

Estrutura das representações sociais dos profissionais de saúde sobre doenças negligenciadas

RESUMO | Objetivo: Analisar a estrutura das representações sociais dos profissionais de saúde sobre as doenças negligenciadas. Método: Estudo qualitativo sustentado pela Teoria das Representações Sociais em sua abordagem estrutural, desenvolvido em unidades de atenção primária e secundária de um município do interior da Bahia. Na primeira fase da coleta aplicou-se a técnica de evocações livres e análise pela técnica do quadrante de quatro casas, já na segunda, utilizaram-se os testes de constituição de pares pareados e os esquemas cognitivos de base. Resultados: evidenciou-se uma estrutura representacional sobre as doenças negligenciadas constituída por três dimensões: individual; social e imagética, gerenciadas por um núcleo central formado pelos termos descaso e ignorância. Conclusão: A estrutura representacional implicou na construção de práticas colaborativas dos profissionais de saúde, gestores e indivíduos no controle e nas estratégias de enfrentamento as doenças negligenciadas.

Descritores: Doenças Negligenciadas; Pessoal de Saúde; Pobreza; Gestor de Saúde; Sociedade Civil.

ABSTRACT | Objective: To analyze the structure of health professionals' social representations of neglected diseases. Method: Qualitative study supported by the Theory of Social Representations in its structural approach, developed in primary and secondary care units in a municipality in the interior of Bahia. In the first phase of the collection, the technique of free evocations was applied and analysis by the technique of the quadrant of four houses, in the second, the tests of constitution of paired pairs and the basic cognitive schemes were used. Results: a representational structure on neglected diseases was evidenced, consisting of three dimensions: individual; social and imagery, managed by a central nucleus formed by the terms negligence and ignorance. Conclusion: The representational structure implied the construction of collaborative practices by health professionals, managers and individuals in the control and coping strategies of neglected diseases.

Keywords: : Neglected Diseases; Health Personnel; Poverty; Health Manager; Civil society.

RESUMEN | Objetivo: Analizar la estructura de las representaciones sociales de los profesionales de la salud sobre las enfermedades desatendidas. Método: Estudio cualitativo sustentado en la Teoría de las Representaciones Sociales en su enfoque estructural, desarrollado en unidades de atención primaria y secundaria de un municipio del interior de Bahia. En la primera fase de la recolección se aplicó la técnica de evocaciones libres y análisis por la técnica del cuadrante de cuatro casas, en la segunda se utilizaron las pruebas de constitución de pares apareados y los esquemas cognitivos básicos. Resultados: se evidenció una estructura representacional sobre las enfermedades desatendidas, compuesta por tres dimensiones: individual; social e imaginario, gestionado por un núcleo central formado por los términos negligencia e ignorancia. Conclusión: La estructura representacional implicó la construcción de prácticas colaborativas por parte de profesionales de la salud, gestores e individuos en las estrategias de control y enfrentamiento de las enfermedades desatendidas.

Palabras claves: Enfermedades Desatendidas; Personal sanitario; Pobreza; Gerente de Salud; Sociedad civil.

Charles Souza Santos

Doutor em Enfermagem. Professor adjunto da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.
ORCID: 0000-0001-5071-0359

Rafael Moura Coelho PeclyWolter

Doutor em Psicologia. Professor Titular da Universidade Federal do Espírito Santo onde atua no Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
ORCID: 0000-0003-1633-2141

Pablo Luiz Santos Couto

Doutorando em Enfermagem. Professor substituto da Universidade do Estado da Bahia.
ORCID: 0000-0002-2692-9243

Antonio Marcos Tosoli Gomes

Doutor em Enfermagem. Professor titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
ORCID: 0000-0003-4235-9647

Virgínia Paiva Figueiredo Nogueira

Doutora em Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
ORCID: 0000-0001-7331-9715

Gleide Magali Lemos Pinheiro

Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.
ORCID: 0000-0002-0848-3348

Anadir de Almeida Farias

Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Brasil.
ORCID: 0000-0002-2124-531X

Magno Conceição das Mercês

Doutor em Ciências da Saúde. Professor e Tutor do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia.
ORCID: 0000-0003-3493-8606

Recebido em: 30/09/2022

Aprovado em: 29/11/2022



INTRODUÇÃO

As Doenças Negligenciadas ainda que impactem fortemente nas condições de saúde, receberam historicamente insuficiente atenção das agendas internacionais e de países. Exerçeram pouca atração na indústria, por serem mais circunscritas às populações com baixa capacidade de pagamento e ainda proliferam em condições ambientais e habitacionais precárias.⁽¹⁾

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 1 bilhão de pessoas em 149 países são afetadas por pelo menos uma doença tropical negligenciada (DTN), sendo a grande maioria no continente Africano.⁽²⁾ Os países de baixo rendimento são afetados por pelo menos cinco destas doenças, simultaneamente, sendo responsáveis por uma estimativa de 534.000 casos de morte e cerca de 57 milhões de anos de vida perdidos devido à morte e invalidez prematuras, no mundo, por ano.⁽³⁾

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.⁽⁴⁾

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. Dados demonstram a magnitude do problema de saúde e a interface dos aspectos biológicos e sociais com implicações diretas na qualidade de vida da população afetada.⁽⁵⁻⁶⁾

