








DIMENSÃO PRÁTICA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS

PRACTICAL DIMENSION OF THE HEALTH PROFESSIONALS' SOCIAL REPRESENTATIONS ABOUT NEGLECTED DISEASES

Charles Souza Santos¹ 
Antonio Marcos Tosoli Gomes² 
Flavia Silva Souza¹ 
Gleide Magali Lemos Pinheiro¹ 
Vanda Palmarella Rodrigues¹ 
Juliana Costa Machado¹ 
Virgínia Paiva Figueiredo Nogueira² 

ABSTRACT

Objective: to analyze the practical dimension of health professionals' social representations about neglected diseases. Method: a qualitative study, supported by the Theory of Social Representations, developed between March and October 2018 in primary and secondary care units in the inland of Bahia, Brazil. The data were collected by means of in-depth interviews and submitted to lexical analysis using the IRAMUTEQ software. Results: the social representations consisted of a practical dimension that described the care process of health professionals with their difficulties and potentialities when facing neglected diseases. Conclusion: the practical dimension of the social representation indicated the need for public policies directed to neglected diseases, care practices in permanent education in health and professional training with comprehensive care.

DESCRIPTORS: Neglected Diseases; Public Health Nursing; Health Personnel; Health Manager; Poverty.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Santos CS, Gomes AMT, Souza FS, Pinheiro GML, Rodrigues VP, Machado JC, Nogueira VPF. Dimensão prática das representações sociais dos profissionais de saúde sobre as doenças negligenciadas. Cogit. Enferm. [Internet]. 2021 [acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.76116>.

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, BA, Brasil.

²Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

As doenças negligenciadas correspondem ao 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. São também compreendidas como doenças infecciosas de grande importância na saúde pública e que deixaram de receber atenção adequada por parte da ciência como um todo⁽¹⁾.

As doenças negligenciadas são endêmicas em 149 países e afetam mais de um bilhão de pessoas no mundo. Um grande número destas doenças é causado por parasitos e possui, pelo menos, um vetor envolvido em seu ciclo. As populações de países pobres e em desenvolvimento tornam-se vulneráveis a contrair tais doenças, já que vivem sem saneamento adequado e em contato com vetores de doenças e animais reservatórios de parasitos⁽²⁾.

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 prioritárias para a instituição⁽³⁾. 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 lista as seguintes doenças como negligenciadas: Doença de Chagas, Esquistossomose Mansonii, Hanseníase, Filariose Linfática, Leishmaniose Tegumentar, Leishmaniose Visceral, Oncocercose, Raiva humana e 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; 7.786 óbitos por múltiplas infecções foram registrados principalmente nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Nordeste⁽³⁾.

Estudo realizado nesta temática apontou que, no pensamento social de profissionais de saúde, destaca-se a interface entre as doenças negligenciadas e as condições sociais, individuais e políticas, coadunando com a ideia de descaso pelas instituições envolvidas no combate a essas enfermidades. Desta forma, percebe-se, na realidade, que poucos setores da sociedade se dão conta da magnitude destas enfermidades, e não se proporcionam medidas eficazes no combate a tais agravos⁽⁵⁾.

Entende-se que o panorama apresentado em nível mundial e nacional fortalece a necessidade de ampliar os estudos sobre as doenças negligenciadas tendo como ponto de partida a análise do conhecimento 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).

Os conhecimentos elaborados pelos profissionais de saúde certamente favoreceram a compreensão das atitudes e práticas para o enfrentamento das doenças negligenciadas. As representações sociais são modalidades de pensamento prático orientado para a comunicação, a compreensão e o domínio do ambiente social, material e ideal⁽³⁾. A partir do contexto apresentado, tem-se por objetivo analisar a dimensão prática das representações sociais de profissionais de saúde sobre doenças negligenciadas.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, com sustentação na Teoria das

Representações Sociais em sua abordagem processual. Foi realizada em instituições de saúde, de níveis primário e secundário, no município de Jequié-BA, entre janeiro de 2018 e abril de 2019.

