

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE HEPATITES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA UM (RE)PENSAR DA FORMAÇÃO

Luiz Fernando Rangel Tura*
Margot Campos Madeira**
Antonia Oliveira Silva***
Rosângela Gaze****
Diana Maul de Carvalho*****

RESUMO

A abordagem psico-social das hepatites virais é escassa na literatura. Este texto apresenta os resultados de uma investigação sobre as informações técnico-científicas de prevenção dessas afecções entre profissionais de saúde inscritos num curso de especialização em saúde pública, onde se utilizou a abordagem estrutural das representações sociais, realizando-se um teste de evocação livre com o termo "hepatite" e aplicando-se um questionário sobre modos de transmissão e prevenção das hepatites virais. O conjunto de profissionais (N=190) era composto por 10 categorias profissionais; idade entre 22-60 anos (com média=33,6 anos); maioria era mulheres (80%); originárias da região Sudeste (35,3%), Nordeste (27,4%), Centro-Oeste (20,5%) e Norte (16,8%). A estrutura das representações sociais de hepatite mostra um sistema central constituído por "doença" e um sistema periférico por "contágio", "saneamento", "sexo", "tratamento", "morte", "cuidado", "dieta", "tipos", "vigilância" e "repouso". Constataram-se lacunas e incorreções sobre riscos de transmissão por água contaminada, promiscuidade sexual e transfusão sanguínea. Destaca-se a contradição entre teoria e prática, o que se depreende de um enfoque fragmentado na formação dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Hepatite. Pesquisa Qualitativa. Profissional de Saúde.

INTRODUÇÃO

Segundo estimativas globais da Organização Mundial de Saúde⁽¹⁻²⁾, cerca de dois bilhões de pessoas já tiveram contato com o vírus da hepatite B (VHB), aproximadamente 350 milhões são portadores crônicos deste vírus e 170 milhões são portadores crônicos do vírus da hepatite C (VHC). No Brasil, o Ministério da Saúde calcula que pelo menos 70% da população já tiveram contato com o vírus da hepatite A (VHA) e cerca de 15%, com o VHB. A existência de casos crônicos de hepatites B e C atinge em torno de 1% e 1,5% da população brasileira, respectivamente⁽³⁾, constituindo-se em reservatórios permanentes de transmissão desta infecção. As infecções subclínicas por estes vírus podem evoluir para cronicidade e para o câncer de fígado, principalmente quando ocorrem em idades precoces, sendo que, em poucas ocasiões, esta etiologia é suspeitada. Além disso, o alto custo e a baixa eficácia da

terapêutica dos pacientes crônicos justificam o investimento em pesquisas que possam contribuir para a implementação de programas de prevenção⁽⁴⁾.

No Brasil, fatores como o alto custo do diagnóstico precoce e a ineficiência do sistema de saúde; a ausência de sintomas, mesmo em formas graves da doença (HBV e HCV); o crescimento, em ambos os sexos e diferentes faixas etárias, do número de usuários de drogas injetáveis e inaláveis; o compartilhamento de objetos cortantes (alicates de unha, lâminas de barbear etc.); a precariedade ou a inexistência de sistema de esgotos e de abastecimento de água, integram-se para a disseminação das hepatites virais (HV). Manifestações extra-hepáticas, muitas vezes mal interpretadas, constituem outros problemas que se somam na constituição desse complexo cenário. Este conjunto torna as hepatites preocupantes endemias, principalmente nas regiões mais pobres do Brasil^(3,5).

Estes dados exibem a complexidade da saúde

*Médico. Doutor. Professor da Faculdade de Medicina/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

**Educadora. Doutora. Diretora de Pesquisa da UNIFESO/RJ

***Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem/Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

****Médica epidemiologista da SESDEC-RJ. Mestre, Doutoranda em DIP/UFRJ

*****Médica. Doutora. Professora da Faculdade de Medicina/UFRJ

no Brasil⁽⁶⁾, especialmente das hepatites virais, e, apesar disso, a literatura científica é escassa no que diz respeito aos sentidos atribuídos pela população às informações sobre a etiologia, a transmissão e a prevenção das hepatites. Por outro lado, observa-se que a temática ainda é pouco veiculada pelos meios de comunicação, e, quando presente, não se caracteriza como instrumento de difusão de conhecimentos básicos, indispensáveis para o desenvolvimento de condutas preventivas. As informações que circulam são, geralmente, influenciadas por interesses do complexo médico-industrial, que utiliza a mídia para induzir determinadas condutas e fomentar reivindicações de consumo de seus produtos. No entanto, a plena efetividade de um programa voltado à prevenção e controle dessa doença está associada à mobilização dos sujeitos envolvidos, nas esferas individual e comunitária, além da garantia do acesso à tecnologia disponível para prevenção, diagnóstico e tratamento dessas infecções⁽⁷⁻⁸⁾.

