

## **A dimensão conceitual das representações sociais dos profissionais de saúde sobre as doenças negligenciadas**

**The conceptual dimension of social representations of healthcare professionals on neglected diseases**

**La dimensión conceptual de las representaciones sociales de los profesionales de la salud sobre las enfermedades descuidadas**

Recebido: 22/08/2021 | Revisado: 31/08/2021 | Aceito: 02/09/2021 | Publicado: 04/09/2021

### **Charles Souza Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5071-0359>  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil  
E-mail: charlesss@uesb.edu.br

### **Antônio Marcos Tosoli Gomes**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4235-9647>  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil  
E-mail: mtosoli@gmail.com

### **Alba Benemérita Alves Vilela**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2110-1751>  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil  
E-mail: albavilela@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

### **Luiz Carlos Moraes França**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6370-115X>  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil  
E-mail: lcmoraesfranca@hotmail.com

### **Virgínia Paiva Figueiredo Nogueira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7331-9715>  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil  
E-mail: virginiafigueiredo@yahoo.com.br

### **Resumo**

**Objetivo:** Analisar a dimensão conceitual das representações sociais das doenças negligenciadas para profissionais de saúde. **Método:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, apoiado na Teoria das Representações Sociais, desenvolvido em unidades de atenção primária e secundária de um município do interior da Bahia, Brasil, com profissionais de saúde. Os dados foram coletados por meio da entrevista em profundidade e submetidos a análise lexical através do *software* IRAMUTEQ. **Resultados:** Os profissionais de saúde foram distribuídos em três categorias: enfermeiros (09); técnicos de enfermagem (09) e médicos (09); em sua maioria 85,5%, do sexo feminino, com idade variando de 26 a 69 anos. O estudo concentra-se na discussão do eixo 1 denominado Conceitos, Saberes e Contextos das Doenças Negligenciadas. **Discussão:** O conteúdo das representações sociais dos profissionais de saúde sobre as doenças negligenciadas constitui uma dimensão conceitual que abrangeu conceitos, características e causas destas enfermidades, sustentando a ideia de contágio e transmissibilidade destas enfermidades fortalecendo o negligenciamento, o preconceito e falta de interesse desde o individual até a coletividade enraizando a cultura do descaso as populações de maior vulnerabilidade social. **Conclusão:** A dimensão conceitual das representações sociais dos profissionais de saúde sobre doenças negligenciadas proporcionou a construção de suas definições e causas intimamente ligadas as condições sociais, as percepções individuais e as práticas governamentais que juntos compõe uma base estruturada sobre a perpetuação destas enfermidades, incluindo as fragilidades sociais, como a ausência de conhecimentos básicos de hábitos saudáveis, o descaso social, tanto da equipe de saúde como dos gestores.

**Palavras-chave:** Doenças negligenciadas; Pessoal de saúde; Enfermagem em saúde pública; Pesquisa qualitativa.

### **Abstract**

**Objective:** To analyze the conceptual dimension of social representations of neglected diseases for health professionals. **Method:** This is a study with a qualitative approach, supported by the Theory of Social Representations, developed in primary and secondary care units in a municipality in the interior of Bahia, Brazil, with health

professionals. Data were collected through in-depth interviews and submitted to lexical analysis using the IRAMUTEQ software. Results: Health professionals were divided into three categories: nurses (09); nursing technicians (09) and doctors (09); mostly 85.5% were female, aged between 26 and 69 years. The study focuses on the discussion of axis 1 called Concepts, Knowledge and Contexts of Neglected Diseases. Discussion: The content of health professionals' social representations about neglected diseases constitutes a conceptual dimension that encompassed concepts, characteristics and causes of these diseases, supporting the idea of contagion and transmissibility of these diseases, strengthening neglect, prejudice and lack of interest since the individual to the collective rooting the culture of neglect the populations with greater social vulnerability. Conclusion: The conceptual dimension of the social representations of health professionals about neglected diseases provided the construction of their definitions and causes closely linked to social conditions, individual perceptions and government practices that together make up a structured base on the perpetuation of these diseases, including social weaknesses, such as the lack of basic knowledge of healthy habits, social neglect, both of the health team and managers.

**Keywords:** Neglected diseases; Health personnel; Public health nursing; Qualitative research.

### Resumen

**Objetivo:** Analizar la dimensión conceptual de las representaciones sociales de las enfermedades desatendidas para los profesionales de la salud. **Método:** Se trata de un estudio con enfoque cualitativo, apoyado en la Teoría de las Representaciones Sociales, desarrollado en unidades de atención primaria y secundaria de un municipio del interior de Bahía, Brasil, con profesionales de la salud. Los datos se recopilaron mediante entrevistas en profundidad y se sometieron a análisis léxico mediante el software IRAMUTEQ. **Resultados:** los profesionales de la salud se dividieron en tres categorías: enfermeras (09); técnicos de enfermería (09) y médicos (09); en su mayoría, el 85,5% eran mujeres, con edades comprendidas entre los 26 y los 69 años. El estudio se centra en la discusión del eje 1 denominado Conceptos, conocimientos y contextos de las enfermedades desatendidas. **Discusión:** El contenido de las representaciones sociales de los profesionales de la salud sobre las enfermedades desatendidas constituye una dimensión conceptual que engloba conceptos, características y causas de estas enfermedades, apoyando la idea de contagio y transmisibilidad de estas enfermedades, fortaleciendo el abandono, el prejuicio y el desinterés desde del individuo al colectivo arraigando la cultura del descuido a las poblaciones con mayor vulnerabilidad social. **Conclusión:** La dimensión conceptual de las representaciones sociales de los profesionales de la salud sobre las enfermedades desatendidas brindó la construcción de sus definiciones y causas estrechamente vinculadas a las condiciones sociales, las percepciones individuales y las prácticas gubernamentales que en conjunto conforman una base estructurada sobre la perpetuación de estas enfermedades, incluidas las sociales. debilidades, como la falta de conocimientos básicos sobre hábitos saludables, el abandono social, tanto del equipo de salud como de los gestores.