O grupo de participantes foi composto por 27 profissionais de saúde que atuavam diretamente na assistência a pessoas afligidas por, pelo menos, uma das doenças consideradas negligenciadas pelo Ministério da Saúde. Os critérios de inclusão no grupo de participantes foram: ser enfermeiro, médico ou técnico de enfermagem na instituição, totalizando nove participantes para cada uma dessas profissões; profissional de saúde com tempo mínimo de um ano de atuação nas instituições que desenvolvem ações no tratamento das doenças negligenciadas. Os critérios de exclusão foram: profissional de saúde que não atua junto à assistência de pessoas acometidas pelas doenças negligenciadas e profissionais afastados da instituição.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de um roteiro temático para entrevista em profundidade, no período de março a outubro de 2018. Os participantes foram recrutados nas unidades primárias e secundárias de saúde, sendo consultados se desejavam participar. A abordagem aos participantes incluiu as orientações sobre o objetivo da pesquisa e a explicação sobre o método de coleta de dados. Após a abordagem, foi feito um agendamento para aplicação do roteiro conforme a disponibilidade de cada participante. A aplicação do instrumento de coleta demandou aproximadamente 30 minutos para a sua realização.

A entrevista em profundidade se constitui como importante método aos estudos de representações sociais, sendo caracterizada como uma situação de interação finalizada. Acredita-se que a entrevista possibilita o acesso ao conteúdo de uma representação e às atitudes desenvolvidas pelo indivíduo⁽⁶⁾.

As entrevistas foram gravadas com auxílio de um dispositivo eletrônico, aplicadas somente por um dos autores deste estudo 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*). Este programa 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)⁽⁷⁾.

Deste processamento resultou um corpus que incluiu todos os textos da entrevista transcritos sobre as doenças negligenciadas, apresentando 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⁽⁸⁾.

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

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, com o parecer favorável nº 2.113.727/2017.

RESULTADOS

Os profissionais de saúde foram distribuídos em três categorias: nove enfermeiros, nove técnicos de enfermagem e nove médicos; em sua maioria, 23 (85,1%) 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 14 (51,8 %) profissionais 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 se visualizou um percentual de 11 (41%) 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 (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, que definiu sete classes divididas em dois eixos, conforme Figura 1.