Considerando-se as formas de transmissão e de prevenção, depreende-se que as características socioculturais dos diferentes grupos populacionais devem ser consideradas ao se elaborarem programas de controle das HVs. Tenha-se presente que as informações que estes programas pretendem transmitir serão apreendidas por aqueles grupos populacionais filtradas pelo que os caracteriza como tais, ou seja, por sua cultura. Logo, as informações necessárias, mesmo quando veiculadas, poderão não estar chegando, de forma efetiva, aos agentes de saúde e às populações alvo.

Diante do exposto, evidencia-se a complexidade envolvida na formulação e implementação de um programa de prevenção e controle das HVs, cuja efetividade supõe a construção de um processo permanente de discussão, avaliação e revisão de metas e estratégias que considere as características socioculturais e as necessidades das populações-alvo, para ampla mobilização social.

Representações sociais e prevenção das HVs

Nas práticas cotidianas, as hepatites virais geralmente vêm sendo associadas a afecções hepáticas inespecíficas, de reduzida gravidade, cuja cura dar-se-ia pelo uso de medicamentos de baixo custo, juntamente com remédios caseiros.

Tais práticas prendem-se a crenças que se formaram ao longo do tempo, acompanhando o esforço dos indivíduos e grupos para enfrentarem necessidades ou obstáculos do cotidiano, e se integram ao saber que, na vivência e na experiência, vai orientando as comunicações e condutas desses grupos. São, pois, de difícil mudança. Transformar estas práticas e as crenças e valores que as embasam implica na instauração de um dinamismo que garanta a circulação de novas informações concernentes ao objeto e à vivência de experiências que lhe sejam correlatas, de modo a encaminhar a constituição de novas práticas socialmente valorizadas pelas referências que marcam indivíduos e grupos em suas relações com aquele objeto.

O sentido atribuído a um dado objeto é uma construção simbólica do sujeito, que dele assim se apropria. Esta apropriação supõe a circulação de informações de diferentes ordens relativas ao objeto. Supõe também a diversidade de condições de apreensão, (des)construção, seleção (re)construção e integração do que circula. A diversidade de condições, por sua vez, define-se nas marcas da história pessoal e social do sujeito, em suas vivências, em sua cultura e no que, a seu ver, define os grupos que toma como referência nas suas relações com o objeto. Logo, os sentidos atribuídos a um dado objeto supõem a cultura que caracteriza o sujeito em suas relações e práticas sociais grupais e podem ser modificar, desde que os referentes que os constroem e articulam sejam mobilizados, efetivamente, nos processos de apropriação de novas informações. Há que conhecer, portanto, os destinatários das informações naquilo que os caracteriza em sua cultura, para que possam ser negociadas formas pertinentes de comunicação e de mobilização. As informações não são apropriadas mecanicamente; são filtradas pelos valores, símbolos e modelos que caracterizam pertencas e referências dos sujeitos e, uma vez reconstruídas, naturalizam-se, passando a orientar suas comunicações e práticas do cotidiano⁽⁹⁾. Assim sendo, identifica-se a importância do profissional de saúde como ator estratégico no processo de construção e veiculação de informações necessárias para o desenvolvimento de condutas de prevenção e controle das HVs.

Neste contexto argumentativo, insere-se a teoria das representações sociais na tradição iniciada por Moscovici. Tendo-se em vista as proposições deste autor, considera-se que as representações sociais organizam-se como um saber prático ou do senso comum, uma forma de conhecimento específico que, estando intimamente enraizada às experiências socialmente compartilhadas, orienta as comunicações e condutas cotidianas dos indivíduos entre si e com os outros⁽¹⁰⁾.

De forma progressiva, a teoria das representações sociais vem despertando interesse crescente em diversas áreas do conhecimento, principalmente naquelas voltadas para a formulação e concretização de políticas sociais⁽¹¹⁻¹²⁾. Os estudos assinalam que a diversidade de experiências, os tempos e espaços diferentes, as culturas, em sua pluralidade e especificidade articulam-se e se integram na definição, formulação e implementação de políticas, nas intervenções, nas condições de adesão ou de rejeição de diferentes indivíduos e grupos às propostas apresentadas.