**Palabras clave:** Enfermedades desatendidas; Personal sanitario; Enfermería en salud pública; Investigación cualitativa.

## 1. Introdução

As Doenças Negligenciadas ainda que impactem fortemente nas condições de saúde e receberam historicamente insuficiente atenção de países e agendas internacionais. Muitas são letais ou tem consequências incapacitantes, o que acarreta no comprometimento da dinâmica familiar e social; oneram os sistemas de saúde dos países já economicamente desfavorecidos, e impactam na capacidade produtiva de sua população, formando um ciclo vicioso de elevada repercussão no desenvolvimento humano. Por serem doenças mais circunscritas a populações já desfavorecidas, agudizam a exclusão social, reforçam estigmas historicamente tramados e diminuem as perspectivas futuras de gerações (Morel, 2006; Medicines Sans Frontieres, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) apresenta um conjunto de resultados das políticas globais ao longo dos últimos anos, apontando avanços obtidos e desafios que persistem, sendo reiteradas questões como a vinculação das doenças a questão da pobreza, onde o ciclo vicioso das doenças que vitimiza os mais pobres, e a delimitação geográfica com foco nas zonas tropicais, sendo a grande maioria no continente Africano (Oliveira, 2018; Brasil, 2019)

Em 2005 o Ministério da Saúde do Brasil lançou um programa de pesquisa e desenvolvimento em doenças negligenciadas que incluía seis doenças: dengue, doença de Chagas, leishmanioses, hanseníase, malária e tuberculose. Em 2008, na segunda edição do Edital, foi adicionada esquistossomose na lista das doenças negligenciadas que eram prioritárias para a instituição (Morel, Serruya, Penna & Guimarães 2009). Já no “Relatório Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”, o Ministério da Saúde listou as seguintes

doenças como negligenciadas: doença de Chagas, esquistossomose mansoni, hanseníase, filariose linfática, leishmaniose tegumentar, leishmaniose visceral, oncocercose, raiva humana, tracoma (Brasil, 2018)

Em 2015, um estudo populacional realizado pelo Ministério da Saúde em 5.570 municípios endêmicos identificou 104.476 casos novos de doenças negligenciadas, com maiores taxas de detecção nas regiões Norte e Nordeste; 7.786 óbitos por múltiplas infecções foram registrados principalmente nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Nordeste. Destarte, houve uma sobreposição de casos em 40% dos municípios e sobreposição de óbitos em 7,2% dos municípios. Diante disto, estima-se em 26 milhões o número de pessoas sob risco de doenças negligenciadas no país e a frequência de detecção de casos se relacionou ao Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), com maiores taxas na população masculina, indígena e em maiores de 60 anos. Ao mesmo tempo, o estudo constatou uma redução na detecção de doenças negligenciadas em todas as regiões comparando os dados de 2015 com os registros de 2007 (Brasil, 2018a).

Entende-se que este panorama mundial e nacional fortalece a necessidade de ampliar os estudos sobre as doenças negligenciadas tendo como ponto de partida a análise dos conhecimentos dos profissionais de saúde acerca destas doenças, no sentido de compreender o pensamento social deste grupo, envolvido no enfrentamento destas enfermidades, sob a ótica da Teoria das Representações Sociais (TRS).

Acredita-se que a TRS viabiliza a apreensão da forma de saber e o tipo de conhecimento construído por este grupo sobre as doenças negligenciadas, pois, se caracteriza como um campo de estudos sobre “a construção da realidade” e pode ser definida como uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos (Moscovici, 2012).

Os conhecimentos e saberes elaborados pelos profissionais de saúde certamente favoreceram a compreensão das atitudes e práticas para o enfrentamento das doenças negligenciadas, onde as representações sociais são modalidades de pensamento prático orientado para a comunicação, a compreensão e o domínio do ambiente social, material e ideal (Jodelet, 1984). A partir deste pensamento, o estudo tem por objetivo analisar a dimensão conceitual das representações sociais das doenças negligenciadas para profissionais de saúde.

## 2. Metodologia

Estudo exploratório com abordagem qualitativa apoiado na TRS, em sua abordagem processual, que fundamenta como acontecem os processos criativos de geração de conteúdos novos e significativos através das transformações das configurações mentais e sociais, buscando as representações que elaboram no contexto das interrelações (Moscovici, 2012).

Pesquisa realizada nas instituições de saúde, de níveis primário e secundário, no município de Jequié/BA, entre os meses de janeiro de 2018 a abril de 2019.