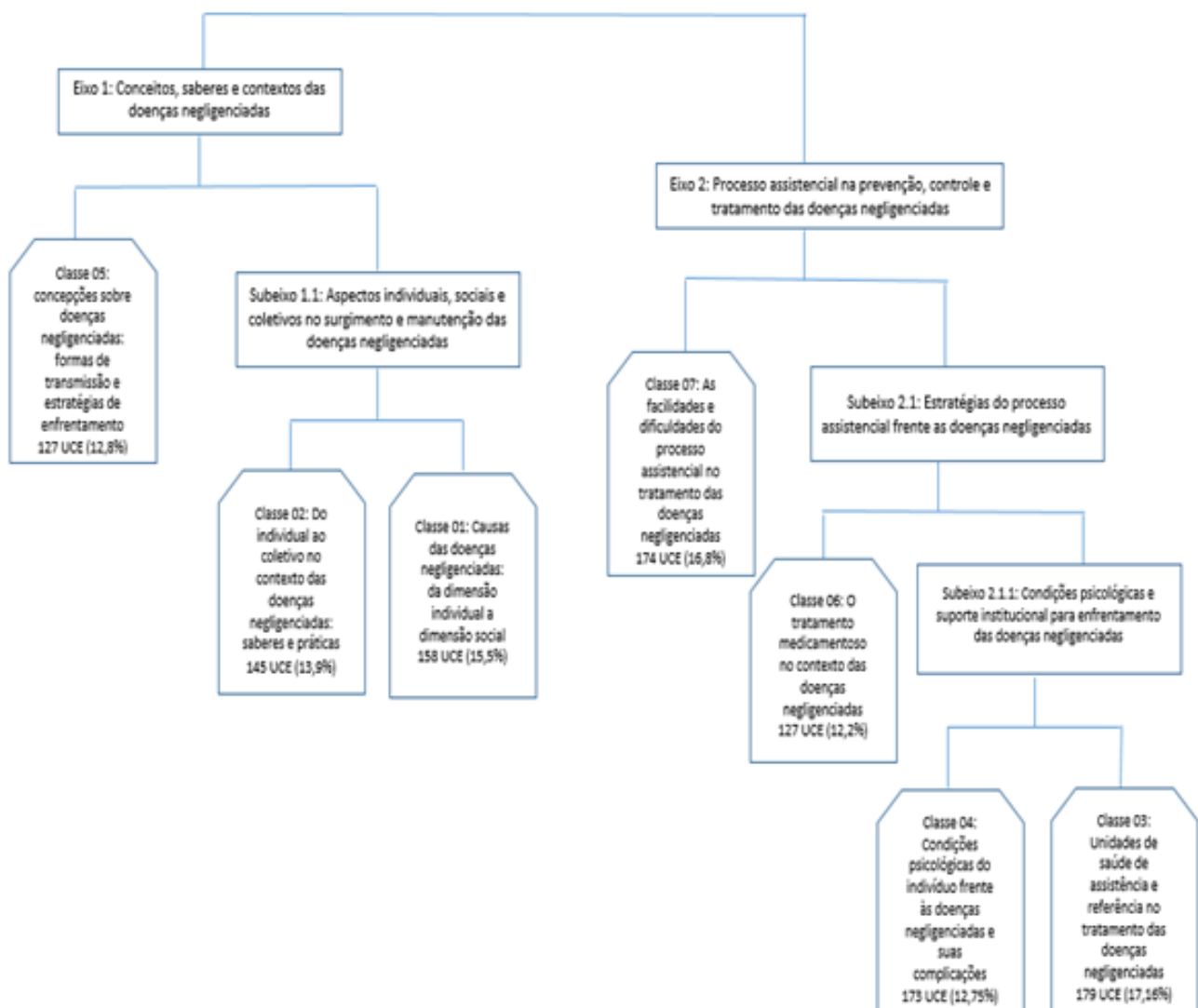


Figura 1 - Distribuição das classes temáticas em eixos, oriundas da classificação hierárquica descendente. Jequié, BA, Brasil, 2018
Fonte: Autores (2018)

A abordagem desse estudo concentra-se na discussão do Eixo 2, denominado de “Processo assistencial na prevenção, controle e tratamento das doenças negligenciadas” que, em primeiro momento, abarca a classe 07, ‘as facilidades e dificuldades do processo assistencial no tratamento das doenças negligenciadas’ e o subeixo 2.1, ‘estratégias do

processo assistencial frente as doenças negligenciadas'. Este subeixo engloba a Classe 06, 'o tratamento medicamentoso no contexto das doenças negligenciadas', e o subeixo 2.1.1, 'condições psicológicas e suporte institucional para enfrentamento das doenças negligenciadas', que, por fim, oferece contextos às classes 04, 'condições psicológicas do indivíduo frente às doenças negligenciadas e suas complicações', e 03, 'unidades de saúde de assistência e referência no tratamento das doenças negligenciadas'.

O Eixo 02 possibilitou a construção da dimensão prática das representações sociais dos profissionais de saúde sobre as doenças negligenciadas, pois tratou principalmente do processo assistencial na prevenção, controle e tratamento destas entidades mórbidas, com reflexões sobre as atitudes dos envolvidos na tríade do cuidado (indivíduo, equipe de saúde e gestor). Emergiram as convicções e crenças destes profissionais sobre as diversas posturas e práticas de cuidado e autocuidado frente às doenças negligenciadas.

A classe 07 apresentou o acolhimento; a relação equipe-paciente, a busca ativa e a imunização como facilidades do processo assistencial diante das doenças negligenciadas. Nesta estrutura lógica de atendimento, inicia-se o processo assistencial por meio do acolhimento da equipe, consolidando as convicções e formas de conhecimento no tratamento dos agravos em discussão.

No discurso dos profissionais de saúde, encontram-se diversos destaques ao acolhimento realizado pela equipe de saúde e suas implicações no tratamento das doenças diagnosticadas durante a assistência à saúde destes indivíduos.

A equipe daqui acolhe muito bem, não tenho o que dizer não, os profissionais ficam responsáveis em identificar a doença e zelar pelo tratamento do paciente, eu aqui faço as consultas, realizo o diagnóstico das doenças e estabeleço o tratamento medicamentoso. (E 05, Médico, $x^2=449.85$)

Para realizar os exames diagnósticos também, e a facilidade é o acesso direto à equipe, que acolhe muito bem todos que chegam aqui. (E 06, Médico, $x^2=373.30$)

Outras facilidades apontadas pelos profissionais de saúde no controle e tratamento das doenças foram elencadas como: a realização da busca ativa e a imunização.

