lhes põem

---

<sup>5</sup> Segundo Augê (1984) Itinerário terapêutico - o caminho percorrido pelo indivíduo na busca de solução para os seus problemas de saúde diante de uma Heterogeneidade de recursos.

num pedestal em relação ao outro. As provedoras competem com os pacientes o capital no campo hospitalar (Hansen, 1997).

Segundo Foucault (2001) citado por Mariano (2010:77), Corpo individual refere-se a experiências vividas e sua consciência pessoal, incluindo os pensamentos, emoções e as sensações de prazer e de dor individual.

Corpo político refere-se as estratégias de controlo e de vigilância que as instituições sociais e políticas exercem sobre a colectividade e sobre os corpos individuais, na reprodução, sexualidade, na promoção da saúde e no controlo de doenças, neste caso a unidade sanitária em estudo, as provedoras consideram o paciente como corpo político pelo seu controlo da sua vida sexual e das doenças como o HIV, (Mariano 2010 :78).

Nesse sentido, em seguida temos o discurso da provedora e a análise do mesmo discurso.

*P: oi prima tudo bem, andas sumida nem nos visita agora enquanto crescemos juntos, tivemos a mesma educação com a mamã, vens fazer o quê, estas a suspeitar que seja o que mesmo? O que vamos a isso, quantos anos tens agora? Ainda marras, que classe, alguém te obrigou a fazer teste? Mas pode ser HIV sabias. Por favor não tira o dedo.*

Em relação ao percurso sexual a provedora através das suas questões que levanta, procura entender o comportamento sexual do paciente no seu dia a dia com o seu parceiro e usa uma linguagem simples e simpatia para manter o paciente numa relação equilibrada. Sendo assim, a provedora em algum momento procura usar termos consaguíneo como prima.

Depois desta análise do discurso da provedora segue o discurso da paciente e análise deste discurso.

*Paciente (Pc): ando ai mesmo no bairro prima tu é que andas sumida, crescemos juntas, vestíamos mesma roupa, rezávamos juntos, mas agora tu desapareces muito, também sais muito cedo para o Job, estou a fazer décima agora, ando atrasada prima depois, vim fazer teste, mas para mim não é HIV, acho que é ndere, mas meus colegas disseram para fazer teste.*

Com base no depoimento, constatamos que a provedora e a paciente são pertencentes aos mesmos parentes consanguíneos, e tiveram mesma socialização primária, mas a forma de olhar para a doença é divergente, pois a paciente olha para a doença numa perspectiva cultural, neste caso onde em língua materna ronga e em língua portuguesa significa tuberculose, sendo assim a provedora olha a doença como uma perturbação física, biológica neste caso o HIV. deste modo, a provedora referiu no seu discurso que a doença manifesta de várias formas, pode ser por via da tosse ou pelo simples emagrecimento do paciente, mas muitas das vezes a tuberculose está associado ao HIV.

Assim a provedora e sua paciente, ainda que tenham a mesma origem social e cultural, vêem a saúde de forma muito diferente. Suas perspectivas baseiam-se em premissas bastantes diversas, empregam um sistema diferente de comprovação e avaliam a eficácia do tratamento de modo variado. Cada um tem seus pontos fortes e fracos. O problema é assegurar alguma comunicação durante o encontro clínico entre a provedora e o paciente. Para ilustrar esse problema, as diferenças entre visões das provedoras e pacientes e leiga da má saúde – ou seja, entre a “enfermidades” (disease) e “perturbação” (illness), Helman (2009:1).

Nesse sentido, enfermidades (disease) refere – se às anormalidades de estrutura ou funcionamento de órgãos ou sistemas, e a (illness), à experiência subjectiva do mal-estar sentido pelo doente. Nessa perspectiva, a experiência da doença não é vista como simples reflexo do processo patológico no sentido biomédico do termo. Considera-se que ela conjuga normas, valores, e expectativas, tanto individuais como colectivas, e se expressa em formas específicas de pensar e agir, (Uchôa e Vidal 1994) .

