

Representações sociais de profissionais de saúde sobre doenças transmissíveis

Social representations of health professionals about transmissible diseases

Representaciones sociales de profesionales de la salud sobre enfermedades transmisibles

Recebido: 26/10/2020 | Revisado: 30/10/2020 | Aceito: 02/11/2020 | Publicado: 06/11/2020

Charles Souza Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5071-0359>

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil

E-mail: charlesss@uesb.edu.br

Antonio Marcos Tosoli Gomes

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4235-9647>

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: mtosoli@gmail.com

Gleide Magali Lemos Pinheiro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0848-3348>

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil

E-mail: gleidemlp@gmail.com

Flávia Silva Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8994-4117>

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil

E-mail: flaviameg@gmail.com

Márcio Pereira Lobo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8454-2135>

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil

E-mail: marcioplobo@gmail.com

Virgínia Paiva Figueiredo Nogueira

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7331-9715>

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: vivi.paivaf@gamil.com

Lucia Helena Penna

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9227-628X>

Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

E-mail: luciapenna@terra.com.br

Geovana Magestade da Silva Bitencourt

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8229-1985>

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil

E-mail: geovanamagestade2801@gmail.com

Lázaro Souza Santos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9884-9226>

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil

E-mail: lazaromat@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Analisar a estrutura das representações sociais de profissionais de saúde sobre doenças transmissíveis. **Metodologia:** estudo qualitativo sustentado na Teoria das Representações Sociais, em sua abordagem estrutural, composto por amostra intencional e não-probabilística de 90 profissionais de saúde. Dados coletados por questionário de evocações livres ao termo indutor doenças transmissíveis e analisados pela técnica do quadrante de quatro casas, auxílio do software Ensemble de Programmes Permettant l'analyse des Evocations 2005 e pela análise de similitude. **Resultados:** Evidenciaram uma estrutura representacional de profissionais de saúde sobre doenças transmissíveis constituída por três dimensões: individual; social e imagética, que foram gerenciadas por um núcleo central formado pelos termos DST, HIV e ignorância. As dimensões e o núcleo central desta estrutura representacional indicaram os significados como ausência práticas individuais e coletivas na prevenção e tratamento destas entidades mórbidas. **Conclusão:** A estrutura representacional identificou a necessidade das mudanças de práticas profissionais para o enfrentamento destas enfermidades no sentido de orientar novas atitudes individuais e coletivas na prevenção, promoção e reabilitação acerca das doenças transmissíveis.

Palavras-chave: Doenças transmissíveis; Pessoal de saúde; Doenças sexualmente transmissíveis.

Abstract

Objective: To analyze the structure of social representations of health professionals about communicable diseases. **Method:** qualitative study supported by the Theory of Social Representations, in its structural approach, composed of an intentional and non-probabilistic sample of 90 health professionals. Data collected by the questionnaire of free evocations to the term inducer transmissible diseases and analyzed by the technique of the quadrant of four

houses, aided by the software Ensemble of Programs Permettant l'analyse des Evocations 2005 and by the similitude analysis. Results: The results showed a representational structure of health professionals on communicable diseases consisting of three dimensions: individual; social and imagery, which were managed by a central core formed by the terms STD, HIV and ignorance. The dimensions and central core of this representational structure indicated the meanings as the absence of individual and collective practices in the prevention and treatment of these morbid entities. Conclusion: The representational structure made it possible to identify the need for changes in professional practices to face these diseases in order to guide new individual and collective attitudes in the prevention, promotion and rehabilitation of communicable diseases.

Keywords: Communicable diseases; Health personnel; Sexually transmitted diseases.

Resumen

Objetivo: Analizar la estructura de las representaciones sociales de los profesionales de la salud sobre las enfermedades transmisibles. Metodología: estudio cualitativo basado en la Teoría de las Representaciones Sociales, en su enfoque estructural, compuesto por una muestra intencional y no probabilística de 90 profesionales de la salud. Datos recogidos mediante cuestionario de evocaciones libres al término inductor de enfermedades transmisibles y analizados mediante la técnica del cuadrante de cuatro casas, con la ayuda del software Ensemble of Programs Permettant l'analyse DES Evocations 2005 y por el análisis de similitud. Resultados: Mostraron una estructura representativa de los profesionales de la salud sobre las enfermedades transmisibles, que consta de tres dimensiones: individual; social e imaginario, que fueron gestionados por un núcleo central formado por los términos ETS, VIH e ignorancia. Las dimensiones y núcleo central de esta estructura representativa indicaron los significados como la ausencia de prácticas individuales y colectivas en la prevención y tratamiento de estas entidades mórbidas. Conclusión: La estructura representativa identificó la necesidad de cambios en las prácticas profesionales para enfrentar estas enfermedades con el fin de orientar nuevas actitudes individuales y colectivas en la prevención, promoción y rehabilitación de enfermedades transmisibles.

Palabras clave: Enfermedades transmisibles; Personal de salud; Enfermedades de transmisión sexual.

1. Introdução

O termo “doença transmissível” é adotado para caracterizar doenças causadas pela transmissão através de agentes infecciosos e/ou de seus produtos tóxicos. Esta transmissão se dá por meio de um reservatório a um hospedeiro suscetível, seja esta transmissão diretamente de uma pessoa ou animal infectado, ou, indiretamente, por meio de um hospedeiro intermediário, seja este de natureza vegetal ou animal, de um vetor ou do meio ambiente inorgânico (OPAS, 2010).