Esta realidade sócio-político-econômico-cultural com íntima relação com a endemicidade das doenças negligenciadas e estas como agravantes desta situação, se apresentam como um fenômeno que não é homogêneo, piora as condi-

ções de vida das populações pobres já vulnerabilizadas e não atrai a atenção da sociedade ou da indústria farmacêutica,^(2-3,6) e por conseguinte, gera pressão a



Esta realidade sócio-político-econômico-cultural com íntima relação com a endemicidade das doenças negligenciadas e estas como agravantes desta situação, se apresentam como um fenômeno que não é homogêneo, piora as condições de vida das populações pobres já vulnerabilizadas e não atrai a atenção da sociedade ou da indústria farmacêutica, e por conseguinte, gera pressão a inferências, criação de teorias explicativas, associando conhecimentos científicos e senso comum, e construções sócio-cognitivas.



inferências, criação de teorias explicativas, associando conhecimentos científicos e senso comum, e construções sócio-cognitivas. De outro modo, formam

representações sociais, carregadas de significados e sentidos construídos com as experiências vivenciadas no cotidiano em que os grupos sociais encontram-se envolvidos⁽⁷⁾, inclusive para os profissionais de saúde.

Em função disto, acredita-se que a Teoria das Representações Sociais (TRS) possibilita a apreensão da forma de saber e o tipo de conhecimento construído sobre um fenômeno ou objeto, por grupos que conformam, seja qual for a característica, a pertença social⁽⁷⁾ e, para esse estudo, sobre as doenças negligenciadas, entendidas como um conjunto de explicações, crenças e idéias resultantes da interação social.⁽⁷⁻⁸⁾ As representações sociais podem ser definidas como formas de conhecimento socialmente elaboradas e compartilhadas que têm um propósito prático e contribuem para a construção de uma realidade comum a um grupo de indivíduos.⁽⁸⁾

Frente a este contexto, adotou-se como objetivo analisar a estrutura das representações sociais dos profissionais de saúde sobre as doenças negligenciadas.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com sustentação na Teoria das Representações Sociais - TRS em sua abordagem estrutural, que remete à forma como o núcleo central nas representações se organiza e se estrutura, apresentando seu caráter estanque.⁽⁸⁻⁹⁾ Destaca-se que o núcleo central é estruturado de forma rígida, permanente e de difícil modificação, dando sentido às representações sociais. A estrutura representacional é conformada, também, por um sistema periférico, que é interligado às práticas e comportamentos exercidos no cotidiano das pessoas e dos grupos populacionais, por possuir a função de proteção do núcleo central.⁽⁹⁻¹⁰⁾

A pesquisa foi realizada nas instituições de saúde, de nível primário e secundário, no município de Jequié/BA, entre os meses de janeiro a agosto de 2018. Os



participantes foram recrutados nas unidades primárias e secundárias de saúde, sendo consultados se desejavam participar. Para tanto, delineou-se uma amostra foi do tipo intencional, não probabilística, composta por 90 profissionais de saúde de uma população de 150.

Os critérios de inclusão da amostra foram: formação profissional contemplando 30 participantes por cada um deles: enfermeiro, técnico de enfermagem e médico; 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 acometidas pelas doenças negligenciadas e profissionais afastados da instituição.

Na primeira etapa foi aplicado o questionário de evocações livres por um dos autores, que consistiu em solicitar aos participantes que evocassem imediatamente cinco palavras ou expressões ao termo indutor “doenças negligenciadas”. As palavras ou termos foram registrados em formulário próprio na ordem em que foram mencionadas. A aplicação da técnica demandou aproximadamente uma média de 45 segundos com cada profissional.

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 sujeitos que, estimulados por um termo ou expressão indutora, geralmente o próprio rótulo verbal que designa o objeto da representação, enunciem as palavras que lhes vêm à mente imediatamente, no intuito de fugir de respostas prontas e politicamente corretas.⁽⁸⁾ Todos vocábulos provenientes da técnica de evocações foram transcritos e organizados em documento do Microsoft Word 2016, que constituiu o corpus da análise.

O tratamento dos dados se deu pelo software Ensemble de Programmes Permettant l'analyse des Evocations (EVO),

versão 2005, que analisou estatisticamente os dados textuais (presentes no corpus) de uma rede associativa, na qual é permitido combinar a frequência de aparição de palavras evocadas com a atribuição de sua ordem de importância.

⁽¹¹⁾ A análise foi realizada pela técnica do quadro de quatro casas ou análise prototípica a fim de identificar o possível núcleo central das representações sociais.

Na segunda etapa, retornou-se ao campo de pesquisa, após analisar os dados empíricos provenientes das evocações livres e um dos pesquisadores aplicou à 30 profissionais de saúde convidados e que participaram da primeira etapa, distribuídos uniformemente conforme a formação profissional, os testes de centralidade: o questionário para a constituição de pares pareados de palavras e questionário modelo padrão com 28 conectores relacionados aos esquemas cognitivos de base (SCB). Este modelo estuda a conectividade dos diferentes elementos representacionais e serve como segunda etapa de pesquisa.⁽¹²⁾

Destaca-se que a construção destes dois instrumentos foi realizada a partir das palavras presentes no quadro de quatro casas e da análise de similitude. Para a constituição dos pares de palavras foram utilizadas todas as palavras que compuseram o quadro de quatro casas enquanto que para o SCB foram utilizadas as palavras que constituíram o provável núcleo central das representações sociais: o descaso e a ignorância.