Depois da análise anterior segue o discurso da provedora e por baixo do mesmo discurso, encontra-se a análise do mesmo trecho..

*P: Bom dia, aqui não se faz teste de gravidez, só fazemos de HIV, estás com quem? Diz para entrar, quantos anos tens? Qual é o seu nível de escolaridade? Em que bairro vives? Quantas vezes já ouviste falar de HIV? Quantas vezes fizeste teste? Quantas vezes fizeram sexo? Usou preservativo? Quando se faz teste espera-se três resultados, pode ser positivo, negativo, indeterminado, o quê, vamos fazer o teste, não retira o dedo na hora de picar, levanta vai ver o seu resultado, qual foi o resultado?.*



Neste trecho a provedora, busca entender o nível de conhecimento do paciente sobre a epidemia do HIV e explica que o local em que a paciente se encontra é para efectuar testes de HIV e não para controlo do estado de gravidez como a mesma paciente pensava. Sendo assim, de acordo com a nossa observação notamos que a provedora prolongava a conversa com a paciente para esquecer certos problemas de natureza familiar.

Depois desta análise segue o discurso da paciente e a respectiva análise.

*Pc: Bom dia, vim fazer teste de gravidez, Meu namorado, olha nós viemos fazer teste de HIV não gravidez, você não disse isso, namorado da paciente. Está bom vou fazer teste de HIV. 17 anos, 12 classe, Maxaquene C, muitas vezes já ouvi falar de HIV, na televisão, rádio, nos papéis da Saúde. Já fiz duas vezes o teste no ano passado. Já não sei, quantas vezes, mas foram muitas vezes, mas das últimas vezes não usei preservativo e falhou período Negativo.*

De acordo com a conversa, a paciente não pretendia fazer o teste de HIV, mas queria fazer o teste de gravidez devido a ausência do ciclo menstrual (período), mas acabou efectuando o teste de HIV, pelo facto de existirem duas pessoas que exerciam pressão sobre a paciente que era o seu namorado e a provedora. Sendo assim, notamos que as relações que se estabelecem entre os dois era de imposição, o que permite convergir com a perspectiva de Foucault (2001), que advoga que não se acredita no único centro de poder, o poder é um conjunto de práticas sociais, um conceito que perpassa todas as esferas sociais, assim sendo a provedora tem essa autonomia de perguntar sobre o percurso sexual da paciente com o seu parceiro.

Nesse sentido, existe um forte controlo de uma relação amorosa da paciente fora da instituição hospitalar, o encontro entre a paciente e a provedora frequentemente é marcado por nervosismo por parte do paciente, pelo facto das perguntas serem muitas e cada pergunta ser mais confidencial do que a paciente imaginava na hora do questionamento, as vezes acaba respondendo a pergunta da sua confidencialidade num tom de voz baixa pelo facto da mesma ter medo de receber críticas pelas provedoras da instituição.

Apois a análise do atrecho anterior segue o discurso da provedora e análise mesmo.

*P: Boa tarde, o que levou a fazer a consulta com o médico, já viste alguém que tem HIV? Quantas namoradas já tiveste? Já fizeste teste quantas vezes? Tua namorada sabe que você está aqui? O resultado é negativo, usar preservativo quando estiver a fazer sexo.*

Neste trecho a provedora procura ter um percurso sexual da paciente dando questões sobre a sua actividade sexual no seu contexto familiar, de acordo com o que observamos ela procura manter o seu bom humor através do mesmo diálogo com a paciente, sem se distrair da sua prática do teste.

Em seguida está o discurso do paciente, onde explica as razões que lhe levou a procura da consulta e depois o seu discurso segue a análise do trecho.