No Brasil, na década de 1930, os maiores índices de morte tinham como causa as doenças transmissíveis, representado por mais de um terço dos óbitos registrados nas capitais, percentual provavelmente abaixo ao da área rural, da qual não se tem registros adequados. Com o avanço dos anos houve melhorias sanitárias, desenvolvimento de novas tecnologias, como exemplo as vacinas e os antibióticos e a ampliação do acesso aos serviços de saúde, que contribuíram significativamente para que esse cenário se modificasse. Com isso, as doenças não transmissíveis, a exemplo das doenças do aparelho circulatório, passaram a ser a liderar as causas de morte no país a partir da década de 1960. A mortalidade por doenças transmissíveis, passaram a representar o quinto grupo, nos últimos anos (Brasil, 2004).

Apesar de ter ocorrido uma significativa redução das causas de óbito devido as doenças transmissíveis no Brasil, é importante salientar que ainda há um grande impacto sobre a morbidade, marcada principalmente pelas doenças que não dispõem de mecanismos eficazes de prevenção e/ou que apresentam uma relação com causas ambientais, sociais e econômicas. O declínio do quadro de morbi-mortalidade referente as doenças transmissíveis, dá a impressão de que essas doenças estariam todas extintas ou próximas disso, porém, esse quadro não é verdadeiro nem mesmo em países mais desenvolvidos (Brasil, 2004).

Entre 1930 e 2010, a proporção de óbitos por doenças infecciosas no Brasil caiu de 50% para valores inferiores a 5%. A adição desses óbitos provavelmente faria a proporção de óbitos por doenças infecciosas aproximar-se de 10%. Já a proporção de internações hospitalares na rede do Sistema Único de Saúde – SUS vem se mantendo em torno de 9% a 10% nos últimos anos. Esses dados ilustram o processo de transição epidemiológica tardio e ainda em curso no país (Brasil, 2013).

Uma grande parte desses óbitos e dessas hospitalizações tem como causa algumas doenças infecciosas crônicas, como a tuberculose e a aids. Outra parte relaciona-se às doenças tropicais negligenciadas, como a esquistossomose, a doença de Chagas, as leishmanioses e

outras. Uma proporção deles tem como causa as doenças infecciosas agudas e com potencial epidêmico (Barreto, et.al., 2011).

Nas últimas cinco décadas, o Brasil sofreu profundas transformações, sua população mais do que dobrou, atingindo 200 milhões de habitantes, e a urbanização cresceu (hoje 83,0% de seus habitantes vivem nas cidades), além do rápido processo de envelhecimento populacional. A renda per capita e a escolaridade elevaram-se e, por sua vez, a mortalidade infantil declinou expressivamente, de 117 para 16 óbitos por 1.000 nascidos vivos. Já seu Índice de Desenvolvimento Humano é classificado atualmente como alto, situando-se em 0,755, contrastando com 0,545 em 1980 (Waldman & Sato, 2016).

Em um ambiente transformado pela ação humana a ocorrência de surtos, epidemias e pandemias são periódicas. Os fatores condicionantes em um processo de transição epidemiológica, é marcada pela redução da frequência absoluta e relativa das doenças infecciosas e a permuta pelas doenças não transmissíveis, estas, por sua vez, podem favorecer condições desencadeante para a emergência e à reemergência de doenças infecciosas (Brasil, 2013), como por exemplo, o surgimento de novas pandemias como a aids (na década de 80) e a influenza A (H1N1) em 2009, e ainda, o ressurgimento de doenças antigas como a Dengue e o surgimento de doenças desconhecidas quando surgiram em anos recentes no Brasil, como Chinkugunya e Zika Vírus (Azevedo, et. al., 2015)

A complexidade deste cenário, onde as doenças transmissíveis ainda não foram superadas em sua totalidade pela ciência e também pelos sistemas de serviços de saúde, nos condiciona a rever concepções paradigmáticas referentes ao processo do cuidar integral ao indivíduo e a coletividade, principalmente no que diz respeito aos conhecimentos socialmente elaborados pelos profissionais de saúde sobre estas enfermidades e a sua relação com as suas práticas cotidianas neste setor.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) sustenta vários trabalhos científicos na área da saúde e possibilita relacionar os saberes comuns aos estudos científicos construindo novos conhecimentos e conduzindo a novas concepções do fenômeno por ela abordado. São conhecimentos produzidos por um determinado grupo que possuem características comuns e que apresentam os significados de determinado objeto a partir do senso comum. Esta teoria é considerada como uma ciência coletiva *sui generis* e apresenta-se como um sistema de interpretação da realidade que guia as relações dos indivíduos com o seu meio físico e social. Uma representação social é entendida como “uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma orientação prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (Jodelet, 2001).

Pretende-se utilizar a TRS para compreender o pensamento social e os conhecimentos socialmente elaborados pelos profissionais de saúde sobre as doenças transmissíveis. Por isso este estudo tem por objetivo analisar a estrutura das representações sociais de profissionais de saúde acerca das doenças transmissíveis.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, exploratória, com sustentação na Teoria das Representações Sociais em sua abordagem estrutural, com intuito de analisar e discutir os significados atribuídos pelos profissionais de saúde frente às doenças transmissíveis.