Neste trabalho pretende-se, com o apoio da teoria das representações sociais, analisar as informações e compreender as atitudes e práticas de risco e de prevenção das HVs entre profissionais de saúde, com o intuito de criar condições de apoio a estratégias de planejamento de intervenções que visem ao controle dessas infecções.

METODOLOGIA

Utilizando-se como fundamentação teórico-metodológica a abordagem estrutural das representações sociais, foi realizado um teste de evocação livre de palavras e um questionário para caracterizar os conhecimentos relativos às HV e crenças, normas, atitudes e práticas de prevenção destas infecções indicadas por profissionais de saúde matriculados em um curso de pós-graduação em Saúde Pública, nas regiões Centro-Oeste, Nordeste, Norte e Sudeste do Brasil, no período de 2003 a 2004.

O teste de evocação livre de palavras tem sido recomendado como uma das principais estratégias para a caracterização da estrutura e organização de uma representação⁽¹³⁻¹⁴⁾. Na realização desse teste foram seguidas as etapas

sugeridas por Madeira, Tura e Gaze (2003)⁽¹⁵⁾, e usada a seguinte frase indutora: “Quais as quatro primeiras palavras que passam em sua cabeça quando ouve falar hepatite?” Em seguida, foi solicitado que assinalassem as duas palavras, entre as citadas, que considerassem como as mais importantes. O material obtido foi analisado segundo a frequência e a ordem de evocação de cada palavra, segundo estratégia preconizada por Vergès para o conhecimento da estrutura do objeto investigado⁽¹⁴⁾. Esta tarefa foi proposta aos profissionais presentes na primeira aula do módulo Programas de Saúde deste curso, seguindo-se a aplicação do questionário.

Em um segundo momento, após a análise inicial das evocações, em outra aula, para complementar o teste anterior, foi realizado um teste de dupla negação para confirmar o valor simbólico das evocações realizadas, conforme recomendação de Abric (2003)⁽¹³⁾ e Sá (1996)⁽¹⁴⁾. Em seguida foi realizada a análise de similitude⁽¹⁶⁾ do material evocado para se verificar a organização da representação estudada. As respostas às perguntas abertas tiveram seu conteúdo tratado pela análise categorial temática⁽¹⁷⁾.

A participação foi voluntária, garantindo-se a todos o anonimato; e do universo de 225 profissionais matriculados, 190 (80,44%) realizaram as tarefas solicitadas.

Fez-se uso de um gerenciador de banco de dados MySQL para armazenar, tabular e encaminhar o tratamento dos dados. De posse deste recurso, estabeleceu-se a distribuição do material em subconjuntos organizados a partir de suas identidades e especificidades. Com isto, pôde-se encaminhar uma análise comparativa intra- e intergrupos para apreender e explorar proximidades e diferenças e construir uma análise integral do grupo pesquisado, procurando articular como se enraizavam e organizavam os sentidos atribuídos às HVs. Sempre que houve necessidade de se verificar a significância estatística de determinada relação, foi utilizado o teste de proporção contra uma proporção fixa de 50% de acertos⁽¹⁸⁾. Todos estes valores foram considerados estatisticamente significativos, quando comparados com a percentagem de respostas certas esperadas para profissionais de saúde se “ $p < 0,05$ ”.

Esta investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos –

Processo nº. 06/2005 - do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O conjunto estudado tinha um perfil multiprofissional, sendo as cinco profissões mais freqüentes as de: enfermeiro (55), dentista (55) médico (14), farmacêutico (11) e assistente social (10), o que corresponde a 70% do total. No conjunto, a idade variava entre 22 e 60 anos, com média de 33,6 anos, sendo a maioria do sexo feminino (80%); quanto à origem dos sujeitos, 35,3% eram do Sudeste, 27,4% do Nordeste, 20,5% do Centro-Oeste e 16,8% do Norte.

Como condição para o estudo dos sentidos atribuídos a um objeto, necessário se faz apreender e explorar as informações de diferentes ordens que, a seu respeito, circulam nos espaços sociais de referência ou de pertença dos sujeitos. Assim, numa primeira aproximação, procurou-se caracterizar não apenas as informações, mas também as noções e pré-noções sobre os fatores de risco para a transmissão das HVs.