A amostra foi do tipo intencional, não probabilística, composta por 27 profissionais de saúde de uma população de 90. Os critérios de inclusão da amostra foram: (1) controle dos cargos exercidos na instituição contemplando 09 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 negligenciadas. Os critérios de exclusão foram: profissional de saúde que não atua junto a assistência de pessoas portadoras das doenças negligenciadas e profissionais com previsão de afastamento da instituição por motivos trabalhistas.

Para a coleta de dados utilizou-se um roteiro temático para entrevista em profundidade, constituindo um método aos estudos de representações sociais, possibilitando o acesso ao conteúdo de uma representação e às atitudes desenvolvidas pelo indivíduo (Abric, 2001)

As entrevistas foram gravadas com auxílio de um dispositivo eletrônico e transcritas literalmente para submissão da técnica de Análise de Conteúdo Mecanizada Lexical com o auxílio do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses

Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), ancorado no ambiente estatístico do software R e na linguagem python. Este programa informático viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análises de similitude), organizando a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e visualmente clara (Camargo & Justo, 2013).

Deste processamento resultou um corpus que incluem todas os textos da entrevista transcritos sobre as doenças negligenciadas que apresenta exclusivamente o pensamento psicossocial dos profissionais de saúde sobre esta temática. Para este estudo considerou-se os resultados provenientes da Análise da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que permitiu a análise das raízes lexicais e ofereceu os contextos em que as classes estão inseridas, de acordo com o segmento de textos do *corpus* da pesquisa (Camargo & Justo, 2013).

Essa interface possibilita a partir do *corpus* original a recuperação dos segmentos de textos e a associação de cada um, o que permite o agrupamento das palavras estatisticamente significativas e a análise qualitativa dos dados, ou seja, cada entrevista é denominada Unidade de Contexto Inicial (UCI) e transformada em Unidades de Contexto Elementares (UCE). O teste de qui-quadrado é utilizado para verificar a associação da UCE com determinada classe, quanto mais alto o valor, maior é a associação. Os resultados fornecem também segmentos de texto mais característico de cada classe, na CHD é ilustrada a análise dos dados a partir do dendograma que apresenta as relações entre as classes (Camargo & Justo, 2013).

Os depoimentos dos participantes foram codificados a partir do número de ordem da UCE, a variável profissional de saúde e o valor da associação do teste qui-quadrado a determinada classe. Ex: *E 05, Médico,  $x^2 = 419.90$*

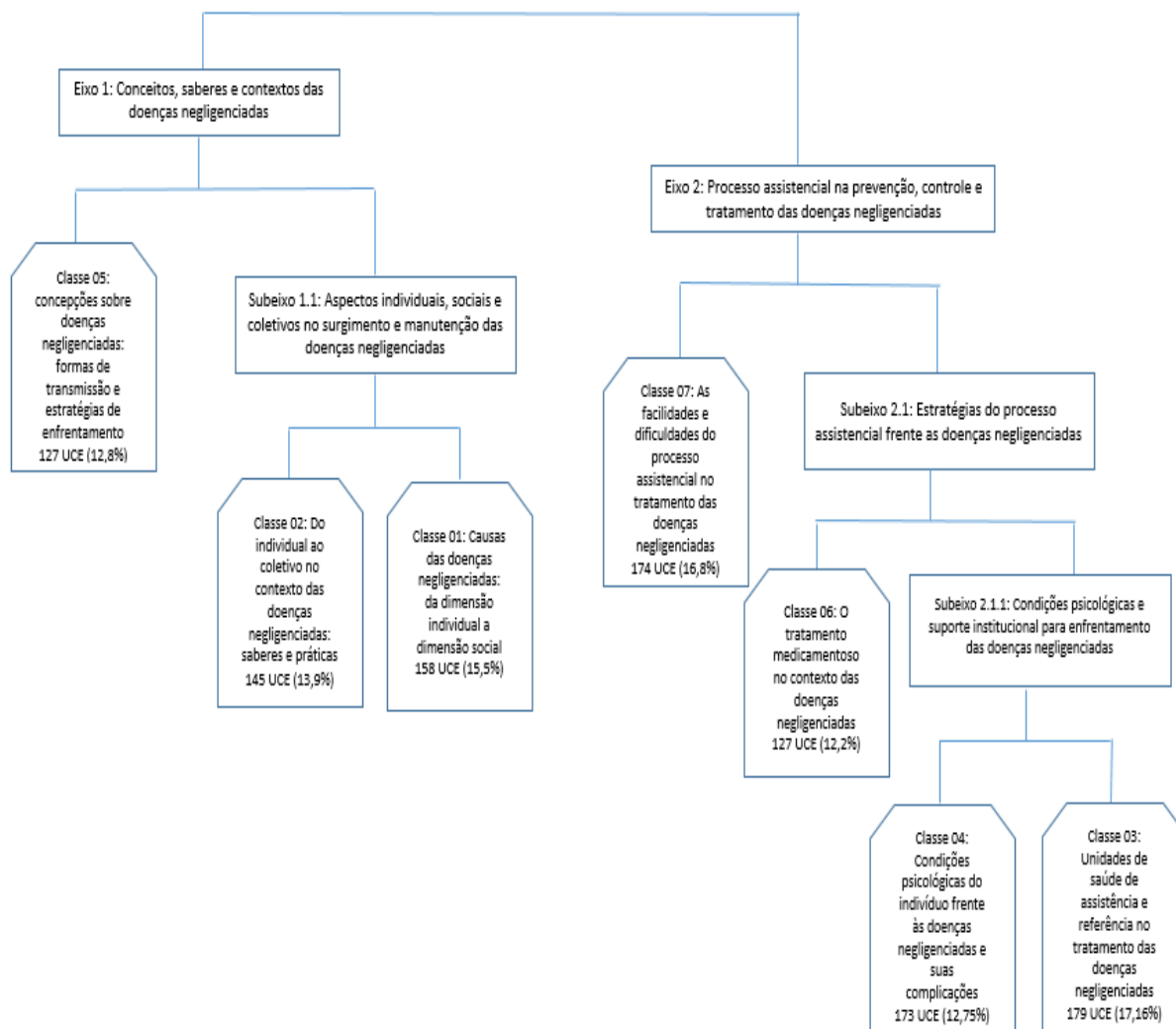
O estudo obedeceu aos aspectos éticos da Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012 sendo encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB) e após o parecer favorável nº 2.113.727, ano 2017, foi realizado junto aos informantes que por sua vez, fizeram parte do grupo de amostra mediante assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido.