Os métodos qualitativos são aqueles nos quais é importante a interpretação por parte do pesquisador com suas opiniões sobre o fenômeno em estudo. Neste tipo de pesquisa algumas características, conforme Ludke e André (2013), são: 1) A pesquisa qualitativa, em geral, ocorre no ambiente natural com coleta direta de dados e o pesquisador é o principal instrumento; 2) Os dados coletados são preferencialmente descritivos; 3) A preocupação do processo é predominante em relação à do produto; 4) O “significado” que as pessoas dão as coisas e a sua vida são focos de atenção para o pesquisador e, 5) A análise de dados e informações tende a seguir um processo indutivo (Pereira, et.al.,2018).

As abordagens qualitativas se caracterizam pela preocupação em compreender a maneira de agir e pensar das pessoas ou dos grupos e procura responder as exigências colocadas pelos fenômenos estudados. Ela pode ser aplicada em diferentes dimensões, como a vida de um grupo, suas estruturas de pensamento, suas crenças, seus códigos de conduta, seus costumes e as experiências vivenciadas no cotidiano pelas pessoas (Jodelet, 2003).

Um outro tipo de pesquisa que tem grande utilização, principalmente nas ciências sociais, é a exploratória. Há casos, porém, que não apresentam ainda um sistema de teorias e conhecimentos desenvolvidos. Nesses casos é necessário desencadear um processo de investigação que identifique a natureza do fenômeno e aponte as características essenciais das variáveis que se quer estudar. Na pesquisa exploratória não se trabalha com a relação entre variáveis, mas com o levantamento da presença das variáveis e da sua caracterização quantitativa ou qualitativa (Koche, 2011).

A amostra foi do tipo intencional, não probabilística, composta por 90 profissionais de saúde de uma população de 150, que atuam na rede de serviços de saúde no município de Jequié/BA. Os critérios de inclusão da amostra foram: (1) controle dos cargos exercidos na

instituição contemplando 30 participantes por cada um deles, a saber, enfermeiro, técnico de enfermagem e médico; (2) profissional de saúde com tempo mínimo de um ano de atuação nas instituições que desenvolvem ações no controle e tratamento das doenças transmissíveis. Os critérios de exclusão foram: profissional de saúde que não atua junto a assistência de pessoas portadoras das doenças transmissíveis e profissionais com previsão de afastamento da instituição por motivos trabalhistas.

Os dados foram coletados por meio da aplicação da técnica de evocação livre, no período de janeiro a maio de 2018, que consistiu em solicitar aos participantes que evocassem imediatamente 05 palavras ou expressões ao termo indutor “doenças transmissíveis”. As palavras ou termos foram registrados em formulário próprio na ordem em que foram mencionadas. Os participantes foram recrutados nas unidades primárias e secundárias de saúde, sendo consultados se desejavam participar. A aplicação da técnica demandou aproximadamente 15 minutos para a sua realização.

A técnica de evocações livres é considerada como uma técnica maior para coletar os elementos constitutivos do conteúdo de uma representação. Ela consiste em pedir aos participantes do estudo que, a partir de um termo indutor (normalmente, o próprio rótulo verbal que designa o objeto da representação) apresentado pelo pesquisador, digam as palavras ou expressões que lhes tenham vindo imediatamente a lembrança (Abric, 2001). Os vocábulos provenientes da técnica de evocações foram organizados em documento *word*, que constituiu o *corpus* de análise.

O tratamento dos dados se deu pelo *software* Ensemble de Programmes Permettant l'analyse des Evocations (EVOC), versão 2005, que analisa estatisticamente os dados textuais de uma rede associativa, na qual é permitido combinar a frequência de aparição de palavras evocadas com a atribuição de sua ordem de importância (Vergès, 2002). A análise foi realizada pela técnica do quadro de quatro casas com o intuito de identificar o possível núcleo central das representações sociais. A combinação desses dois critérios frequência de evocação e ordem média de evocação de cada palavra, possibilita o levantamento daquelas que mais provavelmente pertencem ao núcleo central da representação, por seu caráter prototípico, ou, por sua saliência. Na técnica, a partir da interseção da frequência média de evocação do inteiro conjunto de palavras com a média de suas respectivas ordens médias de evocação, são definidos quatro quadrantes que conferem diferentes graus de centralidade à palavras que os compõem (Vergès, 1994).

Os dados foram submetidos ainda a análise de similitude que envolve a partir de um conjunto de pares pareados ou agrupados, o cálculo de um índice de similitude entre cada par

de itens. O mais simples destes índices consiste na relação entre o número de coocorrências (número de ligações estabelecidas entre dois itens específicos) e o número de sujeitos envolvidos. Ou admite-se que dois itens serão tanto mais próximos na representação quanto um número mais elevado de sujeitos os trate da mesma maneira (Sá, 2002).

A partir da análise prototípica foram utilizados os cognemas apresentados no quadro de quatro casas para a elaboração da árvore máxima. Realizando essa operação para cada par de itens, vai se dispor da matriz de similitude para todos os itens do corpus. Para facilitar a compreensão e a interpretação de tais matrizes, constrói-se a “árvore máxima”. Trata-se de um grafo conexo sem ciclo cujos vértices são os itens do corpus e as arestas são os valores dos índices de similitude entre esses itens. O procedimento de construção da árvore máxima permite reter apenas as relações mais fortes entre os itens (Moliner, 1994).