Deste modo, foi possível verificar que 63,7% do grupo indicavam a água contaminada como fator de risco para o VHA, 18,4% para o VHB ou VHC e 17,9% para o VHA, VHB e VHC. Quanto à possibilidade de transmissão decorrente de promiscuidade sexual, 23,7% a relacionaram com o VHB, 9,5% com o VHC, 43,2% com os VHB e VHC, 1,6% com o VHA e 11,5% com os VHA, VHB e VHC. O risco de transmissão via transfusão sanguínea foi indicado por uma proporção de 52,6% como relacionado aos VHBs e VHCs; no entanto, cerca de 12,1% e 11,6% fizeram a indicação somente para o VHB ou VHC, respectivamente. Vale o registro de que 12,6% indicaram a relação com os VHAs, VHBs e VHCs e que um pequeno grupo (2,6%) associou a transfusão de sangue à transmissão do VHA.

Diante destes resultados, incongruentes com o esperado de profissionais com formação em saúde, resolveu-se estratificar os sujeitos em dois subgrupos, usando-se como parâmetros a formação e a prática profissionais. O primeiro era composto por dentistas, enfermeiros e médicos (DEM), mais diretamente expostos aos

riscos de contaminação pela prática profissional, e o outro, pelo conjunto dos demais profissionais (DPS). Considerando-se, então, o primeiro subgrupo (DEM), constatou-se que uma proporção de 66,9% indicou água contaminada como risco para o HVA, 22,7% a promiscuidade sexual para o HVB e 55,8% a transfusão de sangue para os HVB e HVC. No grupo dos demais profissionais (DPS), cerca de 50% indicaram a água contaminada como risco para VHA, 27,8% associaram a promiscuidade sexual ao risco de VHB e 38,96% relacionaram transfusão de sangue e VHC.

A incorreção ou inexatidão destes resultados dá indícios de possíveis contradições nas práticas de prevenção das HVs destes profissionais e, conseqüentemente, na consistência de suas intervenções na atenção à saúde da população-alvo. Sem pretender estabelecer causalidades lineares, o que implicaria na simplificação de problemática complexa, cumpre destacar que indícios de tais distorções ou deslocamentos foram também constatados em estudos anteriores com estudantes⁽¹⁹⁾, com professores do Ensino Fundamental⁽¹⁵⁾, com a população em geral⁽²⁰⁾ e com médicos residentes em atenção primária⁽²¹⁾. Tal constatação sugere que as informações relativas às HVs estão sendo filtradas por crenças e valores arraigados na cultura desses grupos, que as naturalizam numa similaridade com outras afecções, efetivamente diversas. Na dinâmica destes indícios, justifica-se a importância da identificação da estrutura das representações sociais da HV como caminho necessário para que se apreenderem os possíveis referentes das relações estabelecidas.

O material obtido no teste de evocação livre de palavras com o termo "hepatite" foi estudado conjugando-se a análise da freqüência dos elementos evocados e a da ordem média de evocação, considerando-se, dessa maneira, as dimensões individual e coletiva envolvidas⁽¹⁴⁾. O tratamento deste "corpus" permitiu verificar que foram realizadas 737 evocações com 68 palavras diferentes, com uma média de 3,88 evocações por sujeito. Ante o fato de o tamanho da amostra e da média de freqüência de evocações por palavra ser igual a 10,84, decidiu-se considerar para análise somente as evocações com freqüência igual ou superior a 10, o que significa 84,9% do material.

Assim sendo, os dez elementos mais freqüentes - doença (84), prevenção (44), vacina

(39), fígado (37), sangue (33), icterícia (32), transmissão (32), contágio (28), contaminação (27) e amarelão (26) - correspondem a 51,8% do total do material.

Os elementos que apresentaram atributos de centralidade, ou seja, maior frequência e evocação mais imediata, foram doença e vacina. Os que se caracterizaram como componentes do sistema periférico, por conjugarem menores frequências e maiores ordens médias de evocação, foram contágio, saneamento, sexo, tratamento, morte, cuidado, dieta, tipos, vigilância e repouso.

Como recomenda Abric (2003)⁽¹³⁾, o passo seguinte no estudo deste material foi buscar a confirmação da possível composição do sistema central. Para tanto, realizou-se um teste de dupla negação⁽¹⁴⁾ visando verificar a pertinência de doença e vacina como elementos centrais. Os resultados confirmaram o valor simbólico, portanto, a centralidade somente do primeiro elemento (doença 83,3%).