Aqui eu desenvolvo a consulta com exame físico, busca ativa, controle dos comunicantes, indicação do tratamento profilático, imunização em alguns casos e ainda a educação em saúde junto com os agentes comunitários de saúde. (E 19, Enfermeiro, $x^2=378.24$)

Os profissionais de saúde evidenciaram também na classe 07 as dificuldades enfrentadas, tanto pelos usuários quanto pelos trabalhadores da saúde, no tratamento das doenças negligenciadas, em especial a falta de recursos para a efetivação dos serviços.

A dificuldade principal é essa, quando faltam alguns recursos na unidade e o problema da pessoa não é resolvido, e a facilidade é a empatia da equipe, o acolhimento que temos, aqui funciona mesmo, o paciente só sai daqui sem resolver seu problema quando não tem jeito. (E 20, Enfermeiro, $x^2=431.01$)

As dificuldades para seguir tratamento, demora no diagnóstico, falta de recursos em outra ocasião o paciente pra fazer a baciloscopia, tinha que pagar. (E 23, Técnico de enfermagem, $x^2=262.45$)

No que diz respeito à falta de recursos, evidencia-se a ausência da medicação; a escassez de exames para diagnóstico da doença, comprometendo a eficácia do tratamento; os recursos sociais do próprio paciente, como a alimentação e o difícil acesso à unidade de saúde. Todas estas dificuldades implicam na perpetuação das doenças e diminuem a resolutividade das instituições de saúde e do processo de trabalho dos profissionais.

O pensamento dos profissionais de saúde, na classe 06, constatou a importância do tratamento medicamentoso, mesmo sem as inovações tecnológicas, que possivelmente

trariam maiores condições de adesão ao uso das medicações.

O tratamento principal é o medicamentoso porque está mais próximo do nosso trabalho, tem outras atividades, mas essa que a gente tem mais autonomia, a equipe acolhe os pacientes da maneira adequada, tratando cada um com sua peculiaridade. (E 07, Médico, $x^2=324.41$)

Os tratamentos são o uso dos antibióticos e também o tratamento das hepatites, de acordo com o tipo e o quadro do paciente, as dificuldades são a realização dos exames e entrega demorada dos resultados, deixando os pacientes aí transmitindo a doença por falta de um diagnóstico preciso. (E 10, Médico, $x^2=315.60$)

Na classe 04, os profissionais de saúde emitiram em seu pensamento psicossocial a ideia de que os aspectos psicológicos influenciam no enfrentamento das doenças, ultrapassando a visão biomédica da saúde e implementando outros modelos que explicam o processo saúde doença; neste caso, ressalta-se a dimensão psicológica evidenciada nos relatos dos participantes.

Eu às vezes tenho observado, vamos fazer o levantamento deste perfil epidemiológico porque a gente tem percebido pessoas com problemas de ordem realmente psicológica e que na verdade, eu vejo ainda muito solto esta situação. (E 15, Enfermeiro, $x^2=223.11$)

Outro sentimento que desponta como constituinte da conjuntura psicológica do indivíduo segundo o pensamento destes profissionais foi o medo: o medo das complicações oriundas da doença, o medo relacionado à ausência de informações sobre o tratamento e a possível cura destes agravos; enfim, a constatação do diagnóstico destas morbidades pelo indivíduo desperta este sentimento de fragilidade diante da situação do estado de saúde.

Medo da doença, medo de não ficar curado, medo que o vizinho já teve e que até hoje não ficou bom, a gente vai explicar porque que o vizinho não ficou bom porque não seguiu o tratamento correto. (E 11, Enfermeiro, $x^2=168.77$)

Com a medicação no tempo certo, com o aparato psicológico, a gente sabe que impacta muito, e mais essas nuances que vai fazer com ele se perceba que ele tá sendo visto no sistema único de saúde. (E 15, Enfermeiro, $x^2=171.29$)

Na classe 03, teve-se a oportunidade de evidenciar os principais locais de assistência ao tratamento das doenças negligenciadas, observando o itinerário do indivíduo no sistema de referência e contrarreferência, e ainda, identificar as práticas de risco adotadas pelos indivíduos frente ao processo do adoecimento e os sentimentos apresentados durante este momento.