A pesquisa obedeceu aos critérios éticos preconizados pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) em 05 de junho de 2017, com número de protocolo nº 2.113.727, sendo obtida autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Jequié, além da autorização dos participantes, expresso na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. Resultados

As variáveis sociodemográficas ao caracterizar os profissionais de saúde, demonstram a heterogeneidade do grupo no que diz respeito à formação profissional, fator este que, proporciona práticas de cuidado com visões multifacetadas essenciais para o controle das doenças transmissíveis. Os tempos de formação profissional e de atuação nas instituições de saúde permitem ao grupo de profissionais, uma construção mais significativa das representações sociais, associados a variável da faixa etária que juntos, colaboram no processo de formação da dimensão imagética e simbólica das doenças no campo da saúde. A religião, por sua vez, colabora para o posicionamento social dos profissionais diante das doenças e sua significação na realização das práticas do cuidado. Desta maneira, estas variáveis favorecem a construção dos conteúdos e estrutura das representações sociais acerca das doenças transmissíveis, apresentadas na Tabela 1 abaixo:

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos profissionais de saúde que atuam nos serviços de assistência as doenças negligenciadas segundo profissão, faixa etária, tempo de atuação, tempo de formação e religião relacionado ao sexo. Jequié/BA, 2019 (n=90).

VARIÁVEL	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Categoria Profissional						
Enfermeiro	28	93,3	02	6,7	30	33,3
Técnico de Enfermagem	29	96,6	01	3,4	30	33,3
Médico	18	60,0	12	40,0	30	33,3
Faixa etária						
≤ 36 anos	24	82,8	05	17,2	29	32,2
37 a 58 anos	49	89,1	06	10,9	55	61,1
≥ 59 anos	04	66,7	02	33,3	06	6,7
Tempo de atuação						
01 a 10 anos	57	82,6	12	17,4	69	76,7
11 a 20 anos	17	9,4	01	5,6	18	20,0
≥ 21 anos	03	100,0	00	00	03	3,3
Tempo de formação						
≤ 10 anos	32	86,5	05	13,5	37	41,1
11 a 30 anos	41	89,1	05	10,9	46	51,1
≥ 31 anos	04	57,1	03	42,9	07	7,8
Religião						
Católica	39	83,0	08	17,0	47	52,2
Evangélica	31	91,2	03	8,8	34	37,8
Espírita	05	83,3	01	16,7	06	6,7
Agnóstico	02	66,7	01	33,3	03	3,3
Total	75	83,3	15	16,7	90	100,0

Fonte: Autores (2019).

Com relação à estrutura da evocação, destaca-se que o conjunto dos sujeitos evocaram 399 palavras, sendo 136 palavras diferentes, gerando um quadro de quatro casas com uma frequência mínima de 05, frequência média de 14 e a ordem das ordens médias de 2,6. Expõe-se, a seguir, o Quadro 1 conforme o resultado elaborado pelo *software* EVOC 2005:

Quadro 1. Quadro de quatro casas ao termo indutor “doenças transmissíveis” entre profissionais de saúde. Jequié/BA, 2019 (n=90).

O.M.E. < 2,60				> 2,60		
Freq. Med.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.	Termo evocado	Freq.	O.M.E.
≥ 14	Dst	14	2,14	Cuidado	14	3,35
	Hiv	22	2,00	Hepatites	21	3,23
	Ignorância	15	2,13	Prevenção	21	2,81
				Sífilis	16	2,68
				Tratamento	14	3,42
≤ 13	Aids	06	1,50	Contato	13	2,92
	Camisinha	05	2,00	Descuido	12	3,41
	Contágio	13	1,76	Hanseníase	07	3,71
	Informação	10	2,60	Tuberculose	11	2,90
	Medo	07	1,85	Vírus	05	3,00
	Transmissão	05	2,40			

Fonte: Autores (2019).

O quadrante superior esquerdo, possível núcleo central, foi composto pelos termos DST, HIV e ignorância que determinam o sentido desta representação. No entanto, a representação social dos profissionais de saúde indica que as doenças transmissíveis estão intimamente ligadas a forma de transmissão, especialmente sexual, apesar de conhecerem outras formas de contágio.

O termo *DST*, que significa doenças sexualmente transmissíveis, sustenta esta ideia e ao mesmo tempo define a correlação com os demais termos que orientam as funções representacionais. O termo *HIV*, por seu turno, aparece com maior frequência neste quadrante indicando que ainda se constitui no imaginário dos profissionais de saúde como principal causador das doenças transmissíveis. No que diz respeito ao termo *ignorância*, acredita-se que seja uma das causas da alta prevalência e incidência das doenças transmissíveis na região, quando os indivíduos não possuem informações concretas sobre as formas de prevenção das doenças e por conseguinte, como evita-las a condição de vulnerabilidade e susceptibilidade diante destes agravos aumentam consideravelmente.

Diante dos sentidos atribuídos pelo grupo de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) ao conceito de doenças transmissíveis acredita-se que a forte ideia de correlação entre doença transmissível e DST/HIV sustenta-se em uma representação social não-autônoma, ou seja, este pensamento surge a partir de outra representação social sobre o HIV/AIDS.