Seguindo a mesma postura de aprofundamento gradativo, voltou-se aos dois estratos anteriormente definidos, DEM e DPS, para verificar a possibilidade de diferenças na estrutura da representação. Para os dois subgrupos, doença é o elemento central. No que concerne ao sistema periférico, no entanto, foram detectadas diferenças: o subgrupo DEM reproduz a cadeia de fatores de risco das HVs e subtrai os elementos relacionados ao tratamento dessas afecções, ainda que sejam estes sujeitos os profissionais mais diretamente ligados a tal atividade. Ratificam-se, assim, indícios da presença de dicotomias entre discurso e prática. Quanto ao subgrupo DPS, além de ter sido possível constatar a preocupação com a cadeia de fatores de risco das HVs, detectou-se também a evidência de elementos correlatos a

tratamento. Tal achado pode estar relacionado à composição ocupacional deste grupo - assistentes sociais, psicólogos, farmacêuticos entre outros - profissionais mais envolvidos com as dificuldades apresentadas pelos doentes em relação à concretização da terapêutica prescrita. Observa-se, ainda, a incidência do elemento dieta, o que pode ser indício da presença de noções arraigadas no senso comum ou de conhecimentos desatualizados sobre o assunto (Quadro 1).

O sistema central, na medida em que espelha a memória do grupo, o que nela está arraigado concernente ao objeto, o que para o grupo permite situá-lo nas redes de sentidos socialmente circulantes, dá indícios - nesse caso, tratando-se de profissionais de saúde - da tautologia de uma construção inconsistente com o discurso científico de que estes profissionais são tidos como detentores. A evocação de doença e, mais ainda, sua caracterização como único componente do sistema central é incongruente com a formação destes profissionais, pois o termo é vago, genérico, constituindo-se, mesmo, como um lugar-comum para profissionais de saúde.

Ao se considerar a composição do sistema periférico tem-se a presença de três subconjuntos complementares, que espelham reconstruções dos discursos científicos circulantes nos espaços destes profissionais, ora enfatizando a prevenção ou o tratamento das HVs, ora aludindo a noções gerais acerca de doenças. Considerando-se as funções de proteção da estabilidade do que é central e de facilitação das comunicações cotidianas, próprias ao sistema periférico, verifica-se que esses subconjuntos têm como referentes ora aspectos da patologia, ora aspectos da prevenção.

| Subgrupo DEM | | | | | | | Subgrupo DPS | | | | | | |
|--------------|--------------|----|-------|------------|----|-------|--------------|-------------|----|-------|--------------|----|-------|
| ome < 2,5 | | | | ome >= 2,5 | | | ome < 2,5 | | | | ome >= 2,5 | | |
| f | Elementos | f | ome | Elementos | f | Ome | f | Elementos | f | ome | Elementos | f | ome |
| >= 37 | Doença | 54 | 1,889 | | | | >= 23 | Doença | 35 | 1,914 | | | |
| < 37 | Transmissão | 22 | 2,364 | Vacina | 31 | 2,516 | < 23 | Fígado | 19 | 1,842 | Dieta | 15 | 3,067 |
| | Icterícia | 19 | 1,632 | Prevenção | 30 | 2,933 | | Amarelão | 17 | 2,294 | Sangue | 14 | 2,714 |
| | Contaminação | 18 | 2,111 | Sangue | 19 | 2,684 | | Icterícia | 13 | 2,385 | Tratamento | 14 | 3,000 |
| | Fígado | 18 | 2,333 | Contágio | 18 | 2,778 | | Medo | 11 | 2,385 | Prevenção | 14 | 3,071 |
| | Risco | 14 | 2,214 | Saneamento | 14 | 2,714 | | Contágio | 11 | 2,455 | Sexo | 13 | 2,692 |
| | Medo | 14 | 2,286 | Morte | 14 | 2,786 | | Transmissão | 10 | 2,100 | Saneamento | 11 | 2,636 |
| | Complicações | 14 | 2,357 | Cuidado | 12 | 2,750 | | Vacina | 8 | 2,125 | Contaminação | 10 | 2,600 |
| | Vírus | 12 | 2,167 | Sexo | 11 | 2,727 | | | | | Risco | 6 | 2,667 |
| | | | | | | | | | | | Morte | 6 | 3,167 |

Quadro 1. Comparação da análise das evocações de hepatite

É importante assinalar que análise de conteúdo das questões abertas relativas às concepções acerca de saúde e doença destes profissionais deixa entrever alguns vieses em articulações de temas, o que pode interferir de modo negativo na efetividade das prescrições feitas aos clientes. Por exemplo, ao assimilarem a crença de que o compartilhamento de talheres com doentes de hepatite A pode transmitir esta doença, esses profissionais podem efetuar recomendações que criem constrangimentos desnecessários e passar a idéia ilusória de proteção mascarando outros comportamentos domiciliares de risco para a transmissão da hepatite A, como o manuseio de fraldas usadas contaminadas.