A constituição de pares de palavras consiste na identificação da propriedade quantitativa dos elementos do núcleo central, por meio de sua conectividade, descrita da seguinte maneira: trata-se de pedir ao sujeito, a partir de um corpus que ele mesmo produziu (neste caso evocações sobre doenças negligenciadas), para constituir um conjunto de pares de palavras que lhe parecem “ir juntas”.⁽¹¹⁾

Os dados resultantes da constituição de pares de palavras foram analisados por meio da técnica da análise de similitude que envolve de início, 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 concorrências (número de ligações estabelecidas entre dois itens específicos) e o número de sujeitos envolvidos.

Essa técnica averigua a quantidade de conexões que um elemento mantém com os outros elementos evocados, através do cálculo dos índices de similitude entre os elementos mais freqüentemente evocados resultando em uma árvore máxima.⁽¹⁰⁾

Para analisar os dados produzidos pelo questionário SCB utilizou-se o índice de valência e o valor lambda. Primeiramente existe a valência total (Vt) que corresponde, para cada elemento, à proporção de conectores possíveis de serem ativados. Este índice vai de 0 (onde nenhum conector foi ativado pelo elemento) a 1 (onde todos os conectores foram ativados para todos os sujeitos).

Depois poderão ser calculados os índices de cada dimensão, quais sejam: a valência descritiva (Vd), sendo usado o mesmo procedimento do cálculo da Vt, no entanto, somente os nove conectores do meta-esquema descrição são levados em conta; a valência Praxia (Vp), selecionando somente os doze conectores desta dimensão e por fim a valência Atribuição (Va) contando com os sete conectores.⁽⁹⁾

Calculou-se a seguir o valor do lambda que nos indicou a centralidade de cada termo candidato ao núcleo central,

$$\lambda = \frac{Vt \text{ (valência total)}}{(Va^2 + Vp^2)}$$

através da seguinte fórmula:

Sendo Vt a valência total (quantidade de conectores ativados sobre a quantidade de conectores possíveis de serem ativados). Vp corresponde a valência de conectores práticos (total de conectores práticos ativados sobre o total de conec-

tores práticos ativáveis). Va correspon- de a valência de conectores avaliativos (total de conectores avaliativos ativados sobre o total de conectores avaliativos ativáveis). A centralidade é constatada quando o lambda está entre 0.9 e 1.10. (11)

Durante todo o processo de operacionalização da pesquisa, os autores cumpriram as normas e critérios de rigor da qualidade, ao guiarem-se pelas diretrizes do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com número do parecer 2.113.727 e CAAE 50242615.6.0000.0055. Visando atender as normas do Conselho Nacional de Saúde, foi garantido o sigilo e anonimato das participantes e aplicado o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

O estudo compreendeu um grupo formado por 90 profissionais de saúde que atuam diretamente na assistência as pessoas que são acometidas pelas doenças negligenciadas, sendo 30 médicos, 30 enfermeiros e 30 técnicos de enfermagem. Em sua maioria, constituído por mulheres, 85,5%, com tempo de formação que variou entre 10 a 31 anos enquanto a faixa etária predominante foi 37 a 58 anos (61,1%). O tempo de atuação nas instituições de saúde foi de 01 a 21 anos.

O primeiro resultado encontrado mostrou a estrutura da evocação ao termo indutor doenças negligenciadas gerada pelo conjunto de 90 profissionais de saúde, que evocaram um total de 369 palavras, sendo 150 diferentes, originando um quadro de quatro casas com a frequência mínima 04, média de 10 e média das ordens média de 2,6. Expõe-se a seguir, o quadro 1 conforme resultado elaborado pelo software EVOC 2005.

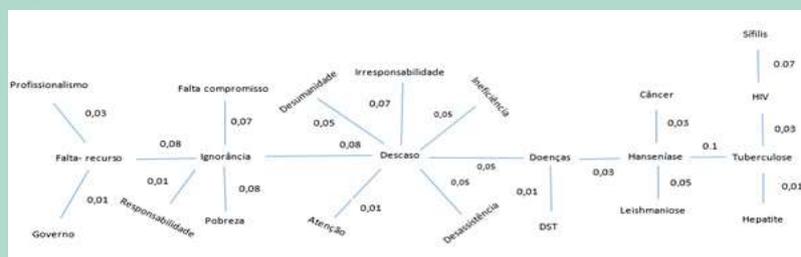
O quadro de quatro casas foi composto por 22 cognemas distribuídos con-