Para Flament (2001) as representações sociais podem ser autônomas, isto é, possuem um sistema central bem definido, ou não. No segundo caso, remete-se a outras representações sociais. Existem casos em que algumas representações são dependentes de outras, especialmente no caso de objetos sociais novos, que são elaborados em referência a outros mais antigos. Na década anterior à aids enquadrava-se nessa situação, sendo classificada de modo semelhante a objetos como doença e flagelo social. Mas cabe lembrar que, segundo a noção de ancoragem, não há uma representação “pura”, no sentido de independente das outras (Morin & Vergès, 1992).

Numa perspectiva estrutural, foram identificados dois tipos de relações entre representações sociais: encaixe e reciprocidade. Na relação de encaixe, a representação social de um objeto dependente de outro contém o objeto hierarquicamente “superior”, de natureza normativa, como um elemento em seu sistema central. Representações “encaixadas” em outras são não-autônomas, referem-se ao mesmo tipo de valor, diferenciando-se na dimensão funcional do sistema central. A relação de reciprocidade implica duas representações em que cada um dos objetos sociais a que se referem está presente no sistema central da outra representação. Esses elementos “cruzados” são de ordem funcional, sendo os elementos normativos específicos de cada representação (Abric, 2003).

Outra possível explicação da incorporação dos termos DST/HIV/ignorância na centralidade da representação sobre doenças transmissíveis está ligado ao fato de que os profissionais de saúde, participantes desta pesquisa, quando atendem as pessoas com uma possível DST ou as que vivem com HIV encaminham para um centro de referência do município onde são realizados os atendimentos voltados para o controle, prevenção e tratamento das referidas doenças.

O município conta com um centro de referência em DST/HIV/Aids que atende as pessoas que estão em tratamento contínuo e ainda tem por finalidade capacitar os profissionais de saúde que atuam na atenção primária no intuito de adotar práticas e estratégias de prevenção às doenças transmissíveis. Portanto, a ideia da correlação entre doenças transmissíveis e esta tríade na centralidade da representação social (DST/HIV/ignorância) dá-se pelo fato da atuação cotidiana destes profissionais de saúde no enfrentamento às doenças sexualmente transmissíveis.

Neste sentido os significados evidenciados no possível núcleo central constituem uma representação social centrada no indivíduo onde a ignorância, ou seja, a falta de conhecimento da pessoa surge como a principal causa da condicionalidade e vulnerabilidade às doenças transmissíveis. Por outro lado, tem-se o sistema periférico que engloba os elementos de

contraste ao cognema ignorância, como por exemplo, *informação*, cujo significado está atribuído ao fato de que o indivíduo necessita adquirir novos conhecimentos sobre as doenças para evita-la e, por conseguinte, diminuir sua vulnerabilidade ao adotar práticas saudáveis reconhecidas por meio da informação em saúde.

A primeira periferia, no quadrante superior direito, constituiu-se de cinco termos que subdivide-se em dois grupos de significação: o primeiro formado pelo termos *cuidado, prevenção e tratamento* que remete a formação, dentro da construção do pensamento psicossocial dos profissionais de saúde, de medidas de controle das doenças transmissíveis por parte dos envolvidos neste processo (indivíduo-profissional) e por outro lado, o segundo grupo com os termos *hepatites e sífilis* significam a concretização de exemplos de doenças transmissíveis que certamente fazem parte do cotidiano e das práticas dos profissionais de saúde.

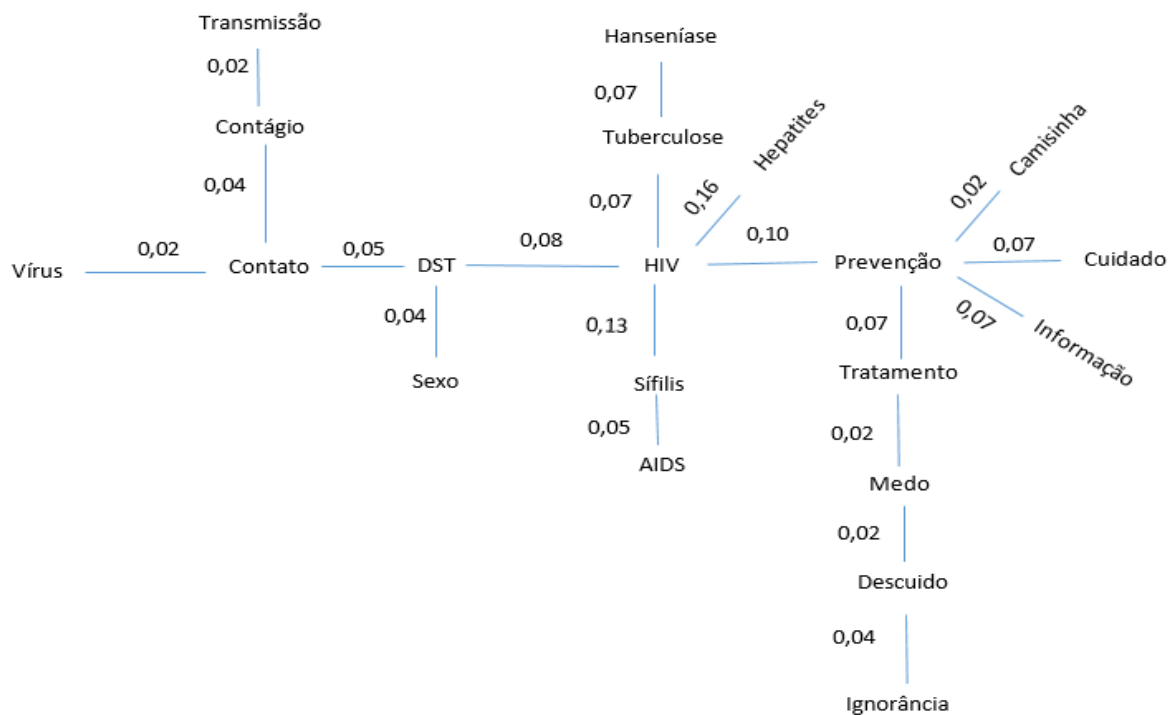
Na zona de contraste evidencia-se o termo *contágio* com maior frequência e traz a sustentação da relação com as doenças transmissíveis, ou seja, para os profissionais de saúde este tipo de doença somente acontece por conta do contágio, seja ele direto ou indireto, e ainda confirma a ideia da relação transmissibilidade-sexual produzida no núcleo central pelos termos com maior evocação. Ainda neste quadrante viu-se a relação de conformidade entre os termos *informação-ignorância* que retrata novamente a causalidade destes agravos, uma vez que a ausência da informação gera a ignorância e assim a vulnerabilidade individual e social. Por último, vale destacar neste quadrante os termos *aids e camisinha* que retratam respectivamente um tipo de doença transmissível e uma forma de prevenção enraizadas no imaginário social dos profissionais de saúde.