*Pc: Boa tarde, venho fazer teste, porque fui marcar consulta com o médico e disse para eu fazer teste de HIV, foi falta de apetite, não consigo acabar um prato de sopa, nem de arroz. Não sabe. Já tenho um tio que tem, ele começou assim mesmo por isso vim a consulta, para depois fazer teste de HIV, mas já que o médico recomendou foi bom.*

De acordo com o depoimento, notamos que o paciente teve a iniciativa de ir ao médico para estabelecer uma consulta, pelo facto do mesmo indivíduo estar a sentir-se mal fisicamente e emocionalmente, sendo assim, o seu itinerário Terapêutico acabou sendo mais extenso do que pensava, a paciente foi encaminhado ao teste de HIV, pelo facto do médico suspeitar que seja sintomas de HIV. Nesse sentido, este encaminhamento ao teste de HIV torna-se uma forma de vigia do paciente, deste modo a provedora tenta saber toda sua caminhada sexual do paciente sobretudo quando lhe questiona.

Assim, depreende-se que a provedora tem um certo poder sobre o paciente, na medida em que esta controla toda a relação sexual, através dos saberes de formação hospitalar e das experiências diárias e na mestria da sua profissão. Estas artimanhas, além de constituírem uma forma de “poder” de testar sobre o paciente, são estratégias que visam o controlar do paciente, (Muianga 2009).

Depois desta interpretação, segue à abordagem da provedora que dirige ao paciente na sua sala.

*P: Sim, sim faz se, tens algum papel aí, o que tens no seu corpo, o quê? Como chama? Qual é o nível de escolaridade? Onde vive. Quantas vezes fizeste o teste de HIV?*

*Quantas parceiras tiveste até agora? Há uma questão que não respondeste jovem. Essas três parceiras usaste preservativo quando fazia sexo com ela? Não porquê? Sabes que há tantas doenças por aí? O que vamos a explicação dos resultados do teste, aqui quando se faz teste espera se quatro resultados, positivo quando sai dois riscos aí, negativo quando sai um risco, indeterminado quando não dá nenhuma indicação e nulo também quando o fluído não soube o aparelho do diagnóstico. Ouviu? Peço para não fintar o dedo moço, vamos picar, não quer picar vai embora, sai, sai, sai, você esta me fazer correr risco de me picar fora daqui.*

A provedora, avalia a forma de manifestação da doença do paciente e como mesmo representa a experiência da doença e procura dar uma interpretação usando, o conhecimento medicinal para dar o diagnóstico correcto da doença.

Em seguida temos o diálogo da paciente e abaixo do mesmo trecho, encontramos a interpretação.

*Pc: Boa tarde, desculpa. Aqui faz se teste de HIV? Não sei ando com corpo fraco. Estudei até décima classe, vivo no bairro de Maxaquene D, já fiz teste uma vez em 2002. Quando vivia na Matola, tive três parceiras. Duas sim, a última que tenho não uso, porque gosto de sentir o prazer bem mesmo, sei, mas fazer o quê, as vezes cança usar preservativo Sim.*

Conforme nota-se na relação entre o paciente e a provedora, existe um diálogo aparentemente equilibrado, mas prevalece uma certa imposição por parte da provedora sobre o paciente, também percebe-se que existe uma atitude de prevenção do risco no acto de testagem, essa mesma prevenção da provedora não depende simplesmente do material disponibilizado pela unidade sanitária. Deste modo, a provedora ao retirar o paciente do local do teste pela retirada do dedo no acto de testagem, mostra que existe uma dependência do bom comportamento do paciente. Assim sendo, torna-se importante realçar que ninguém detém do poder em absoluto, o poder exerce-se em circunstâncias privilegiadas, ela flutua e perpassa por todas as esferas sociais.

Nessa linha de pensamento Muianga (2009), na sua análise sobre relações de poder defende por mais que a provedora tenha este poder sobre o paciente, o mesmo poder que dispõe não é

absoluto, pois encontra alguns focos de reacção. Deste modo, Foucault (2001) “onde há resistência há poder e esses pontos de resistência estão presentes em toda rede de poder”.

