



**Universidade Federal do Piauí
Campus Ministro Reis Velloso
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PPGPsi**

Ádilo Lages Vieira Passos

**Representações sociais, hanseníase e envelhecimento: um estudo com
moradores do Hospital Colônia no Piauí**

**Parnaíba
2018**

Ádilo Lages Vieira Passos

Representações sociais, hanseníase e envelhecimento: um estudo com moradores do Hospital Colônia no Piauí

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador:
Prof. Dr. Ludgleydson Fernandes de Araújo

**Parnaíba
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial Prof. Cândido Athayde – Campus Parnaíba
Serviço de Processamento Técnico

P289r Passos, Ádilo Lages Vieira.
 Representações sociais, hanseníase e envelhecimento: um estudo
 com moradores do Hospital Colônia no Piauí [manuscrito] / Ádilo
 Lages Vieira Passos. – 2018.
 221 f. : il. color.

 Impresso por computador (printout).
 Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do
 Piauí, 2018.
 Orientação: Prof. Dr. Ludgleydson Fernandes de Araújo.

 1. Hanseníase. 2. Representações Sociais. 3. Envelhecimento. 4.
 Hospital-colônia. I. Título.

CDD: 616.998

Ádilo Lages Vieira Passos

Representações sociais, hanseníase e envelhecimento: um estudo com moradores do Hospital Colônia no Piauí

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: 14/ 09/2018

Banca Examinadora:


Prof.^o Dr. Ludgleydson Fernandes de Araújo

Prof. Dr. Ludgleydson Fernandes de Araújo
Universidade Federal do Piauí (Orientador)


Prof.^o Dr. Fauston Negreiros

Prof. Dr. Fauston Negreiros
Universidade Federal do Piauí (Avaliador Interno)



Prof.^a. Dr.^a. Susanne Pinheiro Costa e Silva
Universidade Federal da Paraíba (Avaliadora Externa)

Agradecimentos

Agradeço a Deus, este Ser superior, pelo dom da vida, por sempre estar ao meu lado e por me proporcionar tão grandes conquistas, mostrando que eu sou capaz de realizar todos os meus sonhos.

Aos meus pais, por me possibilitarem a vida e pelo apoio incondicional. Em especial à minha mãe, Analí Pereira Lages, por seu amor e por seu esforço em prol da minha formação. Obrigado pelo exemplo de garra e força diante das dificuldades impostas pela vida. A caminhada até aqui foi árdua e repleta dos mais diversos obstáculos, mas com seu apoio, as adversidades se tornaram absolutamente superáveis. Por tudo isso e, muito mais, minha infinita gratidão.

A meu irmão, que mesmo com o seu jeito introvertido e de poucas palavras, sempre esteve ao meu lado.

Agradeço de coração à minha avó, Zilda dos Santos Pereira (*in memoriam*), mulher lavradora e semianalfabeta, mas que sempre soube reconhecer o valor da educação. Obrigado por ter sido a primeira pessoa a me incentivar a sonhar com um futuro melhor e, ainda, por ter sido o ser humano mais doce que já conheci na vida. Saudade eterna!!

Aos demais familiares, tios e primos pela oportunidade de vivenciar o sentimento de pertença e acolhimento.

Agradeço muitíssimo ao meu mestre e orientador, Prof. Dr. Ludgleydosn Fernandes de Araújo, por ter me acolhido de forma tão generosa em seu núcleo de pesquisa, O Psiqed. Lembro ainda com exatidão de nossa primeira orientação e o quão assustado eu fiquei diante de tamanha responsabilidade que era construir este trabalho dissertativo, mas você, com sua segurança e empatia, mostrou-me que eu seria capaz. Obrigado por ter me ensinado a pesquisar, a ser professor, enfim, a ser um cientista!

A todos os professores do mestrado pelo empenho, pela disponibilidade em compartilhar seus conhecimentos da melhor forma possível e por tornarem meu processo de construção profissional tão rico e fascinante. Em especial, agradeço ao Prof. Dr. Fauston Negreiros, ser humano e profissional admirável que, além de ter sido meu professor nas disciplinas do mestrado, foi também meu avaliador no processo de ingresso nesta pós-graduação e nas minhas qualificações e banca de defesa da dissertação.

Ao Coordenador do Mestrado em Psicologia da UFPI, Professor João Paulo Sales Macedo, pela disponibilidade e atenção.