### 3. Resultados e Discussão

Os profissionais de saúde foram distribuídos em três categorias: enfermeiros (09); técnicos de enfermagem (09) e médicos (09); em sua maioria 85,5%, do sexo feminino, com idade variando de 26 a 69 anos, a maior parte na faixa etária de 37 a 58 anos. Percebeu-se que 51,1 % dos profissionais de saúde possuem um tempo de formação que varia dos 11 aos 30 anos demonstrando que este grupo social abarca uma série de condições facilitadoras para a organização do processo de trabalho junto às estratégias de enfrentamento das doenças negligenciadas. Ainda visualizou-se um percentual de 41,1% correspondente ao tempo de formação de 10 anos, cujo período fortalece a participação ativa e qualificada deste grupo na formação da representação social.

O corpus geral foi constituído por 27 textos, separados em 1.076 segmentos de textos (ST) com aproveitamento de 1.043 ST's (96,93 %). Emergiram 38.421 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 2.349 palavras distintas e 978 com uma única ocorrência. Os segmentos de texto foram dimensionados e classificados na CHD, esta definiu 07 classes divididas em dois eixos conforme Figura 1:

**Figura 1** - Distribuição das classes temáticas em eixos, oriundas da Classificação Hierárquica Descendente.



Fonte: Autor, adaptado a partir do IRAMUTEQ (2019).

A Figura 1 ilustra as relações estabelecidas entre as classes que deve ser lida da esquerda para a direita, ou seja, primeiramente o corpus foi dividido em dois subgrupos (eixo 1 e eixo 2). No primeiro momento o eixo 1 se subdividiu na classe 5 e no subeixo 1.1, compondo as classes 2 e 1. Isso significa que as classes 5, 2 e 1 possuem uma relação de conteúdos, entretanto as classes 2 e 1 possuem uma proximidade ainda maior por se estruturarem em um mesmo subeixo em relação a classe 5. Neste primeiro eixo tem-se a discussão dos significados da dimensão conceitual das representações sociais dos profissionais de saúde sobre as doenças negligenciadas.

Posteriormente, o material passou por mais uma divisão emergindo eixo 2 que se caracterizou pela composição da dimensão prática das representações sociais dos profissionais de saúde sobre as doenças negligenciadas e constituiu-se da classe 07, do subeixo 2.2, que engloba a classe 06 e o eixo 2.3, que por fim, compreende as classes 04 e 05.

A abordagem desse estudo concentrou-se na discussão do eixo 1 denominado *Conceitos, Saberes e Contextos das Doenças Negligenciadas*, comportando, em uma primeira divisão, a classe 5, *Concepções sobre doenças negligenciadas: formas de transmissão e estratégias de enfrentamento*, e a configuração de um subeixo chamado de 1.1, *aspectos individuais, sociais e coletivos no surgimento e manutenção das doenças negligenciadas*, no âmbito do qual podem ser observadas a existência de duas classes, a 2, *do individual ao coletivo no contexto das doenças negligenciadas: saberes e práticas* e a 1, *causas das doenças negligenciadas: da dimensão individual a dimensão social*.

Na classe 05 os profissionais de saúde construíram a partir de suas ideias e convicções cognitivas, as concepções sobre as doenças negligenciadas tendo por base no pensamento estrutural a correlação das doenças negligenciadas às doenças transmissíveis.

*A doença transmissível é aquela que passa de uma pessoa pra outra, por várias formas de contágio, sexual ou por vetores... bom as mais importantes no momento são aquelas que trazem mais prejuízos pra população. (E 24, Técnico de enfermagem,  $x^2 = 423.80$ )*

*É uma doença que você adquire passando de um ou através de um vetor ou diretamente de uma pessoa para outra, de um inseto, de um animal para outro, de um vetor inseto das transmissíveis. (E 05, Médico,  $x^2 = 419.90$ )*

A condição de transmissibilidade, apontada como principal característica destas doenças, engloba também as concepções e definições evidenciadas na literatura sobre as doenças negligenciadas, que por sua vez, são consideradas como doenças infectocontagiosas, emergindo sua correlação junto ao pensamento psicossocial dos profissionais de saúde.