O próximo passo consistiu na realização do estudo da organização das representações, o que possibilitou que fossem exploradas as relações entre os diversos elementos e, em conseqüência, os conjuntos que modelam os sentidos do objeto⁽¹⁶⁾. Os elementos centrais, por serem estruturantes e geradores de sentido, estabelecem conexões com os componentes do sistema periférico⁽¹⁴⁾. Neste estudo, para a realização da análise de similitude foi utilizado um índice de contingência baseado no número de co-ocorrências observadas⁽¹⁴⁾.

Na árvore máxima de similitude da amostra total pode ser constatado que o elemento doença, por seu valor simbólico, constitui-se como o centro de uma formação estelar realizando a conexão de 16 elementos. Estes elementos

estruturam pelo menos três dimensões do objeto em estudo: fisiopatológica (icterícia, fígado, vírus, morte, sangue, transmissão, contaminação, contágio), preventiva (prevenção, vacina, risco, vigilância, cuidado) e terapêutica (tratamento, complicação).

Vale registrar uma quarta dimensão, a psicossocial, composta pelos elementos medo e contágio. Observa-se, também, a existência de um circuito formado por doença, sangue, sexo, biossegurança, contágio e vacina, e de um triângulo formado por doença, vacina e contágio, estruturas que englobam variáveis importantes no enfrentamento dessas infecções (Figura 1).

Na árvore máxima de similitude correspondente ao subgrupo DEM, verifica-se que a doença mantém seu poder de conexidade, organizando uma estrela com seis elementos; o contágio, por sua vez, organiza outra estrela, com cinco elementos. Pode ser observada, ainda, a existência de três triângulos: doença, icterícia e sangue; contágio, sangue e saneamento; doença, contágio e sangue. Assinala-se que biossegurança, risco e complicações formam um grafo à parte (Figura 2).

Para o subgrupo DPS, a árvore máxima de similitude mostra dois circuitos, um com doença organizando oito elementos e outro com amarelão organizando seis elementos, e um triângulo formado por doença, tipos e tratamento. Deve-se registrar que, para este subgrupo, saneamento e higiene formam um grafo à parte (Figura 3).