Aos professores doutores Fauston Negreiros, Janari Pedroso, Susanne Silva e Sandra Elisa que, tão gentilmente, aceitaram compor a banca de defesa de minha dissertação.

Aos professores da graduação e, principalmente, ao Prof. Carlos Antônio Santos, por sempre ter me incentivado e acreditado no meu potencial para a carreira acadêmica.

A todos os meus colegas da primeira turma do mestrado em psicologia do Piauí. Juntos, construímos um importante capítulo da história da psicologia piauiense!

A Thaisa, Ariane e Bruno por terem sido muito mais que colegas de turma, por termos construído uma amizade que transcendeu as paredes da UFPI. Obrigado por terem sido minha família em Parnaíba, por terem dividido os choros e, sobretudo, os risos comigo.

Aos meus amigos já de longa data: Iéte, Henrique, André e Elieide (Bah). Vocês são maravilhosos! Eu realmente sou privilegiado por tê-los em minha vida!

Ao Alexandre Santana de Brito por sua valiosa contribuição quando da minha preparação para ingresso no mestrado. Obrigado pela disponibilidade, mesmo em meio a sua atribulada rotina de compromissos profissionais.

A todos os integrantes do Psiqued, pela cordialidade e empatia. Aproveito para salientar o nome de José Victor Oliveira Santos, por sua amizade e generosidade. Victor, minha trajetória no mestrado foi muito mais tranquila com sua ajuda. Obrigado por tudo!

Aos participantes desta pesquisa – os moradores do Hospital Colônia do Carpina - que, tão gentilmente, dispuseram-se a compartilhar suas histórias de vida, suas dores e suas conquistas. Foi uma dádiva e uma honra conhecer cada um de vocês.

Também agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí (FAPEPI), pela concessão de uma bolsa de mestrado, o que me possibilitou maior dedicação à pesquisa acadêmica.

Por fim, expresso meus agradecimentos a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, pois, certamente, a realização deste sonho não é apenas uma conquista individual, mas o fruto da ajuda de muitas pessoas que encontrei ao longo de minha trajetória.

Lista de Figuras

GRÁFICO 1 - Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase, Brasil 2001 – 2016

GRÁFICO 2 - Distribuição percentual da população residente, por grupos de idade Brasil - 2004/2060

GRÁFICO 3 - Evolução da população total, segundo os censos demográficos e projeção Brasil - 1950/2050

FIGURA 1 - Organograma funcional do hospital colônia do carpina

FIGURA 2 - Procedimentos de seleção dos artigos

FIGURA 3 - Dendograma de classes com verbetes mais significativos para o *corpus* hanseníase

FIGURA 4 - Nuvem de Palavras para o *corpus* hanseníase

FIGURA 5 - Análise de similitude para o *corpus* hanseníase

FIGURA 6 - Dendograma de classes com verbetes mais significativos para o *corpus* envelhecimento

FIGURA 7 - Nuvem de palavras para o *corpus* envelhecimento

FIGURA 8 - Análise de similitude para o *corpus* envelhecimento

FIGURA 9 - Dendograma de classes com verbetes mais significativos para o *corpus* HCC

FIGURA 10 - Nuvem de palavras para o *corpus* HCC

FIGURA 11 - Análise de similitude para o *corpus* HCC

Lista de Tabelas

TABELA 1 - Descrição dos artigos revisados

TABELA 2 - Características sociodemográficas dos participantes da pesquisa

TABELA 3 - Rede semântica do estímulo-indutor Hanseníase

TABELA 4 - Rede semântica do estímulo-indutor Envelhecimento

TABELA 5 - Rede semântica do estímulo-indutor Hospital-Colônia do Carpina (HCC)

TABELA 6 - Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa

Lista de Abreviações

AIVDs - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVDs – Atividades Básicas de Vida Diária

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CBRS - Conferência Brasileira sobre Representações Sociais

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CHD - Classificação Hierárquica Descendente

CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CORDE - Conselho Nacional da Pessoa Portadora de Deficiências

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

DPL – Departamento de Profilaxia da Lepra

DSQ – Distância Semântica Quantitativa

ESF - Estratégia Saúde da Família

EUA - Estados Unidos da América

HCC - Hospital Colônia do Carpina

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICRS - *International Conference on Social Representations*