A OMS propôs recentemente a denominação “doenças negligenciadas” referindo-se aquelas enfermidades, geralmente transmissíveis, que apresentam maior ocorrência nos países em desenvolvimento, e “mais negligenciadas” exclusivas dos países em desenvolvimento. Em uma época marcada pelas transformações tecnológicas, é contraditório abordar um assunto que trata da ausência de tecnologias, pesquisa e inovação na área de saúde: doenças negligenciadas, um grupo de afecções transmissíveis em sua maioria causada por protozoários e transmitidas por vetores cujo tratamento é inexistente, precário ou desatualizado (Organização Mundial de Saúde, 2012).

No processo de construção das representações sociais de profissionais de saúde sobre as doenças negligenciadas viu-se que existe uma correlação junto as definições e conhecimentos sobre doenças transmissíveis, ou seja, a base de formação do conhecimento sobre doenças negligenciadas encontra-se saberes e formas de conhecimento sobre as doenças transmissíveis.

Esta correlação é plausível de compreensão pois as doenças negligenciadas são, em primeiro lugar, doenças transmissíveis e recebem esta conotação por meio do termo negligenciada a partir do posicionamento de diversos sujeitos do setor saúde, como autoridades políticas e órgãos gestores de pouco interesse em evitar tais entidades mórbidas, pois elas estão intimamente ligadas à pobreza extrema.

A classe 02 abordou questões relacionadas ao surgimento, ao crescimento e ao combate às doenças negligenciadas, nos diferentes âmbitos, o individual, o social e o governamental, configurando as diferentes facetas que formam as representações sociais destas entidades mórbidas.

Os sujeitos apontam, de maneira importante, uma dimensão individual que se encontra, segundo sua discursividade, na origem e no surgimento das doenças negligenciadas nas histórias das pessoas.

*Ele passa a se preocupar com a saúde dele, mas ainda assim, eles negligenciam porque começam a utilizar mecanismo de culto ao corpo, que são maléficos pra sua saúde, porque eles veem só o lado que lhe satisfaz, que é o prazer. (E 03, Médico,  $x^2 = 133,31$ )*

Há, neste trecho do discurso do sujeito, uma importante relação estabelecida entre a manutenção da saúde e as práticas que parecem se relacionar à uma conformação e manutenção estética do corpo, por um lado, e a busca pelo prazer, por outro. Deve-se destacar que no seio das representações dos sujeitos da pesquisa há uma preocupação com saúde que passa a ser negligenciada em função de um objetivo estético ou relativos à sensação de bem-estar. Chama a atenção esta polarização,



especialmente quando se trata de doenças negligenciadas que possui íntima relação com as condições sociais, estruturais e culturais.

A percepção do indivíduo sobre sua imagem corporal constitui elemento fundamental para a compreensão das representações subjetivas do corpo. O estudo da imagem corporal constitui importante foco de interesse por parte de diversos estudiosos (Tavares, 2003; Davison & McCabe, 2006; Galindo & Carvalho, 2007). A imagem corporal é a representação mental que um indivíduo tem do seu corpo. Tal representação integra os níveis físico, emocional e mental em cada ser humano, com respeito à percepção do próprio corpo (Scatolin, 2012). A imagem corporal é como uma representação mental que os indivíduos têm a respeito do tamanho e da forma do corpo, que se constitui pela influência de fatores históricos, culturais, sociais, individuais e biológicos; e, além da percepção, estão implicados na formação da imagem corporal aspectos cognitivos, afetivos e da conduta (Davison & McCabe, 2006; Camargo, Goetz, Bousfield & Justo, 2011).

Por conta desta imagem corporal constituída pelo pensamento do indivíduo que surge a polarização entre a saúde como manutenção da estética e a saúde como prazer, pois estes sentimentos são imbuídos de convicções culturais que definem as práticas de cuidado e autocuidado.

A presença da tensão entre a ciência da capacidade de danos de uma doença e o cuidado adequado em seu enfrentamento mostra-se como um desafio que deve ser enfrentado. O não cuidado de forma adequado é que se configura como o aspecto negligenciado, em um entendimento também na dimensão individual da compreensão. Na mesma esteira de uma atitude de negligência com a própria saúde, os sujeitos apresentam uma explicação para a situação que é a condição de ignorância, base para a referida atitude.

*Porque não adianta o setor público cuidar da área externa se você, em sua residência, em seu jardim, não tiver este cuidado. Então esta ignorância é algo crucial, mas se talvez houvesse uma mobilização maior. (E 03, Médico,  $x^2=138,24$ )*

A relação entre as ações do poder público e aquelas levadas a cabo por cada pessoa no espaço de sua propriedade ou domínio, configura-se como uma questão importante no combate a todas as doenças, mas ganha ainda maior valor quando se trabalha com as doenças infecciosas, de um modo geral, e as negligenciadas, em particular. Isto se dá em função de sua possibilidade de contágio, por um lado, e sua característica de atingir as camadas mais empobrecidas da população, por outro, que, como consequência, possuem menos recursos estruturais, menor aporte financeiro e tende a apresentar menor organização social para fazer frente aos embates e desafios.