Pra ele tomar o remédio lá, muitas vezes eles voltam porque não teve o acolhimento necessário nestas unidades e aí volta pra aqui, então é um problema e aí eu faço aqui o diagnóstico e o tratamento. (E 01, Médico, $x^2=231.91$)

DISCUSSÃO

O acolhimento é uma ação que deve existir em todas as relações de cuidado, no vínculo entre trabalhadores de saúde e usuários, na prática de receber e escutar as pessoas, e deve ser estabelecido como uma ferramenta que possibilite a humanização do cuidado, amplie o acesso da população aos serviços de saúde, assegure a resolução dos problemas, coordene os serviços e vincule a efetivação de relações entre profissionais e usuários.

Neste sentido, pode-se afirmar que a prática do acolhimento está presente em todas

as relações de cuidado e pode se configurar de diferentes formas, dependendo de quem participa dos processos e de como e em que condições este processo se dá. À vista disso, em vez de indagar se, em algum serviço, existe ou não o uso da ferramenta acolhimento, talvez seja mais pertinente avaliar como ele se concretiza ou é empregado. O acolhimento é transmitido menos no discurso sobre ele do que nas práticas propriamente ditas⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Por sua vez, na continuidade do processo assistencial das doenças negligenciadas, a relação entre equipe e paciente se fortalece na medida em que existe a determinação de um plano de cuidados no restabelecimento da saúde ao evidenciar o diálogo como um instrumento do cuidar, que possibilita ao profissional de saúde elencar as reais necessidades do indivíduo e a partir disto estabelecer as estratégias de tratamento.

O relacionamento entre paciente e profissional de saúde é a base de todo tratamento e a qualidade desse relacionamento tem impacto direto sobre a saúde. A qualidade dessa comunicação, acompanhada de um bom vínculo terapêutico e da sensibilidade do profissional em perceber o contexto na totalidade, é propulsora de uma eficiente atenção à saúde integral do paciente. Por mais aprimorada que seja uma técnica, ela tenderá a ser inócua ou alienante se não for associada a uma boa relação profissional-paciente⁽¹¹⁾.

Na classe 06, os profissionais de saúde constituíram em sua representação a relevância do tratamento medicamentoso no processo assistencial, colocando-o como uma das principais estratégias de enfrentamento das doenças negligenciadas. Este pensamento reflete a reprodução, pelos profissionais de saúde, do modelo exclusivamente biomédico para assistência à saúde da população em detrimento aos modelos alternativos assistenciais que ampliam a visão reducionista e modelo curativista, dando foco ao fortalecimento de medidas que tem a finalidade de inserir o indivíduo no centro da assistência, observando a integralidade e os fatores multicausais do adoecimento.

O acesso específico à assistência farmacêutica, além de abordado em legislações complementares, é assegurado por duas políticas de estado: a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Para a viabilização do acesso a medicamentos, fica ainda mais clara a prerrogativa do Sistema Único de Saúde (SUS) de formulação e execução de políticas econômicas e sociais, uma vez que se trata de uma área profundamente influenciada por práticas comerciais e interesses mercadológicos diversos, muitas vezes conflitantes com o interesse público⁽¹²⁾.

Este seria um caminho ideal para a inovação de tecnologias voltadas para o desenvolvimento de fármacos que estão intimamente ligados ao tratamento das doenças da pobreza, com a aplicação das políticas de assistência farmacêutica já existentes e ainda com a participação dos gestores, principalmente nas regiões de maior endemicidade destes agravos, compactuando a realidade local ao incluir em seus planos municipais de saúde a prioridade desta inovação nos medicamentos.

Os aspectos emocionais podem ser precedentes do desencadeamento de problemas físicos, bem como enfermidades causadas por agentes orgânicos também podem desencadear reações emocionais diversas. A saúde pode ser influenciada por variadas condições, tais como diferenças individuais, traços de personalidade, sistema de crenças e atitudes, comportamentos, redes de suporte social e meio ambiente. Embora a evidência experimental seja ainda inconsistente, em alguns casos, os dados advindos de estudos sobre saúde e comportamento sugerem que os processos psicológicos e os estados emocionais estão diretamente relacionados com a etiologia e a disseminação de doenças⁽¹³⁾.