IG2 - Incapacidade Grau 2

JIRS - Jornada Internacional sobre Representações Sociais

MB – Multibacilar

MORHAN - Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase

NR – Núcleo da Rede

OMS – Organização Mundial da Saúde

PB – Paucibacilar

PI – Piauí

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PQT – Poliquimioterapia

PS – Peso Semântico

RC - Representação Coletiva

RS – Representações Sociais

ST – Segmento de Texto

TALP – Teste de Associação Livre de Palavras

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TR – Tamanho da Rede

TRS – Teoria das Representações Sociais

UNFPA – Fundo de Populações das Nações Unidas

WHO – World Health Organization

Passos, A. L. V. P. (2018). Representações sociais, hanseníase e envelhecimento: um estudo com moradores do Hospital Colônia no Piauí (Dissertação). Universidade Federal do Piauí, Parnaíba, Piauí, Brasil.

Resumo

Esta pesquisa teve como objetivo geral analisar as representações sociais da hanseníase e do envelhecimento entre os moradores do Hospital Colônia do Carpina. Como objetivos específicos: realizar uma revisão sistemática dos estudos científicos sobre as representações sociais da hanseníase; apreender as representações sociais da hanseníase e do envelhecimento entre moradores do Hospital Colônia do Carpina; e, ainda, analisar as representações sociais do Hospital Colônia do Carpina entre seus moradores. Para atender aos objetivos, foram realizados três estudos, sendo um teórico (Estudo 1) e dois empíricos (Estudos 2 e 3). De forma geral, os estudos indicaram que as representações sociais (RS) da hanseníase apresentam ideias antagônicas, pois, embora evidenciem elementos ancorados no conhecimento científico e que representam a doença como qualquer outra curável, a prevalência do preconceito demonstra que esta representação ainda guarda elementos da lepra. Por sua vez, a RS do envelhecimento se ancorou num esquema conceitual associado à fase da velhice e objetivado na figura do velho. Neste sentido a velhice foi concebida como sinônimo de vida longa, ainda que marcada por perdas funcionais, dependência e conflitos. Por último, os participantes representaram o Hospital Colônia do Carpina (HCC) de forma positiva, ressaltando uma adequada estrutura institucional e o bom relacionamento entre moradores e funcionários. Estas representações refletem, sobretudo, a trajetória de um grupo de pessoas que tiveram suas vidas marcadas pelo isolamento e preconceito decorrentes do adoecimento por hanseníase e que, atualmente, encontram-se em avançado estágio de envelhecimento. Espera-se que os resultados desta pesquisa contribuam para o desenvolvimento de estratégias que promovam mudanças capazes de alterar os elementos negativos que estruturam as RS da hanseníase e do envelhecimento, bem como que se

reconheça a importância do HCC para seus moradores, haja vista a vivência de grande parte de suas vidas nesta instituição.

Palavras-chave: hanseníase; representações sociais; envelhecimento; hospital-colônia

Abstract

This research had as general objective to analyze the social representations of Hansen's disease and aging among the residents of the Hospital Colônia do Carpina. As specific objectives: to carry out a systematic review of scientific studies on the social representations of Hansen's disease; to apprehend the social representations of Hansen's disease and aging among residents of Hospital Colônia do Carpina; and to analyze the social representations of the Hospital Colônia do Carpina among its residents. To reach the objectives, three studies were carried out, one being theoretical (Study 1) and two empirical (Studies 2 and 3). In general, the studies indicated the social representations (SR) of Hansen's disease present antagonistic ideas, since although they show elements anchored in scientific knowledge and represent Hansen's disease as any other curable disease, the prevalence of prejudice shows this representation still holds elements of leprosy. In turn, the SR of aging was anchored in a conceptual scheme associated with the old age phase and objectified in the figure of the old. In this sense, old age was conceived as synonymous with long life, although marked by functional losses, dependence and conflicts. Finally, the participants represented the Hospital Colônia do Carpina (HCC) positively, highlighting an adequate institutional structure and the good relationship between residents and employees. These representations mainly reflect the trajectory of a group of people whose lives have been marked by the isolation and prejudice caused by Hansen's disease and who are now in an advanced stage of aging. The purpose of this study is to contribute to the development of strategies that promote changes capable of altering the negative elements of the SR of Hansen's disease and aging, as well as to recognize the importance of HCC to its residents, given the experience of most of their lives in this institution.