Na classe 01, a discussão sobre as principais causas da ocorrência das doenças negligenciadas tem-se no primeiro momento a reflexão sobre a dimensão individual, ou seja, qual seria a participação do indivíduo e suas contribuições no processo do adoecimento e como suas práticas de cuidado e autocuidado influenciam na prevenção e no tratamento destes agravos.

Nota-se que a primeira causa destas doenças está relacionada a ignorância individual sobre os conhecimentos acerca do processo saúde doença, como por exemplo, a ausência de informações sobre os aspectos clínicos das doenças como forma de prevenção e uso adequado de medicação, sobre os direitos de acesso à saúde e até os cuidados com o próprio corpo.

*Eu vejo como sendo muito a ignorância da população mas a ignorância não é somente a falta de educação em saúde mas é a ignorância até dos seus direitos ao acesso. (E 03, Médico,  $x^2=374.81$ )*  
*Essas doenças que continuam por causa desta ignorância das pessoas, falta de educação e descaso com a sua saúde. (E 13, Enfermeiro,  $x^2=672.00$ )*

Ao não compreender que os conhecimentos sobre o processo saúde doença são imprescindíveis para diminuir as possibilidades de adoecimento, o indivíduo aumenta a sua vulnerabilidade e passa a ter um descaso com as práticas de cuidado que poderiam evitar as doenças negligenciadas.

*A falta de educação e o descaso das pessoas com sua própria saúde então o processo de falta de educação do nosso povo brasileiro é dá um contributo muito grande com a questão do trato com estas doenças. (E 07, Médico,  $x^2=500.37$ )*

*Estes casos marcam porque sabemos que se ela tivesse acesso à saúde não iria morrer por conta desta doença, adquire pela falta de informação, pela ignorância ou também pelo descuido de si mesmo, descaso com sua saúde física e mental. (E 07, Médico,  $x^2=546.78$ )*

As doenças negligenciadas ocorrem também, segundo os participantes, pelo descaso dos profissionais de saúde quando não exercem as atribuições que os competem dentro da assistência e nas práticas de cuidado frente aos problemas apresentados pelos usuários e pacientes que utilizam os serviços de saúde. Este descaso muitas vezes provem da ausência de conhecimentos específicos sobre as características das doenças negligenciadas e implica na ausência do cuidado necessário prestado pelo profissional de saúde para evitar ou tratar as enfermidades.

*Acho que estas doenças negligenciadas em Jequié é pela falta de interesse e descaso não só dos gestores mas muitas vezes dos profissionais e também das pessoas que não tem interesse pra se cuidar. (E 28, Técnico de enfermagem,  $x^2=506.63$ )*

*Em Jequié estas doenças persistem pela falta de preparo de alguns profissionais pela ausência de investimentos e manutenção dos recursos nas unidades e também pela ignorância dos indivíduos justamente por não encontrar a fonte de contágio que estas doenças continuam persistindo junto a falta de investimentos na saúde. (E 17, Enfermeiro,  $x^2=580.54$ )*

O cuidado está intrínseco no campo da saúde pressupondo que os profissionais da saúde sejam sensíveis ao encontro do mundo dos usuários, no intuito de assegurar que suas práticas se traduzam em modos efetivos de cuidar de indivíduos e coletividades (Assis, Nascimento, Pereira & Cerqueira 2015).

A integralidade do cuidado perpassa pela redefinição de práticas de saúde norteadas pelas subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e a valorização das necessidades de saúde dos usuários, impulsionando a possibilidade de construção do cuidado centrado no usuário com fortalecimento do vínculo, acolhimento e autonomia, com potencial significativo para se reverter a descontinuidade do cuidado ainda presente no cotidiano dos serviços de saúde.

Nessa direção, cuidar da saúde contempla as competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas, pois significa mais que tratar, curar ou controlar, exprime a construção de vínculos, a partir da história de vida de cada família, de forma a desvendar as subjetividades e singularidades dos sujeitos envolvidos neste cuidado para equipe e usuários construírem projetos conjuntos (Oliveira & Pereira, 2013).

Além do descaso dos profissionais de saúde percebeu-se ainda que acontece como causa da perpetuação das doenças negligenciadas o descaso dos gestores políticos, principalmente no que diz respeito à aplicação de recursos e investimentos no setor saúde. Este descaso dos gestores foi descrito por meio da falta de compromisso e responsabilidade para com a organização e funcionamento dos serviços de saúde no município.



*As causas destas doenças é justamente a falta de interesse e o descaso dos gestores falta de compromisso e de investimentos na saúde nas ruas infelizmente é uma situação ruim da nossa cidade com tanto descaso dos políticos. (E 06, Médico,  $x^2= 756.58$ )*

*Não se previnem porque informação tem, elas não pensam sobre isso, fazem pouco, falta investimento do governo, descaso com a saúde e também a ignorância que gera falta de educação e consequentemente as doenças. (E 12, Enfermeiro,  $x^2= 725.23$ ).*

Os resultados obtidos por meio da análise lexical e da classificação hierárquica descendente apresentaram os conteúdos das representações sociais dos profissionais de saúde sobre as doenças negligenciadas constituindo uma dimensão conceitual que abrangeu conceitos, características e causas destas enfermidades.