No quadrante inferior direito ou segunda periferia encontram-se outras doenças transmissíveis que não são intermediadas pela via sexual, *a hanseníase e a tuberculose*, indicando que no grupo de profissionais de saúde existem práticas de enfrentamento a tais doenças vivenciadas pelos mesmos. Tem-se ainda os termos *contato, descuido e vírus* que compreendem a significação da instalação doença transmissível a partir de um bioagente (o vírus); pelo descuido com as medidas de prevenção e a susceptibilidade por meio do contato com estes microrganismos, ou seja, estes termos demonstram uma sequência lógica da possibilidade do adoecimento com o envolvimento da condição biológica (presença do vírus), a vulnerabilidade individual (o descuido) que determinam por meio da transmissibilidade (contato), a instalação do agravo.

Na construção da estrutura da representação social dos profissionais de saúde sobre doenças transmissíveis realizou-se a análise de similitude por coocorrência com o objetivo de

fortalecer os termos *DST/HIV/ignorância* como possíveis constituintes do sistema central. Na Figura 1 que segue abaixo, tem-se a árvore máxima construída a partir das evocações que constituíram o quadro de quatro casas:

Figura 1. Árvore máxima de similitude por coocorrência das evocações dos profissionais de saúde ao termo indutor doenças transmissíveis – Jequié -2019 (n=90).



Fonte: Autores (2019).

Analisando a árvore máxima percebe-se que os termos *HIV e prevenção* aparecem com maior número de conexões, um total de cinco e os termos *DST e contato*, aparecem em seguida com três conexões. O maior índice de similitude, entretanto, está entre os termos *HIV-hepatites* (IS= 0,16), seguido pela ligação *HIV-sífilis* (IS= 0,13) e *HIV-prevenção* (IS= 0,10).

Estes resultados demonstram a saliência permanente do termo *HIV* e, por conseguinte, o fortalecimento de seus significados frente ao objeto doenças transmissíveis, ou seja, para os profissionais de saúde o *HIV* como um componente principal e descritivo na construção desta representação social. Apesar de não ser considerado uma doença, mas sim um bioagente causador da síndrome da imunodeficiência humana, o *HIV* assume, dentro do pensamento social, um destaque na construção da representação sobre doenças transmissíveis e isto se

justifica pelo fato de que as práticas destes profissionais de saúde estarem voltadas para o controle deste bioagente na condição individual e também coletiva.

Entende-se também, por meio destes resultados, que o termo *HIV* implica na susceptibilidade individual para outras doenças sexualmente transmissíveis como aparece na leitura da similitude como as hepatites e a sífilis. Esta correlação também se deve ao fato da ligação e do contato destes profissionais de saúde com as pessoas acometidas por tais doenças na medida em que buscam os serviços de referência ou da atenção primária onde estes profissionais atuam.

No que diz respeito ao termo *prevenção* que também possui uma forte conexão com outros elementos, entende-se que os seus significados estão atribuídos as principais estratégias de enfrentamento às doenças transmissíveis, elencando a informação, o cuidado e o uso da camisinha como medidas individuais que possibilitam a diminuição da vulnerabilidade frente a estes agravos à saúde e ainda relaciona a adesão ao tratamento como fator determinante na interrupção da cadeia de transmissão das doenças.

O termo *DST*, por sua vez, apesar de ter sido apresentado nos resultados, com uma conexão secundária, também surge como sustentação do pensamento social sobre as doenças transmissíveis como exclusivamente as doenças relacionadas a forma de transmissão sexual. Este pensamento reduz a magnitude das doenças transmissíveis e suas diversas formas de transmissão e pode diminuir o campo de atuação destes profissionais de saúde no enfrentamento de outras doenças transmissíveis, fato que possui um impacto social e epidemiológico tão preocupante quanto as doenças sexualmente transmissíveis, como a hanseníase e a tuberculose, que apesar de surgirem na estrutura do pensamento dos profissionais de saúde, parecem ocupar uma posição secundária na construção desta representação.