Keywords: Hansen's disease; social representations; aging; hospital-colony

Sumário

Lista de Figuras	vi
Lista de Tabelas	vii
Lista de Abreviações.....	viii
Resumo	x
Abstract	xii
Introdução	16
1 Hanseníase: Uma Abordagem Sociohistórica e Biopsicossocial.....	25
1.1 Aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase	25
1.2 Aspectos sociohistóricos da hanseníase.....	32
1.3 Aspectos psicossociais da hanseníase	39
1.4 O Hospital Colônia do Carpina em Parnaíba-PI.....	45
2 O Processo de Envelhecimento: Aspectos Biopsicossociais	49
2.1 A velhice e o envelhecimento: uma abordagem psicossocial	49
<i>2.1.1 Desafios impostos pelo envelhecimento populacional</i>	60
2.2 Aspectos sociodemográficos do envelhecimento	63
3 Das Representações Coletivas às Representações Sociais.....	68
3.1 O legado das representações coletivas de Durkheim e as Representações Coletivas	68
3.2 A abordagem sociogenética das Representações Sociais de Moscovici e Jodelet	71
3.3 A abordagem estrutural e a teoria do Núcleo Central de Abric e Celso Pereira de Sá.....	81

3.4 A abordagem societal de Doise e os princípios organizadores das Representações Sociais	85
4 Objetivos.....	90
4.1 Geral.....	90
4.2 Específicos	90
5 Método	91
5.1 Tipo da investigação	91
5.2 Participantes.....	91
5.3 Instrumentos	91
5.4 Procedimentos éticos e de coleta de dados.....	92
5.5 Análise de dados.....	92
6 Estudo 1. As representações sociais e o estudo da hanseníase: uma revisão sistemática da literatura	93
Introdução	93
Método	95
Resultados.....	97
Discussão.....	99
Considerações Finais	105
Referências	106
7 Estudo 2. Moradores do Hospital Colônia do Carpina e os significados atribuídos à hanseníase, ao envelhecimento e à própria instituição.....	110
Introdução	110
Método	113
Resultados.....	117
Discussão.....	118

Considerações finais	124
Referências	126
8 Estudo 3. Envelhecimento e hanseníase: representações sociais de moradores do Hospital Colônia do Carpina	131
Introdução	131
Método	133
Resultados.....	136
Discussão.....	155
Considerações finais	170
Referências	173
9 Considerações Finais	181
Referências	185
Apêndices.....	206
Apêndice A – Questionário Sociodemográfico	207
Apêndice B – Teste de Associação Livre de Palavras.....	209
Apêndice C - Entrevista Semiestruturada.....	211
Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	212
Anexos.....	215
Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI	216
Anexo B – Capítulo de Livro	217
Anexo C – Submissão de Artigo à Revista Subjetividades	218
Anexo D – Submissão de Artigo à Revista Interações.....	219
Anexo E – Submissão de Artigo à Revista Psico	220
Anexo F – Submissão de Artigo à Revista Psicologia: Teoria e Prática	221

Introdução

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, mas que é passível de tratamento e cura (Barreto et al., 2013; Ministério da Saúde, 2014; Silva et al., 2016). No cenário global, destaca-se que em 2014 foram notificados 213.899 casos novos de hanseníase (3,78/100.000), sendo que 81% destas novas detecções estão concentradas nos seguintes países: Índia (125.785), Brasil (31.064) e Indonésia (17.025) (World Health Organization [WHO], 2015).

No contexto nacional, quando se tem por base que a Organização Mundial da Saúde ([OMS], 2016) estabelece como meta a prevalência da hanseníase a menos de um caso por 10.000 habitantes e que, no Brasil, em 2016 havia uma taxa de 1,10/10.000 pessoas em tratamento, percebe-se que esta doença ainda é endêmica em muitos municípios e estados brasileiros (Ministério da Saúde, 2017a; Silva et al., 2016; Silveira, Coelho, Rodrigues, Soares & Camillo, 2014).

Em se tratando de nível regional, evidencia-se que a região Centro-Oeste aglutina o maior número de casos detectados (20,2/100.000), a região Norte ocupa a segunda posição (28,70/100.000), logo seguindo-se a região Nordeste com cerca de 19,30 casos para cada 100.000 pessoas. Dentre os estados nordestinos, o Piauí fica atrás apenas do Maranhão quanto ao registro de pessoas infectadas pela hanseníase (Ministério da Saúde, 2017a).