A correlação das doenças transmissíveis aos conceitos de doenças negligenciadas nas concepções dos profissionais de saúde sustentou a ideia de contágio e transmissibilidade destas enfermidades fortalecendo o negligenciamento, o preconceito e falta de interesse desde o individual até a coletividade enraizando a cultura do descaso as populações de maior vulnerabilidade social.

As doenças negligenciadas são o conjunto de doenças causadas por agentes infectoparasitários que produzem importante dano físico, cognitivo e socioeconômico em crianças e adolescentes, principalmente, em comunidades de baixa renda (Mathers, Gore, Patton, Ferguson & Sawyer, 2012). Refere-se às “doenças negligenciadas” como doenças infecciosas de grande importância na saúde pública que deixaram de receber atenção adequada por parte da ciência como um todo (Levi, 2015)

Nesta dimensão conceitual, as percepções individuais sobre os conceitos e definições das doenças negligenciadas apresentaram-se incipientes e colaboraram para a instalação destes agravos, pois, os indivíduos, em seu universo consensual, não compreenderam os aspectos que determinam e condicionam a manifestação destas enfermidades, como, suas formas de transmissão, de prevenção e também de tratamento.

A ignorância individual viabilizou o entendimento por parte dos profissionais de saúde sobre a perpetuação destas doenças, pois caso o indivíduo obtivesse os saberes necessários para evitar as doenças ainda assim, só teríamos a primeira condição estratégica para prevenir tais entidades mórbidas.

A ignorância é produzida por meio de mecanismos como: negligência deliberada ou inadvertida (“sem querer”), supressão ou sigilo, destruição documental, tradição inquestionada ou uma miríade de formas de seletividade político-cultural inerente (ou evitáveis). Assim sendo, da mesma maneira que se produz conhecimento em saúde, seja por intermédio de estudos acadêmicos, seja por meio das ações governamentais, escolares, midiáticas de educação em saúde ou, até mesmo, por divulgação publicitária, se dá a produção de ignorância (e negligência) pelas mesmas instâncias (Cavaca & Vasconcelos, 2015)

Em relação ao aspecto social os profissionais de saúde, em suas concepções, determinaram que a pobreza, de fato, é a principal causa da perpetuação das doenças negligenciadas, pois é a partir desta condição que o indivíduo passa a ter limitações aos recursos necessários para manter uma vida saudável como a alimentação, a higiene, uma moradia longe de risco por conta da estrutura urbana e domiciliar, além de possuir todo o preconceito e a negligência proveniente das entidades governamentais e dos serviços de saúde.

O termo pobreza possui um significado singular na representação das doenças negligenciadas, pois determina e desencadeia todo o processo de vulnerabilidade social do indivíduo, causada pela ausência de estratégias econômicas dos países para diminuir as desigualdades sociais. As doenças negligenciadas existem porque a pobreza existe, por isso as ações governamentais que diminuem as desigualdades sociais precisam ser fortalecidas, principalmente no Brasil, onde ainda se convive em um cenário de extrema pobreza e, não por acaso, assume a maior carga de doenças tropicais negligenciadas da

América Latina e Caribe. Isto significa que grande parte do contingente de 40 milhões da população mais pobre do Brasil está infectada por uma ou mais doenças tropicais negligenciadas (Hotez, 2007).

No que diz respeito à causalidade, os profissionais de saúde apresentaram a interface entre os aspectos biológico (agentes infectoparasitários) e social (atingem população de baixa renda), ou seja, as doenças são fortemente ligadas a um agente biológico infeccioso que se desenvolve a partir das condições sociais que englobam a população vulnerável. Isto nos permite afirmar que as doenças possuem causas complexas e dependem além da postura individual, da participação coletiva da sociedade (indivíduos, gestores, profissionais de saúde) para mediar ações eficazes para o controle, prevenção e tratamento.

A tríade (indivíduo/profissional/gestor) constituiu os sujeitos que compõem a organização dos serviços de saúde e definem as atribuições específicas nas práticas de cuidado e do autocuidado voltados para a integralidade da assistência à saúde. No momento em que um destes três sujeitos deixa de exercer aquilo que lhe compete dentro da assistência, as chances de iniciar o processo do adoecimento aumentam e conseqüentemente a instalação das doenças torna-se inevitável.

Pretende-se com isso, afirmar que, a instalação destas doenças não dependem exclusivamente da ação individual, mas incluem-se as participações das condições sociais e das práticas governamentais. As condições de extrema pobreza e destruição do ambiente habitacional proporcionam o aumento da vulnerabilidade destes indivíduos frente as doenças negligenciadas, portanto, a intervenção das práticas governamentais, por meio de políticas públicas, que tenham por finalidade diminuir as iniquidades sociais e estabelecer um ambiente saudável a população, é um ponto de partida para a diminuição da incidência e, por conseguinte, da endemicidade destas enfermidades.