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

Freq. Med. †	O.M.E.* < 2,60			O.M.E.* > 2,60		
	Termo evocado	Freq. ‡	O.M.E.*	Termo evocado	Freq. ‡	O.M.E.*
≥ 10	Descaso	31	2,22	Doenças	14	2,64
	Ignorância	18	2,50	Falta-recurso	14	2,92
≤ 9				Pobreza	13	3,15
				Tuberculose	12	2,66
				Hanseníase	11	2,63
	Câncer	9	1,77	Hiv	7	3,14
	Falta-compromisso	6	2,16	Dst	7	2,71
	Irresponsabilidade	6	2,16	Leishmaniose	6	3,33
	Responsabilidade	5	2,60	Desassistência	5	3,20
	Ineficiência	5	2,60	Sífilis	5	3,00
Governo	4	2,50	Desumanidade	4	4,00	
Atenção	4	2,25	Profissionalismo	4	3,50	
			Hepatite	4	2,75	

*O.M.E. – Ordem Média de Evocações; †Freq. Med. – Frequência Média; ‡ Freq. – Frequência. Fonte: Autores, 2019.

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



Fonte: Autores, 2019.

forme a frequência e ordem de evocação pelos profissionais de saúde. Em termos mais técnicos, a representação social é composta por cognemas que se relacionam entre si e formam um conjunto que se transforma a partir de regras que preservam a totalidade. O cognema é o elemento cognitivo básico, em outros termos, a menor unidade da cognição neste nível de análise. Uma representação é então composta por idéias (ou cognemas ou elementos) que são ativadas quando um grupo pensa um objeto. Ao pensar o objeto muitas ideias são ativadas mas nem todas são equivalentes, alguns têm

mais valor que outros. (13)

No quadrante superior esquerdo situam-se os cognemas descaso e ignorância que foram mais prontamente evocadas pelos profissionais de saúde e apresentaram maiores frequências, simultaneamente. As palavras desse quadrante ocupam, na estrutura da representação, uma perspectiva coesa, estável e menos sensível ao contexto imediato, devido à alta consensualidade que possuem neste universo investigativo e em função disto são consideradas como possíveis constituintes do núcleo central. Nesse sentido, pode-se dizer que o núcleo central apre-

senta esta importante função: organizar e dar sentido à representação social. ⁽¹⁴⁾

Nos demais quadrantes (superior direito, inferior esquerdo e inferior direito) que constituíram o provável sistema periférico situaram-se os outros 20 cognemas. Este sistema periférico não é secundário na representação e age como um pára-choque ao permitir uma adaptação do pensamento do grupo a sua realidade cotidiana, às diferentes contingências externas à representação e às peculiaridades internas aos indivíduos.

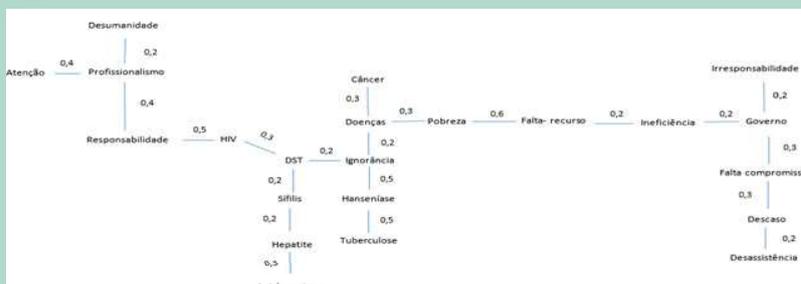
Na primeira investida sobre os dados decorrentes da análise prototípica foi possível determinar o grau de conexão destes elementos a partir da construção da árvore máxima considerando a coocorrência destes cognemas entre os sujeitos envolvidos neste estudo. Nesta análise de similitude gerou-se a árvore máxima que segue abaixo na figura 1:

Ao observar a árvore máxima identifica-se o maior número de conexões dos elementos ao cognema descaso com 07 ligações; em segundo, ignorância com 05 ligações e, finalmente, a hanseníase com 04 ligações. Sobre a relação entre os cognemas representacionais pode-se afirmar que esta análise favorece a ideia de centralidade para os termos descaso e ignorância, pois são os cognemas que possuem maior conexão com os demais elementos que compõem a estrutura representacional.

Na segunda fase do estudo, construída a partir dos termos da análise prototípica e da similitude por coocorrência, construiu-se outra árvore máxima a partir da constituição de pares pareados pelos profissionais de saúde. Neste momento da pesquisa, como já especificado, retornou-se ao campo de estudo e apresentou-se os 22 cognemas que surgiram no quadro de quatro casas ao termo indutor doenças negligenciadas e solicitou-se que os participantes ligassem uma palavra (cognema) a outra que, em sua concepção, pudessem ficar juntas.

Como resultado da aplicação deste instrumento produziu-se outra árvore

Figura 2 – Árvore máxima de similitude por pares pareados das evocações dos profissionais de saúde ao termo indutor “doenças negligenciadas”, Jequié/BA, Brasil, 2019 (n=30).



Fonte: Autores, 2019.

Tabela 1. Valências descrição, praxia e atribuição do elemento “descaso” para profissionais de saúde, Jequié/BA, Brasil, 2019 (n=30).

Elemento “Descaso”	Conectores Descrição	Conectores Praxia	Conectores Atribuição	Total de conectores ativados
Ativados	384	464	310	1.158
Possíveis	756	1008	588	2352
Valência	0,5	0,46	0,53	0,49

Fonte: Autores, 2019.