4. Discussão

A análise prototípica proporcionou a descrição da estrutura das representações sociais na medida em que indicou o possível núcleo central e o sistema periférico. Viu-se que o possível núcleo central composto pelos termos *DST*, *HIV* e *ignorância* orientam, regulam e dão sentido aos outros termos que compõem o quadro de quatro casas.

Para este grupo de profissionais de saúde as doenças transmissíveis estão relacionadas principalmente a forma de transmissão sexual tendo como principal agente etiológico o HIV. Esta correlação entre doença transmissível e sexo dá-se principalmente pelas características

dos participantes que atuam na assistência às pessoas que são acometidas por doenças que são transmitidas pela via sexual, ou seja, as práticas profissionais regulam o sentido da representação social tornando-a uma representação com uma dimensão voltada para as práticas sociais.

A partir destes termos que constituem o núcleo central e somando-se a análise da árvore de similitude pode-se afirmar que a estrutura representacional dos profissionais de saúde sobre as doenças transmissíveis produziu três dimensões representacionais que indicaram os significados do pensamento psicossocial deste grupo, a saber: a dimensão individual; a dimensão social e a dimensão imagética.

A dimensão individual retrata as práticas individuais de cuidado que estão relacionadas às formas de conhecimento sobre as doenças transmissíveis, como por exemplo, seus aspectos clínicos, as formas de prevenção e os possíveis tratamentos. Para os profissionais de saúde este conhecimento consensual individual pode colaborar para a construção de práticas saudáveis e, por conseguinte, na diminuição da vulnerabilidade diante destas enfermidades.

Esta dimensão individual fica clara quando temos as relações entre os cognemas cuidado e prevenção, informação e tratamento na análise de similitude. Evidenciando a relação entre as representações e as práticas, pois ao exercer o cuidado e buscar informação, a pessoa pode se prevenir e realizar um tratamento de maneira adequada.

A dimensão imagética reproduziu as doenças que fazem parte do cotidiano dos profissionais de saúde que constituiu este grupo representacional e, portanto, significa que esta dimensão apresenta as entidades mórbidas que são assistidas por estes profissionais como por exemplo, a sífilis, a aids e as hepatites, que são transmitidas sexualmente e ainda, a tuberculose e a hanseníase, transmitidas pelo ar.

A dimensão social orientada pelo termo ignorância significa que para os profissionais de saúde a população por eles assistida reduz a forma de prevenção das doenças transmissíveis ao uso da camisinha e não desenvolvem outras práticas saudáveis que poderiam colaborar para a redução da vulnerabilidade social como a busca da informação sobre os aspectos clínicos das doenças que poderiam evitar a sua instalação. O termo ignorância propõe ainda a ausência de conhecimentos por parte da sociedade sobre os determinantes sociais que implicam na produção das doenças transmissíveis.

Destaca-se a forte ancoragem do HIV ao termo indutor doenças transmissíveis. Outras doenças transmissíveis emergiram nos outros quadrantes, mas o HIV, um vírus, foi aquele que junto a DST e ignorância deram o significado a essa representação. De todo modo, a infecção

pelo HIV e o aparecimento da aids foram um grande acontecimento mundialmente em relação a doenças transmissíveis. Segundo Oliveira (2013), quando a aids teve suas representações inicialmente forjadas era uma sentença de morte, hoje trata-se de doença crônica (Suto, et.al., 2017).

Esse vírus modificou a forma de trabalho em saúde, gerando melhorias nas condições de trabalho com a implementação dos equipamentos de proteção individual, quimioprofilaxia após acidentes de trabalho, implantação da vacina para hepatite B, entre outras modificações, o que impactou e continua impactando os serviços de saúde (Villarinho & Padilha, 2014).

Os resultados mostraram as doenças transmissíveis que provavelmente são mais trabalhadas ou geram mais preocupação por parte dos profissionais são as DST. Hepatites, tuberculose e hanseníase também aparecem no estudo, mas ocupando uma evocação espontânea mais tardia, o que mostrou que os participantes precisaram pensar um pouco mais sobre outras doenças transmissíveis para fazer a evocação, HIV e as DST foram prontamente evocadas.

Certamente, a epidemia de aids gera muita preocupação aos profissionais de saúde constantemente. Possivelmente isto ocorre pelo recrudescimento da aids no Brasil, o que impulsionou o país a participar da meta 90-90-90 para diagnosticar 90% das pessoas com HIV, tratar 90% destas e fazer com que 90% das pessoas tratadas tenham carga viral indetectável com a meta para este ano de 2020, bem como a implantação das profilaxias de pré e pós exposição, entre outras medidas (Grangeiro, et.al., 2015).

5. Considerações Finais

O estudo possibilitou a análise da estrutura das representações sociais dos profissionais de saúde sobre as doenças transmissíveis na medida em que identificou-se o pensamento psicossocial deste grupo constituído pelas dimensões representacionais (individual, social e imagética) gerenciadas pelos possível núcleo central com os termos dst, hiv, ignorância.

A estrutura representacional das doenças transmissíveis proporcionou o entendimento sobre os saberes que circulam no grupo de profissionais de saúde sobre as doenças transmissíveis que refletem os seus significados como ausência de informação sobre os aspectos clínicos e formas de transmissão; a correlação das doenças transmissíveis a forma de transmissão sexual e as práticas sociais e individuais de prevenção e tratamento destas entidades mórbidas.