A avaliação psicológica em ambientes médicos pode ser considerada uma ferramenta adequada na apropriação de decisões a respeito do diagnóstico diferencial, tipo de tratamento necessário e prognóstico. A detecção precoce de problemas comportamentais e/ou distúrbios psicológicos/psiquiátricos em pacientes inseridos em ambientes médicos pode significar um grande diferencial com relação ao tipo e qualidade do atendimento oferecido ao paciente, bem como diminuição do sofrimento e de custos operacionais institucionais. A avaliação psicológica não deve estar ligada somente a pacientes

hospitalizados, mas também a diversos espaços e especialidades em saúde, tais como clínicas particulares de especialidades ou centros de saúde⁽¹⁴⁾.

Viu-se que a assistência à saúde realizada pelos profissionais participantes deste estudo acontece tanto na atenção primária quanto nas instituições de referência (atenção secundária), portanto, a organização dos serviços de saúde possui características diferentes de acordo com o grau de complexidade da assistência. No entanto, o que precisa ser observado neste contexto é a conformidade desta organização junto às determinações previstas no âmbito do SUS. Atualmente tem-se a ideia da construção da assistência em redes de atenção à saúde, onde as necessidades, independentemente de sua complexidade, são atendidas nos serviços de saúde organizados em redes de atenção.

Os sistemas integrados ou redes de atenção à saúde têm produzido resultados significativos em diversos países e são apontados como eficazes tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, entre outros), quanto em sua capacidade de fazer face aos desafios mais recentes do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário, tais como o crescimento proporcional das doenças crônicas, a elevação dos custos de tecnologias, e as necessidades especiais advindas do envelhecimento populacional⁽¹⁵⁾.

O pensamento psicossocial dos profissionais de saúde acerca das doenças negligenciadas produziu uma dimensão prática que se constituiu pelas práticas sociais, representadas pelas atitudes da tríade (indivíduo/profissionais de saúde/gestores), mostrando a descrição das atividades de cada um, sendo sustentadas muitas vezes pelo descaso e outras vezes pelas manifestações de estratégias de combate às enfermidades ora estudadas.

Este grupo social delimitado pelos profissionais de saúde desenvolve práticas que favorecem a perpetuação das doenças negligenciadas, por não compreenderem a relevância da condição social como a pobreza e a ignorância na promoção destas enfermidades e ao associarem a incidência e a prevalência destes agravos à dimensão exclusivamente biológica. Houve uma configuração social apontando um descaso junto às doenças negligenciadas dos partícipes deste processo saúde doença, cada qual com suas responsabilidades, emitindo uma concepção estritamente biomédica e incipiente no controle destes agravos.

A realidade social produzida pelos profissionais de saúde mostrou a relevância das práticas sociais no sentido de construir uma imagem sobre as doenças negligenciadas, principalmente no que diz respeito às suas causas, pois para o grupo social estas enfermidades ainda ocorrem na região por conta não somente da dimensão biológica, mas também por outros motivos que envolvem os condicionantes e determinantes do processo saúde doença.

Nesse contexto, a noção de negligência precisa ser assumida, não somente em termos de doenças, mas principalmente de pessoas negligenciadas, o que requer o questionamento crítico das racionalidades que informam os modos de operar as políticas, já que de um lado apresentam indiscutíveis avanços em termos de saúde pública, mas de outro mantêm as regras e os contornos nos marcos da subalternidade e da dependência⁽¹⁶⁾.

Uma realidade social, como entende a TRS, é criada apenas quando o novo ou não familiar vem a ser incorporado aos universos consensuais. O fato de que isso ocorre sob o peso da tradição, da memória, do passado, não significa que não se estejam criando e acrescentando novos elementos à realidade consensual, produzindo mudanças no sistema de pensamento social, ou dando prosseguimento à construção do mundo de ideias e imagens em que se vive⁽¹⁷⁾.