Tabela 2. Valências descrição, praxia e atribuição do elemento “ignorância” para profissionais de saúde, Jequié/BA, Brasil, 2019 (n=30).

Elemento “Ignorância”	Conectores Descrição	Conectores Praxia	Conectores Atribuição	Total de conectores ativados
Ativados	374	470	326	1.170
Possíveis	756	1008	588	2352
Valência	0,49	0,47	0,55	0,49

Fonte: Autores, 2019.

máxima considerando o cálculo do índice de similitude que consiste na relação entre o número de coocorrências e o número de sujeitos envolvidos. Tem-se a seguir, na figura 2, o produto da análise de similitude por pares pareados:

Nesta árvore máxima observa-se que os cognemas com maior número de conexões são ignorância, profissionalismo,

DST, doenças e governo, cada uma com 03 conexões. Este resultado demonstra que o termo ignorância continua aparecendo como um elemento central, o que não aconteceu com outro termo frequente, o descaso.

A seguir, apresentam-se a análise dos cognemas que foram submetidos ao esquemas cognitivos de base, desca-

so e ignorância. A escolha por testá-los refere-se à indicação de centralidade na análise prototípica e de similitude por coocorrência, base para a execução da segunda etapa. Os resultados estão expostos na tabela 1, a seguir.

No que diz respeito ao outro termo ignorância, obteve-se o seguinte resultado, conforme tabela 2:

A valência de atribuição, que corresponde a dimensão normativa do pensamento psicossocial apresentou-se tanto para o cognema descaso como para o cognema ignorância com um valor maior diante das outras valências. Isto indica que a dimensão avaliativa foi predominante no pensamento psicossocial dos profissionais de saúde.

Por sua vez, a dimensão avaliativa é ligada aos valores, às normas ou a estereótipos fortemente salientes no grupo; ela permite que o grupo faça julgamentos relativos ao objeto. Esta dimensão é provavelmente marcada por fatores ideológicos e históricos. Ela corresponde ao registro normativo das cognições.⁽⁹⁾

As valências totais dos termos descaso e ignorância, apresentaram uma aproximação lambda de 1,0 para descaso e 0,9 para ignorância significando que estes elementos possivelmente fazem parte do núcleo central da estrutura desta representação social.

DISCUSSÃO

A estrutura representacional dos profissionais de saúde sobre as doenças negligenciadas apresentou por meio da análise prototípica, um núcleo central constituído pelos cognemas descaso e ignorância. Estes termos foram confirmados como elementos do núcleo central após serem submetidos aos testes de centralidade: a constituição de pares pareados e o SCB. Além disto, os resultados mostraram o outro componente da estrutura representacional: o sistema periférico.

A Teoria do Núcleo Central, como

uma das vertentes da grande Teoria das Representações Sociais, propõe a existência de um sistema central, que é representado pelo núcleo central da representação, que tem as seguintes características: é marcado pela memória coletiva; constitui a base comum, consensual e partilhada; estável e coerente; pouco sensível ao contexto social. Por outro lado, pressupõe a existência de um sistema periférico, com as seguintes características: integra experiências e histórias individuais; suporta a heterogeneidade do grupo e das contradições; é evolutivo e sensível ao contexto social.⁽¹⁵⁾

O quadrante superior direito, que corresponde à primeira periferia, apresentou os cognemas que podem ser distintos por meio dos possíveis significados atribuídos a partir dos termos do núcleo central. Percebeu-se que os cognemas falta de recursos e a pobreza estão relacionados à ignorância e ao descaso, constituindo uma dimensão social ligada à promoção da saúde e à prevenção da doença.

Os cognemas que compreendem esta dimensão estão intimamente relacionados ao determinismo social e individual, pois são colocados como principais causadores das doenças negligenciadas. Tais termos estruturados no núcleo central coadunam com as características que histórico-socialmente as doenças negligenciadas passaram a ter, sempre associadas às condições de vida precárias das pessoas acometidas por tais agravos (pobreza e miséria).^(1,6) Resultados anteriores de outra pesquisa de representação social, desenvolvido na cidade também na cidade de Jequié com profissionais, evidenciou essa dimensão político-social de falhas e negligências do Estado.⁽¹⁶⁾

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 diminuam as desigualdades sociais precisam ser fortalecidas.⁽¹⁷⁾

Os outros cognemas (doenças, hanseníase e tuberculose) aproximam-se da dimensão imagética da representação, pois dão concretude ao pensamento através de doenças que possuem alta prevalência na região e podem ser evitáveis com medidas simples.⁽¹⁶⁾ Neste sentido, parece que os profissionais estabelecem uma associação simbólica entre elas e a ignorância e o descaso dos envolvidos (pessoa, profissionais e governo).

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.⁽¹⁸⁾

A dimensão imagética construída a partir dos significados atribuídos aos cognemas doenças, hanseníase e tuberculose coadunam as enfermidades apresentadas como negligenciadas pelo Ministério da Saúde e fortalece a idéia do imaginário social dos profissionais de saúde que convivem cotidianamente, no seu trabalho, com estas entidades mórbidas.