Neste contexto, a limitação ou resistência do poder ocorre mediante o facto do paciente comportar-se fora das normas estabelecidas para todo o processo de teste de HIV, as provedoras reagem com vigor para pôr fim ao acto, geralmente gera expulsão do paciente. Nesse sentido, este comportamento que gera a sua expulsão é vista como confrontação ou desafio a sua legitimidade como provedora, portanto essa expulsão que é decorrente do sistema de dominação das provedoras é uma manifestação de poder e destina-se a perpetuar uma situação de subordinação do paciente, Da Silva (1996).

Por fim temos o discurso da provedora, onde explica as várias formas de se relacionar com o paciente.

*P: olha moço aqui quando conversamos com os pacientes, costumamos usar palavras simples, entrar no comportamento dele pouco a pouco, não precisa ser agressiva para tu saberes como ele anda lá fora, tens que ser discreta, usa palavras de fácil compreensão, é uma maneira de nós controlar os gajos, de nós manipular esses pacientes. mas tens que ver o comportamento dele no acto do teste, mas é difícil controlar não se controla essa cena, se não vai te matrecar ver se ele está calmo não está nervoso, tens que depender dele, ou comportamento dele, basta ele tirar, o dedo meu amigo, vais se picar, você aí não tem que impôr depende mais dele do que de nós.*

Como se pode constatar no depoimento da provedora, nota-se que a mesma tem dificuldades de controlar o risco, o que torna a abordagem biomédica problemático ao afirmar que o risco é vigiado, assim sendo elas usam uma linguagem aparentemente neutra, mas que tem um poder muito forte para disciplinar os pacientes. De acordo com Ribeiro (2007), os pacientes estão sujeitos a várias formas de manipulação e teatralização, desenvolvidas pelas provedoras no sector de trabalho, orientadas sobretudo para a obtenção de dados de várias ordens, nomeadamente, o estado de saúde, prática sexual, o local de convivência familiar, o nível académico. Deste modo, as suas estratégias, as provedoras de saúde ganham alguma preponderância circunstancial sobre os pacientes.

Nessa linha de pensamento, esta “insubmissão” da provedora revela que o princípio de dominação sobre o paciente é também cilada e encontra sua contrapartida na tensão e contenção permanentes, levados por vezes ao absurdo, que impõe a todos pacientes o dever de afirmar, Bourdieu (1990).

## Capítulo 6

### Considerações Finais

O presente projecto de pesquisa foi de carácter etnográfico e procurávamos compreender os mecanismos de prevenção e mitigação dos riscos, por parte das provedoras de saúde no processo de testagem do HIV, na Unidade Sanitária. O projecto permitiu identificarmos formas de apreensão e interpretação dos riscos através das práticas e discursos das provedoras de saúde no sector de trabalho. E possibilitou, descrever o quotidiano das provedoras de saúde e identificar o tipo de relação que se estabelece entre estas e os pacientes no local de trabalho.

No que se refere aos pressupostos teóricos, a pesquisa assentou na perspectiva cultural e social de risco de Luhmann (1993) e Giddens (1998) que defendem que o risco tem uma interpretação contextual, cultural e cada sociedade tem sua forma de compreender o risco variando de cultura para cultura.

Este projecto de pesquisa utilizou como procedimento metodológico o método etnográfico, com uma abordagem qualitativa e tivemos como técnicas a observação directa e entrevistas semi-estruturadas. A pesquisa demonstrou que no contexto das provedoras de saúde existe uma cultura interdependente de prevenção e mitigação. A mesma pesquisa, permitiu constatar duas categorizações que são: o risco involuntário e voluntário. O risco involuntário são acidentes que ocorrem da ausência do comportamento de auto-risco, sem que seja a vontade da provedora no sector de trabalho, mas também associa-se ao comportamento de resistência do paciente de não querer picar. E a segunda categorização é voluntária, na qual ocorre em situações em que as provedoras identificam-se com o comportamento de auto-risco, fazendo teste de HIV aos pacientes, sem instrumentos de protecção, como mascarar, luvas e óculos.