A realidade social, partindo do pensamento dos profissionais de saúde, significa uma nova ideia e imagem sobre as práticas sociais que entornam as doenças negligenciadas, tendo como sustentação o descaso e a ignorância dos sujeitos que compõem a tríade

indivíduo, profissional de saúde e políticos. São estas práticas que se tornaram familiares para o contexto das doenças negligenciadas, considerando que a sua endemicidade e perpetuação continuam assolando grande parte da população mundial, diminuindo a qualidade de vida, o desenvolvimento cognitivo e a saúde integral.

Como limitações do estudo, ressalta-se a dificuldade em realizar a entrevista com mais profissionais ou de outras categorias que também desenvolvem ações de prevenção e combate às doenças negligenciadas, o que pode não refletir toda a dimensão das práticas profissionais realizadas no âmbito do município.

CONCLUSÃO

A dimensão prática das representações sociais de profissionais de saúde sobre doenças negligenciadas constituiu-se da descrição das facilidades e dificuldades encontradas pelos profissionais diante destas enfermidades. Foram apresentadas estratégias de enfrentamento, como a discussão sobre o tratamento medicamentoso, a influência dos aspectos psicológicos no processo do adoecimento tendo o medo, o estigma e o preconceito como pilares na reconstrução individual do processo saúde-doença e, por fim, o acesso às unidades de saúde que são referência no combate às doenças negligenciadas.

Considerando que as representações sociais dos profissionais de saúde gerenciam e influenciam suas práticas de cuidado, modificando a realidade que os cerca e protagonizando novos saberes e conhecimentos indispensáveis para o controle, a prevenção e o tratamento das doenças negligenciadas, o estudo suscita reflexões sobre as práticas dos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença (indivíduo, equipe de saúde e gestor). Isto porque não se pode desconsiderar o impacto que a construção social tem na prática profissional, considerando as condições estruturais dos serviços ofertados, a capacitação para a produção do cuidado e as políticas públicas direcionadas às pessoas com doenças negligenciadas.

Para tanto, urge o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas ao contexto dessas morbidades, além da resignificação das práticas de cuidado dos profissionais de saúde com ações de educação permanente em saúde e instrumentalização no campo da formação profissional em saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Mathers CD, Gore FM, Patton GC, Ferguson J, Sawyer SM. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: authors' reply. *The Lancet* [Internet]. 2012 [acesso em 14 jul 2020]; 377(9810). Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60020-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60020-8).
2. World Health Organization (WHO). Control of Neglected tropical diseases. [Internet]. Geneva: WHO; 2016. [acesso em 14 jul 2020]. Disponível em: http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/.
3. Ministério da Saúde (BR). Saúde Amanhã. Doenças tropicais negligenciadas: uma agenda inacabada [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2019 [acesso em 14 jul 2020]. Disponível em: https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/10/PJSSaudeAmanha_Texto0035_V03.pdf.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2017. Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 14 jul 2020]. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude-brasil-2017-analise-situacao-saude-desafios-objetivos-desenvolvimento-sustentavel.pdf>.

5. Santos CS, Gomes AMT, Souza FS, Marques SC, Lobo MP, Oliveira DC de. Representações sociais de profissionais de saúde sobre doenças negligenciadas. Esc Anna Nery [Internet]. 2017 [acesso em 14 jul 2020]; 21(1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/LkSxbSSmzj6kn3dq4Y7gSwD/?lang=pt>.
6. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 9.ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2012.
7. Abric JC. Metodología de recolección de las representaciones sociales. In: Prácticas sociales y representaciones. México: Ediciones Coyoacán; 2001, p. 53-74.
8. Camargo BV, Justo AM. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. Temas psicol. [Internet]. 2013 [acesso em 14 jul 2020]; 21(2): 513-18. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 14 jul 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf.
10. Lopes AS. Acolhimento prescrito x real: uma análise sobre as relações entre trabalhadores e usuários na Estratégia Saúde da Família [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2014. Disponível em: https://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/dissertacoes/2014_UFRN_Adriana%20Santos%20Lopes.pdf.
11. Assunção GS, Queiroz E. Abordagem do tema “relação profissional de saúde-paciente” nos cursos de saúde da Universidade de Brasília. Psicologia: ensino & formação [Internet]. 2015 [acesso em 14 jul 2020]; 6(2): 18-36. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pef/v6n2/v6n2a03.pdf>.
12. Santana RS, Lupatini E de O, Leite SN. The regulation and adoption of health Technologies under Brazil's Unified Health System: barriers to access to medicines for diseases of poverty? Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2017 [acesso em 14 jul 2020]; 22(5): 1417-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.32762016>.
13. Capitão CG, Scortegagna SA, Baptista MN. A importância da avaliação psicológica na saúde. Avaliação psicológica [Internet]. 2005 [acesso em 14 jul 2020]; 4(1): 75-82. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v4n1/v4n1a09.pdf>.
14. Stout CE, Cook LP. New Areas for Psychological Assessment in General Health Care Settings: what to do today to prepare for tomorrow. J. Clin Psychol [Internet]. 1999 [acesso em 14 jul 2020]; 55(7): 797-812. Disponível em: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199907\)55:7%3C797::AID-JCLP3%3E3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199907)55:7%3C797::AID-JCLP3%3E3.0.CO;2-O).
15. Ouverney AM, Noronha JC de. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. v. 3. [acesso em]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/98kfw/pdf/noronha-9788581100173-06.pdf>.
16. Oliveira RG de. Meanings of Neglected Diseases in the Global Health agenda: the place of populations and territories. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2018 [acesso em 12 abr 2021]; 23(7). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09042018>.
17. Sá CP de. Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2015.