O estudo tem como limitação a impossibilidade de discussão sobre o eixo temático 2, proveniente da figura 1, onde tem-se a apresentação da dimensão prática das representações sociais dos profissionais de saúde sobre as doenças negligenciadas. A dimensão prática poderia demonstrar as estratégias de enfrentamento por parte dos sujeitos envolvidos no processo assistencial voltado para assistência ao indivíduo e a coletividade.

Destarte, a dimensão conceitual das doenças negligenciadas nos mostra conceitos e definições o que se mostrou importante para compreender os agravos em saúde, determinando assim, os condicionantes destas enfermidades.

#### **4. Considerações Finais**

Conclui-se que o objetivo deste estudo foi alcançado uma vez que a análise da dimensão conceitual das representações sociais dos profissionais de saúde sobre doenças negligenciadas proporcionou a construção de suas definições e causas intimamente ligadas as condições sociais, as percepções individuais e as práticas governamentais que juntos compõem uma base estruturada de convicções sobre a perpetuação destas enfermidades.

Para os profissionais de saúde, esta dimensão conceitual mostrou as fragilidades sociais, como a ausência de conhecimentos básicos de hábitos saudáveis e ainda, o descaso social, tanto da equipe de saúde como dos gestores. Estas convicções despertam o interesse em futuras pesquisas em vislumbrar novos caminhos para os indivíduos, os profissionais de saúde e gestores no sentido de mudança de práticas frente a este objeto representacional.

Torna-se importante destacar a realização de novas pesquisas com este objeto de estudo, reiterando a pertinência das representações sociais para a compreensão da compreensão simbólica e do pensamento social sobre a dimensão conceitual.

#### **Referências**

- Abric, J. C. (2001) Metodología de recolección de las representaciones sociales. In: Abric, J. C. Práticas sociales y representaciones. México: Ediciones Coyoacán S. A. de C. V., 53-74.
- Assis, M. M. A., Nascimento, M. A. A. D., Pereira, M. J. B., & Cerqueira, E. M. D. (2015). Atenção integral à saúde: dilemas e desafios na enfermagem. *Revista brasileira de enfermagem*, 68, 333-338.

- Brasil (2018) Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doenças negligenciadas no Brasil: vulnerabilidade e desafios. In Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2017. Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília: Ministério da Saúde, 426.
- Brasil. (2018a). Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2017. Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.
- Brasil. (2019) Ministério da Saúde. Doenças tropicais negligenciadas: uma agenda inacabada / Fabio Zicker, Priscila Costa Albuquerque, Bruna de Paula Fonseca e Fonseca. – Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1-45.
- Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em psicologia*, 21(2), 513-518.
- Camargo, B. V., Goetz, E. R., Bousfield, A. B. S., & Justo, A. M. (2011). Representações sociais do corpo: estética e saúde. *Temas em Psicologia*, 19(1), 257-268.
- Cavaca, A. G., & Vasconcellos-Silva, P. R. (2015). Doenças midiaticamente negligenciadas: uma aproximação teórica. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 19, 83-94.
- Davison, T. E., & McCabe, M. P. (2006). Adolescent body image and psychosocial functioning. *The Journal of social psychology*, 146(1), 15-30.
- Galindo, E. M. C., & Carvalho, A. M. P. (2007). Tradução, adaptação e avaliação da consistência interna do Eating Behaviours and Body Image Test para uso com crianças do sexo feminino. *Revista de Nutrição*, 20, 47-54.
- Hotez, P. A. (2007) New voice for the poor. *PLoS Negl Trop Dis*. 1 (1):77.
- Jodelet, D. (1984) Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In: Moscovici, S. (org.). *Psychologie sociale*, PUF.
- Levi, G. (2015). Perspectivas de progressos em imunizações, em particular para doenças negligenciadas. *Revista Imunizações*. 8(2):10 – 4.
- Mathers, C. D., Gore, F. M., Patton, G. C., Ferguson, J., Sawyer, S. M. (2012). Global burden of disease in young people aged 10-24 years: authors' reply. *Lancet*, 377:28.
- Medicines Sans Frontieres (2011) (MSF). Fatal imbalance: the crisis in research and development for drugs for neglected diseases.
- Morel, C. M. (2006). Inovação em saúde e doenças negligenciadas. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 1522-1523.
- Morel, C. M., Serruya, S. J., Penna, G. O., & Guimarães, R. (2009). Co-authorship network analysis: a powerful tool for strategic planning of research, development and capacity building programs on neglected diseases. *PLoS neglected tropical diseases*, 3(8), e501.
- Moscovici, S. (2012) Representações sociais: investigações em psicologia social. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. (9a ed.), Vozes.
- Oliveira, M. A. D. C., & Pereira, I. C. (2013). Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66, 158-164.
- Oliveira, R. G. D. (2018). Sentidos das Doenças Negligenciadas na agenda da Saúde Global: o lugar de populações e territórios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 2291-2302.
- Organização Mundial da Saúde (2012). (OMS). Primeiro relatório da OMS sobre doenças tropicais negligenciadas: Avanços para superar o impacto global de doenças tropicais negligenciadas.
- Scatolin, H. G. (2012). A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. *Psicologia Revista*, 21(1), 115-120.
- Tavares, M. C. G. C. F. (2003) Imagem corporal: Conceito e desenvolvimento. Editora Manole.