Quanto ao tipo de relação que se estabelece entre as provedoras de saúde e os pacientes no processo de testagem de HIV era de confrontação. Assim sendo, a confrontação resulta da imposição das provedoras sobre o paciente no processo de testagem de HIV e da resistência dos pacientes ao retirar o dedo no acto de testagem.

Quanto as formas de mitigação em caso de ocorrer o acidente de trabalho, as provedoras recorrem imediatamente ao tratamento da ferida, da dosagem de curta duração que é efectuada no prazo de 24 horas, como forma de eliminar a doença que supostamente as terá infectada.

A pesquisa usou o conceito de risco para demonstrar como o mesmo foi sendo discutido e definido ao longo do tempo em várias áreas de conhecimento e contextos. Usamos o risco ocupacional para explicar que este conceito é usado como acidente de trabalho. Por último, o conceito de poder para explicar o tipo de relação entre as provedoras e os pacientes. Sendo assim, notamos que dentro nas relações que se estabelecem entre o paciente e a provedora existe uma confrontação de poder pois é marcado por uma imposição que é efectuada pelas provedoras no momento da prática do teste de HIV, e de resistência por parte do paciente no atendimento normal como na abertura de processo para o início de tratamento anti-retroviral, assim sendo a sua representação como provedora muitas das vezes tem legitimado o seu poder de perguntar aos pacientes sobre o seu percurso sexual no contexto onde vivem.

A pesquisa demonstra limitações e abre espaço para reflexões e futuras pesquisas, como o controlo efectuado por chefes dos quarteirões para ter um domínio dos pacientes nos seus bairros, talvez procurar compreender com que critérios a Unidade Sanitária legitima um líder do bairro para controlar o tratamento dos pacientes.

Em seguida os encontros efectuados trimestralmente, conhecido por Comité um encontro entre a focal da área de HIV da unidade sanitária e as representantes das organizações não governamentais (ONGs), como a Usaid, a Unicef as mesmas que tem fornecido material de testagem de HIV, a unidades Sanitária, os cartões para os pacientes que não são seropositivos. Por último, as relações conjugais estáveis entre um homem seropositivo e uma mulher negativa.

## Referências Bibliográficas

Augê, Marc. 1984. L' Antropologie dela Maladie. *L' Homme*, Paris.26.

Areosa, João. 2010. “O risco nas ciências sociais”: uma visão crítica ao paradigma dominante. *Revista Angolana*. Vol 5: Pp. 11 – 33.

Beck, Ulrich. 1990. “Incertezas Fabricas”. Entrevista concebida a IHU on- Line, são Paulo. UNESP. Disponível em:[http:// www. Unisinos. Br/ IHU](http://www.Unisinos.Br/IHU).

Beck, Ulrich. 1991. *Society Risk*. London: Sage.

Beck, Ulrich.(1995). *A Reinvenção da Política: Rumo a uma teoria da modernidade Reflexiva*:in Giddens, Anthony. Beck, U. Lash, S. 1997. *Modernidade Reflexiva e Sociedade de Risco*. Política, Tradição e Estética na ordem social Moderna, São Paulo. Editora UNESP.

Bennatti. Maria Cécilia. 2004. “Exposições ocupacionais por Fluídos Corpóreos entre trabalhadores da Saúde e a sua adesão à quimioProfilaxia”. *Revista da escola de Enfermagem da USP*. São Paulo. V41.n1.P.120 – 126. Março. 2004.

Bourdieu, Pierre. 1990. *A Dominação Masculina*. Rio de Janeiro.Editora: Bertrand.

Canini, Silvia e Pinto Rita. 2006. “Acidentes Perfurante entre Trabalhadores de uma enfermagem de um Hospital Universitário no Interior Paulista”. *Revista Latino Americana de enfermagem*: São Paulo. V.10. n2. P.178, Março/ Abril. Disponível em [http://www.scielo.cl/Pdf/cienf/ v.12. n1.art.04.Pdf.>>](http://www.scielo.cl/Pdf/cienf/ v.12. n1.art.04.Pdf.>>.).acessado no 15 de agosto.2014.