No quadrante inferior esquerdo, ou zona de contraste, encontraram os elementos que podem se apresentar como um subgrupo representacional, fazendo um contraste ao núcleo central, ou, por outro lado, que o reforce. Os cognemas ineficiência, falta compromisso e governo, por exemplo, fortalecem a idéia do descaso institucional e político dos entes federados (Municípios, Estados e União) com as doenças promotoras da pobreza, enquanto irresponsabilidade,

por outro lado, se relaciona a ignorância que aproxima da causalidade individual e da responsabilidade pessoal destas enfermidades.

Resultados de um estudo anterior, desenvolvido com pessoas acometidas com tuberculose e suas representações sociais acerca da doença, evidenciou que o estigma e a discriminação são fatores que compuseram as representações e estão associados baixa adesão ao tratamento. Tais situações acontecem, justamente, por essas pessoas, em sua maioria viverem à margem da sociedade e compor a camada mais baixa da pirâmide social e, assim experimentarem às falhas no atendimento promovido por profissionais que atuam na rede atenção.⁽¹⁹⁾ Desta maneira, a dimensão individual abrangeu a abordagem sobre o conhecimento pessoal ou sua ausência sobre a ideia de saúde e doença, e, neste caso em especial, sobre as doenças negligenciadas.

O significado do cognema ignorância relacionado a irresponsabilidade reproduziu um tipo de pensamento dos profissionais sobre o comportamento do indivíduo diante da doença, estabelecendo uma posição do profissional de explicação das condutas que são promotoras da continuidade destas enfermidades. Os cognemas que compuseram o quadrante inferior direito são aqueles que possuíram menores frequência de evocação e evocados tardiamente, compondo os elementos da segunda periferia das representações. Eles podem ser analisados em dois grupos que remetem ao significado ou se correlacionam aos termos do núcleo central.

O primeiro grupo composto pelos cognemas desassistência, desumanidade e profissionalismo, relacionaram ao cognema descaso e remeteu à ausência de estratégias dos serviços de saúde no combate às doenças, inclusive em relação às atribuições dos profissionais de saúde. O segundo grupo constituído pelos cognemas DST (Doenças

Sexualmente Transmissíveis), hepatite, HIV (Human Immunodeficiency Virus), leishmaniose e sífilis que englobou a dimensão imagética e apresentou a consequência do descaso e da ignorância, ou seja, as diversas doenças que assolam a população vulnerável socialmente.

A limitação social remete ao preconceito sofrido por essas pessoas, e por isso, está associada ao descaso e a ineficiência do atendimento dos profissionais de saúde, visto que faltam estratégias de incluir familiares no tratamento e ações de educação em saúde que possibilitam o entendimento do processo de adoecimento, seus complexadores e mitos. Essas ideias compuseram os resultados de um estudo de representações sociais desenvolvido em Juiz de Fora, Minas Gerais, quanto aos sentidos de vivenciar o adoecimento por tuberculose, que estão para além das limitações físicas.⁽²⁰⁾

Ao analisar os resultados oriundos dos testes de centralidade se pode afirmar que além da confirmação da centralidade dos cognemas ignorância e descaso houve um fortalecimento da construção das dimensões que formaram o conteúdo da estrutura representacional: individual, social e imagética.

Viu-se que na árvore máxima resultante da análise de similitude por coocorrência os cognemas descaso e ignorância foram conectados aos elementos que atribuíram significados relacionados as dimensões individual e social da representação.

O cognema descaso apareceu envolvido pelos elementos que representam, principalmente, os fatores sociais que provocam o surgimento das doenças negligenciadas, como por exemplo, ineficiência e desassistência enquanto o cognema ignorância se conectou aos elementos que representam a condição social como a pobreza, fator determinante na perpetuação das doenças, e a falta de recursos e de investimento por parte do governo nas ações de enfren-

tamentos a estes agravos.

A árvore máxima resultante da análise de similitude por pares pareados apontou a formação de conjuntos de sentido que são relacionados às doenças negligenciadas e sua ocorrência nesta região, segundo as representações sociais dos profissionais de saúde. Durante a sua análise percebeu a presença de significados que relacionaram os cognemas pobreza, doenças e responsabilidade as dimensões social, imagética e individual respectivamente. O cognema pobreza vinculado inicialmente ao termo falta de recursos promove a reflexão sobre as iniquidades sociais que assolam os municípios e que implicam na perpetuação das doenças negligenciadas.⁽²¹⁾

Entende-se que o enfrentamento às iniquidades sociais possibilita a diminuição da vulnerabilidade social, enfatizada nesta dimensão representacional, e por conseguinte, tornam-se determinantes na erradicação, eliminação e controle das doenças negligenciadas.^(16,19)

O cognema doenças se conectou aos elementos que constituem a dimensão imagética das representações sociais dos profissionais de saúde ao identificar as enfermidades que fazem parte do seu processo de trabalho como a assistência as doenças sexualmente transmissíveis, as hepatites, a sífilis, que são endêmicas na região de atuação destes profissionais além da presença das doenças consideradas negligenciadas como a leishmaniose, a hanseníase e a tuberculose.