Figura 1. Árvore máxima de similitude: total da amostra

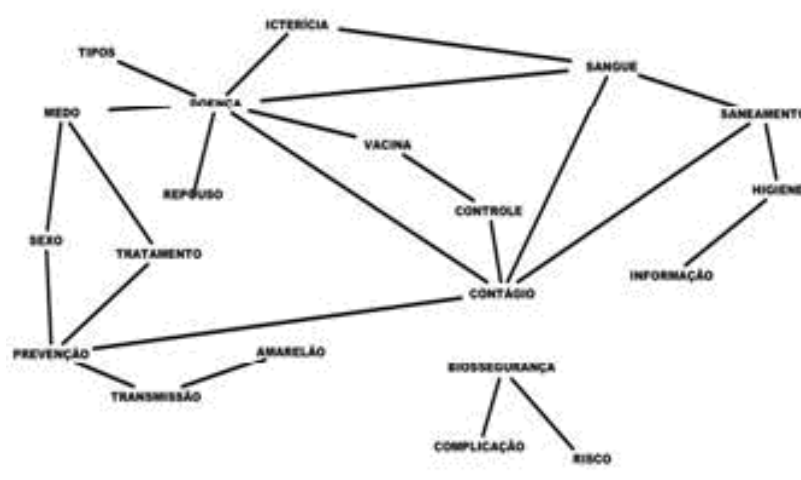


Figura 2. Árvore máxima de similitude: subgrupo DEM

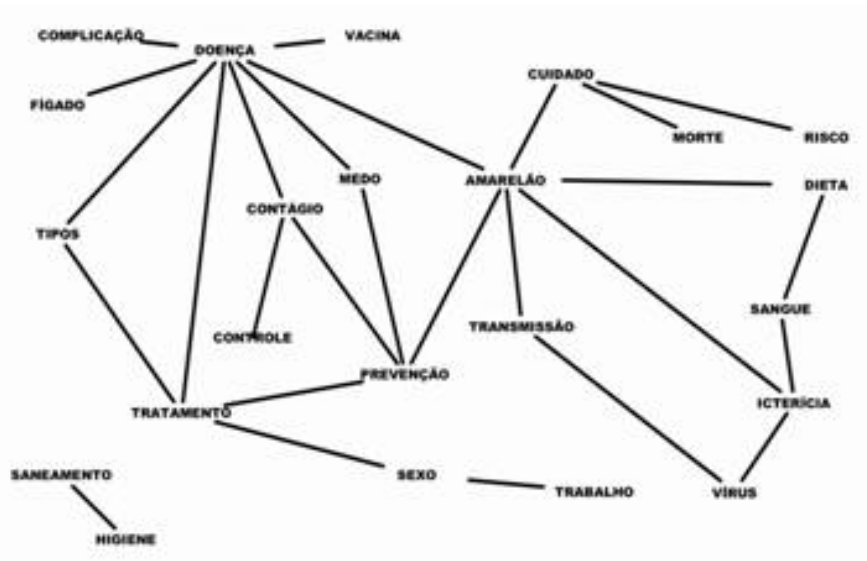


Figura 3. Árvore máxima de similitude: subgrupo DPS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preocupação assinalada em relação às práticas de prevenção das HV e às intervenções na atenção à saúde, associada à incidência de incorreções ou inexistências nos conhecimentos relativos a estas infecções por parte dos sujeitos dessa investigação, leva a questionar fortemente a possível contradição entre a teoria e a prática na formação e no cotidiano dos profissionais de saúde. A força de tal questionamento apóia-se na apreensão, no material analisado nesta pesquisa, de indícios fortes relativos a uma visão

fragmentada do indivíduo envolvido no processo assistencial, inviabilizando, assim, o trabalho da equipe de saúde.

Num sentido mais amplo, as constatações deste estudo podem contribuir para um (re)pensar da formação dos profissionais de saúde; um (re)pensar que ultrapasse a dicotomia entre informação e formação, o isolamento de saberes, a cristalização de práticas; um (re)pensar que afirme a complexidade dos indivíduos e de suas relações constitutivas, nos grupos a que pertencem ou que tomam como referência nas (inter)ações do cotidiano; um repensar que assuma a urgência da articulação

necessária entre os diferentes campos do conhecimento científico e o dinamismo complexo pelo qual os indivíduos em suas relações grupais constroem espaços sociais e simbólicos, ao articularem tempos, espaços e vínculos na definição de si, do(s) outro(s) e do(s) objeto(s) no campo da cultura.

Objetivando dar um salto de qualidade na reorganização da assistência, este estudo pode subsidiar a educação permanente em saúde, ao evidenciar as lacunas de conhecimento e as atitudes e práticas acerca desses agravos como parte da estrutura explicativa dos problemas identificados na rotina dos serviços.

SOCIAL REPRESENTATIONS ON HEPATITIS AND HEALTH PROFESSIONALS: CONTRIBUTIONS TO (RE)THINK THE FORMATION

ABSTRACT

The psycho-social approach of viral hepatitis studies is scarce in the literature. This paper presents results of an investigation related to the scientific information of health professionals on the prevention of these diseases. The professionals were enrolled in a Public Health specialization program. A structural approach of the social representations was used applying evocation tests with the word "hepatitis" and a questionnaire containing questions about the mechanisms of transmission and the prevention of viral hepatitis. Subjects (N=190) were from 10 professional categories; aged 22-60 years (mean=33.6 years); 80% were women; 35.3% from the Southeast of Brazil, 27.4% Northeast, 20.5% Center-West and 16.8% North. Structure of the social representations of hepatitis: central system consisting of "illness" and peripheral system of "contagion", "sanitation", "sex", "treatment", "death", "care", "diet", "types", "monitoring" and "rest". Gaps and incorrect information were evidenced on risks of transmission for contaminated water, sexual promiscuity and blood transfusion. There is evidence of contradiction between theory and practice, inferred as a result of a fragmentary view in the education of health professionals.

Key words: Hepatitis. Qualitative Research. Health Personnel.