DIMENSIÓN PRÁCTICA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE LAS ENFERMEDADES DESATENDIDAS

RESUMEN:

Objetivo: analizar la dimensión práctica de las representaciones sociales de los profesionales de la salud sobre las

enfermedades desatendidas. Método: estudio cualitativo, con base en la Teoría de las Representaciones Sociales, desarrollado entre marzo y octubre de 2018 en unidades de atención primaria y secundaria de un municipio del interior del estado de Bahía, Brasil. Los datos se recopilaron por medio de entrevistas en profundidad y se los sometió a análisis lexical utilizando el programa de software IRAMUTEQ. Resultados: las representaciones sociales se constituyeron por una dimensión práctica que describió el proceso asistencial de los profesionales de la salud con sus dificultades y potencialidades en el afrontamiento de enfermedades desatendidas. Conclusión: la dimensión práctica de las representaciones sociales señaló la necesidad de implementar políticas públicas direccionadas a las enfermedades desatendidas, a prácticas de atención en educación permanente en salud, y la capacitación profesional con integralidad de la atención.

DESCRIPTORES: Enfermedades desatendidas; Enfermería en Salud Pública; Personal de Salud; Gerente de Salud; Pobreza.

DIMENSÃO PRÁTICA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS

RESUMO:

Objetivo: analisar a dimensão prática das representações sociais de profissionais de saúde sobre as doenças negligenciadas. Método: estudo qualitativo, apoiado na Teoria das Representações Sociais, desenvolvido entre março e outubro de 2018, em unidades de atenção primária e secundária de um município do interior da Bahia, Brasil. Os dados foram coletados por meio da entrevista em profundidade e submetidos à análise lexical utilizando o software IRAMUTEQ. Resultados: as representações sociais foram constituídas por uma dimensão prática que descreveu o processo assistencial dos profissionais de saúde com suas dificuldades e potencialidades no enfrentamento das doenças negligenciadas. Conclusão: a dimensão prática das representações sociais apontou a necessidade de políticas públicas direcionadas as doenças negligenciadas, práticas de cuidado na educação permanente em saúde e formação profissional com integralidade do cuidado.

DESCRIPTORIOS: Doenças Negligenciadas; Enfermagem em Saúde Pública; Pessoal de Saúde; Gestor de Saúde; Pobreza.

*Artigo extraído da tese de doutorado "As doenças negligenciadas e suas representações sociais: um estudo com profissionais de saúde". Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2019.

Recebido em: 28/08/2020

Aprovado em: 27/05/2021

Editora associada: Susanne Elero Betioli

Autor Correspondente:

Charles Souza Santos

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – Jequié, BA, Brasil

E-mail: charless@uesb.edu.br

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - Santos CS, Gomes AMT; Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - Santos CS, Gomes AMT, Souza FS, Pinheiro GML, Rodrigues VP, Machado JC, Nogueira VPF; Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - Santos CS, Gomes AMT. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

ISSN 2176-9133



Copyright © 2021 Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença Creative Commons Atribuição, que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.