A dimensão individual nesta análise foi constituída pelo cognema responsabilidade ligada aos elementos desumanidade, atenção, profissionalismo. Trata-se de uma percepção da participação individual tanto dos profissionais de saúde quanto dos indivíduos no processo do cuidado e na prevenção das doenças negligenciadas. Essa relação profissional-indivíduo frente ao cuidado pode colaborar ou dificultar as

práticas colaborativas para o enfrentamento destas enfermidades.

As representações de saúde e cuidado podem ser vistas de diferentes maneiras, pronunciadas como prejuízo, condicionadas à cuidados médicos e tranqüilas quando associadas à adoção de hábitos saudáveis. A dimensão da escolha e de adesão aos modos de vida saudáveis relaciona-se à pessoa e influencia diretamente a sua resposta cognitiva e emocional sobre sua doença e seu comportamento para lidar com isso, a exemplo do que foi apontado por um estudo anterior, também fundamentado na TRS, realizado em Governador Valadares, Minas Gerais.²² Ressalta-se que a percepção da doença se concentra em aspectos cognitivos (identidade, conseqüências da doença, controle pessoal e eficácia do tratamento) e emocionais (consciência da doença, entendimento desta e emoções geradas).⁽²³⁻²⁴⁾

Das valências evidenciadas nos resultados do SCB a que apresentou um maior índice, tanto para o cognema descaso como para a ignorância, foi a valência de atribuição que corresponde a dimensão normativa. Com isso, para os profissionais de saúde, o núcleo central exerce a função de avaliação sobre o objeto representacional (as doenças negligenciadas), portanto, este resultado define que a atitude frente às doenças negligenciadas perpassa mais pelo sentido normativo do que pelas práticas.

A dimensão normativa corresponde a uma parte da RS que forma um conjunto de ideias afetivas e avaliadoras, que se relacionam entre si, pensadas por um grupo sobre determinado objeto social. Quando os elementos avaliativos são centrais na RS é aceitável deduzir que normas sociais influenciam fortemente o pensamento do grupo em questão. Naturalmente a ativação destes elementos é influenciada pelo contexto social e as contingências do momento, em situações de embate sobre o

objeto os elementos avaliativos tendem à sobre-ativação.^(9,22,25)

Ressalta-se que estes profissionais de saúde atuam diretamente na assistência às pessoas acometidas pelas doenças consideradas negligenciadas. No entanto, seu pensamento social reflete um significado normativo pelo fato de atribuir as causas destes agravos principalmente aos serviços de saúde e a ausência de cuidado e conhecimento da população em geral.⁽²²⁻²⁵⁾

A partir destes elementos constituintes do núcleo central, a representação social foi compreendida por três dimensões que se entrelaçaram e articularam a construção deste conhecimento elaborado pelos profissionais de saúde: a dimensão individual, a dimensão social e a dimensão imagética. A estrutura das representações sociais acerca das doenças negligenciadas apresentou as principais características do pensamento psicossocial dos profissionais de saúde, pois elencou as causas das doenças, as suas conseqüências e ainda a sua imagem diante da sociedade.

Outrossim, ao serem analisados os elementos evocados que mais apareceram nos resultados, pondera-se que os termos descaso e ignorância fazem parte do núcleo central desta representação pelo fato de emergirem nas quatro análises definidas neste estudo, sendo determinada a estrutura da representação. Nesse sentido, os resultados contribuem para a prática profissional, na medida em que são conhecidos os componentes do núcleo central que exercem uma função normativa frente ao objeto representacional e os profissionais de saúde, com suas idéias, pensamentos, significados e representações, poderão estabelecer estratégias de cuidado voltadas à prevenção e minimização das causas das doenças, auxiliando inclusive no combate à pobreza e às necessidades de saúde decorrentes dela.

No que diz respeito às limitações

deste estudo pode-se afirmar que poderiam ser aplicados outros testes de centralidade que compreendem as técnicas metodológicas relacionadas a abordagem estrutural das representações sociais. Outro fator limitante é a lacuna teórica com artigos mais atualizados sobre doenças negligenciadas, sobretudo com uso de recursos da TRS, que possa aprofundar na discussão com as representações produzidas por grupos sociais de outros contextos nacionais ou internacionais.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a estrutura representacional está organizada com os léxicos descaso e ignorância, que permearam questões ligadas à invisibilidade, estereótipos e imagem social que as doenças negligenciadas possuem na sociedade. Além disso, pondera-se que as representações sociais dos profissionais de saúde estão estruturadas em aspectos conceituais percebidas nos léxicos doenças, tuberculose e hanseníase, bem como características sociais que as doenças negligenciadas possuem, sedimentadas nas evocações falta-recurso e pobreza, duas condições constitutivas que remetem à pouca importância dada pelo Estado e pela indústria farmacêutica.