REPRESENTACIONES SOCIALES DE HEPATITIS Y PROFESIONALES DE SALUD: CONTRIBUCIÓN PARA UN (RE)PENSAR DE LA FORMACIÓN

RESUMEN

El abordaje psicosocial de las hepatitis virales es escaso en la literatura. Este texto presenta los resultados de una investigación relacionada con las informaciones técnico-científicas sobre la prevención de esas afecciones entre profesionales de salud matriculados en un curso de especialización en salud pública, donde se utilizó un abordaje estructural de las representaciones sociales, realizándose un test de evocación libre con la palabra "hepatitis", y un cuestionario sobre los mecanismos de transmisión y prevención de las hepatitis virales. El conjunto de profesionales (N=190) era compuesto por 10 categorías profesionales; edad entre 22-60 años (promedio=33,6 años); el 80% eran mujeres; originarias de la región Sudeste (35,3%), Nordeste (27,4%), Centro-Oeste (20,5%) y Norte (16,8%). La estructura de las representaciones sociales de la hepatitis muestra un sistema central constituido por "enfermedad" y un sistema periférico por "contagio", "saneamiento", "sexo", "tratamiento", "muerte", "cuidado", "dieta", "tipos", "vigilancia" y "reposo". Constataron fallas e informaciones incorrectas sobre riesgos de transmisión por agua contaminada, promiscuidad sexual y transfusión de sangre. Se destaca la contradicción entre teoría y práctica, que se desprende de un enfoque fragmentado en la formación de los profesionales de salud.

Palabras clave: Hepatitis. Investigación Cualitativa. Personal de Salud.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. *Hepatitis B*. Fact Sheet [serial on the Internet]. 2000 Oct [cited 2004 Jul 14]; (204). Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>
2. World Health Organization. *Hepatitis C*. 2000b Fact Sheet [serial on the Internet]. 2000 Oct [cited 2004 Jul 14]; (164). Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>
3. Ministério da Saúde. Hepatites Virais: o Brasil está atento. Brasília (DF); 2003.
4. Steinke DT, Weston TL, Morris AD, MacDonald TM, Dillon JF. Epidemiology and economic burden of viral hepatitis: an observational population based study. *Gut*. 2002;50(1):100-5.
5. Ferreira CT, Silveira TR. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. *Rev Bras Epidemiol*. 2004;7(4):473-87.
6. Meirelles BHS, Erdmann AL. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. *Cienc cuid saude*. 2006;(1):67-74.
7. Castelo A, Pessoa MG, Barreto TCBB, Alves MRD, Araújo DV. Estimativas de custo da hepatite crônica B no

- sistema único de saúde Brasileiro em 2005. Rev Assoc Med Bras. 2007;53(6):486-91.
8. Gaze R; Carvalho DM; Tura LFR. Informação de profissionais de saúde sobre transmissão transfusional de hepatites virais. Rev Saúde Pública. 2006;40(5):859-64.
9. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003.
10. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D. As representações sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2001. p. 17-44.
11. Bursztyn I, Tura LFR. Avaliação em saúde: notas para análise de possíveis interfaces. In: Moreira ASP, editor. Representações sociais: teoria e prática. João Pessoa: Editora Universitária; 2001. p. 89-102.
12. Camargo BV, Barbará A. Efeitos de Panfletos Informativos sobre a Aids em Adolescentes. Psicologia: teoria e pesquisa. 2004;20(3):279-87.
13. Abric JC. L'analyse structurale des représentations sociales. In: Moscovici S, Buschini F, editors. Les méthodes des sciences humaines. Paris: PUF ; 2003. p. 375-92.
14. Sá CP. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis: Vozes; 1996.
15. Madeira MC, Tura LFR, Gaze R. Diversidade cultural e práticas educativas de prevenção: representações sociais das hepatites. In: Moreira ASP, Jesuino JC, editores. Representações sociais: teoria e prática. 2a ed. João Pessoa: Editora Universitária-UFPB; 2003. p. 463-80.
16. Bouriche B. L'analyse de similitude. In: Abric JC, editor. Méthodes d'étude des représentations sociales. Saint-Agne: Éditions Érès; 2003. p. 221-52.
17. Bardin L. L'analyse de contenu et de la forme des communications. In: Moscovici S, Buschini F, editors. Les méthodes des sciences humaines. Paris: PUF ; 2003. p. 243-70.
18. Armitage P, Berry G. Statistical methods in medical research. 3rd ed. London: Blackwell Science; 1994.
19. Lindsay JS, Rosenthal DA. Uncertain knowledge: a national survey of high school students' knowledge and beliefs about hepatitis C. Aust N Z J Public Health. 1999;23(2):135-9.
20. Setbon M. La société face l'hepatite C - connaissances, représentations, action publique. Transfus Clin Biol. 1997;4(3):29-38.
21. Coppola AG, Karakousis PC, Metz DC, Go MF, Mhokashi M, Howden CW et al. Hepatitis C knowledge among primary care residents: is our teaching adequate for the times? Am J Gastroenterol. 2004;(99):1720-5.

Endereço para correspondência: Luiz Fernando Rangel Tura. Rua Belisário Távora, 211/304. Rio de Janeiro – RJ. CEP: 22245-070. E-mail: ltura@cetroin.com.br

Recebido em: 20/07/2007
Aprovado em: 02/04/2008