Calvacanti, Carlos. 2008. *Gestão de Riscos: abordagem de conceitos e Aplicações*. Ano 05, vol 08. Dezembro. Disponível em [www. Pwc.Com.Extweb/ insights.Ns](http://www.Pwc.Com.Extweb/ insights.Ns).

Crozier, Michel. 1983. *Sociedade Bloqueiada*. Edição: Universidade de Brasilia. Vol 8.

Da Silva, Terezinha. 1996. *Violência Doméstica: Factos e discursos, em conflito e transformação Social*: A paisagem da Justiça em Moçambique, Parte 3. Textos Organizados por Boaventura de Sousa e Trindade, João Carlos. Maputo/ Coimbra: Centro de estudos africanos & centro de estudos sociais da universidade de Coimbra.



Duarte, Rosalina. 2000. *Pesquisa qualitativa: Reflexões sobre o trabalho de campo*. Cadernos de pesquisa, rio de Janeiro, número. Março. 2000, Pp. 115 – 154.

Durão.E. R. 1988. A Pesquisa Antropológica com populações Urbanas: Problemas e Perspectivas: In: Cardoso, R. (org). *A Aventura Antropológica: Teoria e Pesquisa*: Rio de Janeiro.Paz e Terra. P. 17-38.

Duclos, D. 1986. *La construction Sociale du Risk: les cas dès Ouvirieres de la Chimie Face aux Danger industrieles*. Pires: conservatoire nationale dès arts et Metiers.

Friedman, Maurice. 1987. *Antropologia cultural e Social*. Tradução de Fernando Fonseca. Paris. Unesco.

Foucault, Michel. 2001. *A História da sexualidade – vontade de Saber*, volume 1, 14ª edição, Rio de Janeiro: Graal..

Ministério da Saúde.(2001). *Guia para a prevenção e profilaxia pós exposição ocupacional ao HIV*. Maputo.Misau.

Goldenberg, Mirian. 2001. *A arte de pesquisar: como fazer uma pesquisa qualitativa em ciências sociais*.5ª Edição, Rio de Janeiro e São Paulo: Record.

Gomes, Bonifácio e Santos Walquiria. 2012. *Acidentes Laborais entre equipe de atendimento pré – Hospitalar Movel ( Bombeiros/ Samu) com destaque ao risco biológico*. Revisa :2012; 1(1) 40-49. Janeiro/ junho 2012. ISSN- 20179-0981.

Giddens. Anthony. 1991. *As consequências da Modernidade*: São paulo: Editora UNESP Fundações.

Giddens, Anthony. 1998. *Making Sense of Moderni*. Person. Christopher (ed). Cambridge. Polity press.

Gomes,Rodrigues. Silva Emilio. 2012. “Avaliação e perspectivas da Epidemiologia no Brasil”.in: Anais do I congresso Brasileiro de Epidemilogia. Rio de Janeiro. Pp.109 – 110.

Guilam, Maria. 1996. *O conceito de risco: sua utilização pela epidemiologia, engenharia e ciências sociais*. Dissertação de Mestrado ENSP/ FIOCRUZ.