A estrutura representacional aponta para a necessidade da construção de práticas colaborativas dos profissionais de saúde, dos gestores e dos indivíduos no controle e nas estratégias de enfrentamento as doenças negligenciadas, com vistas na melhoria da qualidade de vida, bem-estar e condições de vida da população afetada, por meio do acesso a tratamentos mais eficazes e condições de vida dignas possibilitada pelo Estado, já que a pobreza e a miséria associadas rotineiramente às doenças, são colaboradas por vácuos sociais possibilitado pelos governos. 🐦



Referências

1. Oliveira RG. Sentidos das Doenças Negligenciadas na agenda da Saúde Global: o lugar de populações e territórios. *Ciênc Saúde coletiva* [Internet]. 2018 [cited 2020 May 18];23(7):2291-2302. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09042018>
2. Brasil. 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. 2019. Available from: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/10/PJSSaudeAmanha_texto0035_V03.pdf. Accessed 18 May 2020.
3. World Health Organization (WHO). Neglected tropical diseases. 2016. Available from: http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/. Accessed 18 May 2020.
4. Brasil. 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. 2018. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf. Accessed 18 May 2020.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2017. Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. 2018. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf. Accessed 18 May 2020.
6. Medeiro R. O invisível na saúde: doenças negligenciadas. *Ver human Médicas* [Internet]. 2014 [cited 2020 Oct 05];5:55-72. Available from: https://dndi.org/wp-content/uploads/2014/08/RevistaConselhoFederalMedicina_o_invisivel_na_saude_capa.pdf
7. Moscovici S. Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social. Rio de Janeiro: Vozes; 2015.
8. Apostolidis T, Fonte D, Aléssio RLS, Santos MFS. Representações sociais e educação terapêutica: questões teórico-práticas. *Saúde soc* [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 05];29(1):e190299. doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020190299>.
9. Wolter RP, Wachelke J, Naiff D. A abordagem estrutural das representações sociais e o modelo dos esquemas cognitivos de base: perspectivas teóricas e utilização empírica. *Temas psicol* [Internet]. 2016 [cited 2020 Oct 05];24(3):1139-52. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.3-18>.
10. Abric JC. Pratiques sociales et representations. Paris: PUF, 1994.
11. Vergés P. Ensemble de programmes permettant l'abalyse des evocations - Manuel. Version de 5 de abril de 2002.
12. Silva EA, Viveiros KFM. Representações sociais de pobreza construídas pelos cursistas da Especialização Educação, Pobreza e Desigualdade Social realizada no Rio Grande do Norte: primeiros resultados. *Educrev* [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 05];2(2):35-54. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.51389>
13. Gomes AMT, Marques SC, Apostolidis T, Nogueira VPF, Souza KPDS, França LCM. Representações sociais da espiritualidade de quem vive com Aids: um estudo a partir da abordagem estrutural. *Psi saber Social* [Internet]. 2017 [cited 2020 Oct 05];5(2):187-197. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2016.27037>
14. Rouquette ML, Rateau, P. Introduction à l'étude des représentations sociales. Grenoble: PUG, 1998.
15. Wolter R. A abordagem estrutural das representações sociais: pontes entre teoria e métodos. *Psico-USF* [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 05];23(4):621-31. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-82712018230403>
16. Santos CS, Gomes AMT, Souza FS, Marques SC, Lobo MP, Oliveira DC. Representações sociais de profissionais de saúde sobre doenças negligenciadas. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [cited 2020 oct 05];21(1):e20170016. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170016>
17. Vieira VM. Contribuições da técnica de "associação livre de palavras" para a compreensão da sexualidade na adolescência. *REP* [Internet]. 2018 [cited 2020 Oct 05];26(1):260-81. Available from: <http://seer.upf.br/index.php/rep/article/view/6126>
18. Lira K, Castro R. Representações sociais dos/as professores/as acerca da violência contra a mulher: uma análise estrutural. *PSI UNISC* [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 05];4(2):7-24. doi: <http://dx.doi.org/10.17058/psiunisc.v4i2.14940>
19. Braga SKM, Oliveira TS, Flavio FF, Vêras GCB, Silva BN, Silva CRDV. Estigma, preconceito e adesão ao tratamento: representações sociais de pessoas com tuberculose. *Rev Cuid*. 2020; 11(1): e785. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.785>
20. Silva EAS, Girlene AO. Sentido de vivenciar a tuberculose: um estudo sobre representações sociais das pessoas em tratamento. *Physis* [Internet]. 2016 [Acessado 23 Abril 2021];26(4):1233-47. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000400009>.
21. Brasil. 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. 2018. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf. Accessed 18 May 2022.
22. Leão e Silva LO, Rodrigues SM, Brandão MBF, Dias CA, Fernandes ETP. Representações Sociais do Processo de Diagnóstico e Cura da Hanseníase. *Ver Psicol Saúde* [Internet]. 2020 [citado 2021 Abr 24];12(2):73-87. doi: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v0i0.859>.
23. Organização Mundial da Saúde (OMS). Primeiro Relatório da OMS sobre Doenças Tropicais Negligenciadas: Avanços para superar o impacto global de doenças tropicais negligenciadas. 2012. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/primeiro_relatorio_oms_doencas_tropicais.pdf. Accessed 18 May 2020.
24. Fiorati RC, Arcêncio RA, Souza LB. Social inequalities access to health: challenges for society and the nursing field. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2020 oct 05];24: e2687. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0945.2687>
25. Nascimento MEB, Mantovani MF, Oliveira DC. Cuidado, doença e saúde: representações sociais entre pessoas em tratamento dialítico. *Texto contexto – enferm* [Internet]. 2018 [cited 2020 oct 05];27(1):e3290016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0702018003290016>.