Pode-se afirmar que o estudo possibilitou identificar, por meio da análise da estrutura representacional, a necessidade de mudanças nas práticas dos profissionais de saúde no sentido de orientar os saberes sobre a prevenção, promoção e reabilitação das doenças transmissíveis.

Diante disso salienta-se a necessidade de desenvolver outros trabalhos científicos que possam confirmar a centralidade dos termos dst, hiv e ignorância consolidando a estrutura representacional e ao mesmo tempo contribuindo para indicar possíveis caminhos no enfrentamentos das infecções e doenças transmissíveis.

Referências

Abric, J. C. (2003). Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: Campos, P. H. F., Loureiro, M. C. S. Loureiro. Representações sociais e práticas educativas. Goiânia: UCG.

Abric, J. C. (2001) Práticas sociales y representaciones. Ciudad de México: Ediciones Coyoacán.

Azevedo, R. S. S., et. al. (2015). Risco do chikungunya para o Brasil. Rev Saúde Publica. 2015;49:58. doi:10.1590/S0034-8910.2015049006219.

Barreto, M. L., et.al. (2011). Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental contexto, policies, interventions, and research needs. Lancet London. 377(9780). Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561657>.

Campos, G. S., et. al. (2015). Zika virus outbreak, Bahia, Brazil. Emerg Infect Dis. 2015; 21(10):1885-6. doi:10.3201/eid2110.150847

Flament, C. (2001). Estrutura e dinâmica das representações sociais. In D. Jodelet (Ed.), *As representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ, p. 173-186.

Grangeiro, A. C., et.al. (2015). A re-emergência da epidemia de aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2015, 19(52), 5-8. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0038>.

Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Eduerj; 2001. 17-44.

Jodelet, D. (2003). Os métodos das ciências humanas. In: Moscovici S, Buschini F. *Olhares sobre as metodologias qualitativas*. Paris: PUF; 2003. 139-162.

Koche, J. C. (2011). Fundamentos de metodologia científica. Petrópolis: Vozes. Recuperado de <http://www.brunovivas.com/wp-content/uploads/sites/10/2018/07/K%C3%B6che-Jos%C3%A9-Carlos0D0AFundamentos-de-metodologia-cient%C3%ADfica--teoria-da0D0Aci%C3%A2ncia-e-inicia%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-pesquisa.pdf>.

Ludke, M., & Andre, M. E. D. A. (2013). Pesquisa em educação: uma abordagem qualitativa. São Paulo: E.P.U.E.

Ministério da Saúde. (2004). Situação da prevenção e controle das doenças transmissíveis no Brasil. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Recuperado de: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/saude_brasil2004_capitulo6.pdf

Ministério da Saúde. (2013). Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf

Moliner, P. (1994). L'etude experimentale des processus representattionels. Commentaire de l'article de R. Michit. *Papers on Social Representations*. 118-122.

Morin, M. & Vergès, P. (1992). Enquête sur une représentation en voie d'émancipation: le sida pour les jeunes. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*; 15, 46-75.

Oliveira, D. C. (2013). Construção e transformação das representações sociais da aids e implicações para os cuidados de saúde. *Rev Latino-Americana de Enfermagem* 2013; 21(spe):276-286. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000700034>

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (2010). Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades. Módulo 2: Saúde e doença na população. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Recuperado de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo_principios_epidemiologia_2.pdf

Pereira, A. S., et.al. (2018). Metodologia da pesquisa científica. [e-book]. Santa Maria: UAB/NTE/UFSM. Disponível em: https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/358/2019/02/Metodologia-da-Pesquisa-Científica_final.pdf.

Sá, C. P. (2002). Núcleo central das representações sociais. Petrópolis: Vozes.

Suto, C. S. S., et. al.(2017). O cuidado à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida na contemporaneidade: compreendendo o olhar de profissionais. Rev da Rede de Enfermagem do Nordeste 2017;18 (6):779-786 doi: 10.15253/2175-6783.2017000600011

Vergés, P. (2002). Ensemble de programmes permettant l'abalyse des evocatiois - Manuel. Version de 5 de abril de 2002.

Verges, P. (1994). Approche du noyau central: proprietes quantitatives et structurales. In: Guimelli C. *Structures et transformations des representations sociales*. Neuchâtel, Delachaux et Niestlé. 233-253.

Villarinho, M. V., & Padilha, M. I. (2014). Percepção da Aids pelos profissionais da saúde que vivenciaram a epidemia durante o cuidado prestado às pessoas com a doença, em Florianópolis (SC), Brasil (1986-2006). *Ciência & Saúde Coletiva* 2014, 19(6) Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.08102013>.

Waldman, E. A., & Sato, A. P. S. (2016). Trajetória das doenças infecciosas no Brasil nos últimos 50 anos: um contínuo desafio. *Rev Saúde Pública*. 50:68. Recuperado de https://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050000232.pdf

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Charles Souza Santos – 16,3%

Antonio Marcos Tosoli Gomes – 16,3%

Gleide Magali Lemos Pinheiro – 13,2%

Flávia Silva Souza – 13,2%

Márcio Pereira Lobo – 8,2%

Virgínia Paiva Figueiredo Nogueira – 8,2%

Lucia Helena Penna – 8,2%

Geovana Magestade da Silva Bitencourt – 8,2%

Lázaro Souza Santos – 8,2%