- Granja, Paulo. 2004. *Trabalhadores sobre o barril de pólvora. Homens e perigos na Refinaria Sines*. Lisboa. Imprensa nas ciências sociais.
- Hansen, Helle Ploug. 1997. *Patient bodies and discourses of Power*. In: Cris Shore and Susan Writh (ed) *the anthropology of Policy: Critical perspectives on Governance and Power*. New York: Routledge (Chapter 4): 88- 106.
- Helman, Cecil. 2009. *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre. Antened.
- Jackson. Helen. 2004. *Sida em África: Continente em crise*. Edição portuguesa. SAFAIDS. Pp.1-519.
- Kalipeni, Ezikiel, Gosh, Jayat. 2007. *As múltiplas dimensões da vulnerabilidade ao HIV / Sida em África uma perspectiva das ciências sociais*. In: *Mulher, Sida e o Acesso a saúde na África Subsaariana, sob uma perspectiva das ciências sociais, 2007*. Medicus Mundi, catalunya.
- Lee, O'Brien. 2000. *The games up. Redefining Child prostitution*. London: The Children's Society.
- Lihahe, Danúbio. 2004. *Vidas sobre Carris: Representações Socio - profissionais*. Maputo. DAA. Tese de Licenciatura em Antropologia.
- Loforte, Maria Ana. 2000. *Entre os Tsongas de Moçambique*. Edições comédia.
- Luhmann, Niklas. 1993. *Risk, a sociological theory*, New York. Aldine Gruyter.
- Lupton, Deborah. 1999. *Risk*. London: Routledge.
- Mariano, Esmeralda. 2010. *A Construção do Corpo Feminino na Compreensão do Conceito de Género e Direitos Humanos em Moçambique*. Maputo: UEM: Pp. 75-86.
- Marlin, Albuquerque. 2005. *Percepções de Risco e Cognição. Reflexão sobre Sociedade de Risco*. Ciência e Cognição. Ano 02, vol 6. Novembro 2005. Disponível em [www. Ciências cognição.](http://www.cienciascognicao.com)
- Mendes, Fernando. 2000. "Um conceito do passado que colonizou o presente". *Revista portuguesa saúde pública*. Volume 2. Jul/ Dezembro.

- Minayo & Sanches. 1993. “Quantitativo – Qualitativo”: Oposição ou complementaridade? *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 9 (3) : 239 – 262. Julho/ Setembro.
- Muianga, Baltazar. 2009. *As relações de poder caso da baixa da cidade*. O caso da prostituição. Maputo. In: Teles, Nair e Brás, José Eugénio. 2010. *Género e direitos humanos em Moçambique*. Maputo: UEM. Organizadores.
- Peirano, Mariza. 1992. *A Favor da Etnografia*. Série Antropologia. Brasília.
- Peretti – Watel. 2000. *Sociologie du Risque*. Paris. Armand. Colin.
- Quivy, Raymond e Van Campenhoudt. Luc. 1998. “o procedimento”. In: manual de investigação em ciências sociais. Lisboa. Gradiva.
- Seccô, Iara, Felicidade de Oliveira. 2008. “Acidentes de trabalho, riscos ocupacionais no dia a dia dos trabalhadores”. *Informativo electrónico da Biblioteca do coren*. R. S. Volume 6.
- Sharit. John. 1999. *Human and Sistem Reability analysis*. In: Karwowski, W. Marras. W. The occupational Ergonomics Handbook. New York: Press: 1999. Chap. 35, P. 601 – 642.
- Ribeiro. M. 2007. *Vidas na Raia*. – Prostituição Feminina em Regiões de Fronteira. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Takeda, Elisabeth. 2000. *Riscos Ocupacionais, Acidentes de Trabalho e Morbilidade entre Motoristas de uma Central do Estado de são Paulo*. Universidade de Ribeirão preta. São Paulo. Tese de Doutoramento em enfermagem Fundamental.
- Tinta. José. 2013. *Vida atrás dos riscos: uma análise antropológica sobre a prostituição na cidade de Maputo*. DAA. Tese de Licenciatura em Antropologia.
- Thompson, Michael e Widavsky, Aaron.1982. A proposal to criato a culture Theory o Risk”. In: H. C. Kunrourther; E.V. Ley. (org). *Analylis Controversy – na institutional perspective*. Berlim. Springer- verlag.
- Uchôa, Elisabeth e vidal, Jean Michel.1994. “Antropologia Médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem de Saúde e Doença”. *Cadernos de Saúde Pública* 10 (4). 497 -504.

Weber, Max. 1995. *Tipos de Dominação*. Porto: editora presença.

Zeitoune, Regina Célia e Silva Karla Michele . 2012. *Riscos ocupacionais em sector de Hemodiálise na perspectiva dos trabalhadores da equipe de enfermagem*. Esc. Ana Nery Ver, enferm.(2012 abril – jun: 13 (2) : 279 -89.