De modo geral, esta situação coloca o Brasil no lado oposto à tendência mundial de eliminação da doença observada desde a década de 1980 (OMS, 2016), época na qual se tornou possível a cura e o controle da hanseníase através da implementação do tratamento poliquimioterapêutico (Awofeso, 2011; Queiroz et al., 2015). Assim como também revela a necessidade de otimização do sistema de saúde, de modo a priorizar ações de educação em saúde, exame de contatos e busca ativa tanto para diagnosticar precocemente os casos novos como para resgatar os pacientes que abandonaram o tratamento (Santos et al., 2016).

A redução do número de casos de hanseníase é importante porque, à medida que esta doença afeta, principalmente, o sistema nervoso periférico e a pele (Batista, Vieira, & Paula, 2014), possui um elevado potencial para provocar deformidades e incapacidades físicas. Além disso, também fomenta o surgimento de representações sociais (RS) negativas acerca da doença e das pessoas por ela acometidas (Muniz, Amaral, Dias, & Rodrigues, 2016; Queiroz et al., 2015).

Com efeito, a hanseníase é uma das doenças que mais claramente evidencia a associação do campo biológico com o social e cultural (Barreto et al., 2013; Monte & Pereira, 2015). Especialmente por seu trajeto histórico enquanto lepra, a hanseníase ainda é alvo de RS que se associam ao sofrimento, exclusão e isolamento social vivenciado pelos hansenianos na espacialidade dos leprosários (Palmeira, Queiroz, & Ferreira, 2012; Simpson et al., 2013).

Com vistas ao controle social dos ditos leprosos, os leprosários ou hospitais-colônia eram instituições totais com capacidade de atender todas as necessidades básicas de seus moradores, a fim de evitar qualquer tipo de interferência extramuros (Barreto et al., 2013; Palmeira et al., 2012). Isto porque durante muitos séculos o medo do contágio e o desconhecimento generalizado em torno da hanseníase contribuíram para que as pessoas infectadas com esta patologia fossem consideradas uma ameaça à sociedade “sadia” (Leandro, 2013; Leite, Sampaio, & Caldeira, 2015).

Em decorrência da segregação efetiva e da conseqüente perda e/ou fragilização de vínculos com o mundo externo, muitos dos antigos internos dos hospitais-colônia, embora tenham recebido alta por cura, decidiram permanecer asilados (Castro & Watanabe, 2009; Simpson et al., 2013; Souza & Sena, 2014). Neste sentido, depreende-se que estas pessoas estão vivenciando seu processo de envelhecimento no interior destas instituições (Castro & Watanabe, 2009).

Cabe salientar que os participantes da presente investigação também foram institucionalizados após o diagnóstico de hanseníase e, neste contexto particular, têm experienciado o processo de envelhecimento. Assim, faz-se necessário, primeiramente, situar o leitor quanto à instituição onde transcorre este processo - o Hospital Colônia do Carpina (HCC) - para então, discutir sobre os principais aspectos que compõem o envelhecer humano.

Fundado em julho de 1931 por uma Sociedade Beneficente, ainda sob o nome de “Fundação São Lázaro”, o HCC tinha como “fim instituir uma colônia e um hospital, destinados ao tratamento das pessoas atacadas do mal de Hansen” (Ministério da Saúde, 1956, pp.557-558). No entanto, em 3 de janeiro de 1940 passou a ser de responsabilidade do governo estadual do Piauí (Ministério da Saúde, 1948).

O HCC foi construído em uma zona distante da cidade, há aproximadamente seis quilômetros do centro de Parnaíba e possuía vários pavilhões e instituições, dentre elas, prefeitura, delegacia e pensões, estas subsidiadas pela iniciativa privada e estatal (Lima & Santos, 2014). Vale mencionar que a localização geográfica e a forma de organização do HCC materializavam um isolamento efetivo, o que muito colaborou para que a população local elaborasse representações negativas acerca desta instituição e de seus moradores.

Atualmente, o HCC não adota mais o regime asilar, contudo ainda conta com 19 moradores em suas instalações. Isto porque, mesmo curados da hanseníase, muitos já estão com idade avançada, apresentam várias incapacidades físicas decorrentes do adoecimento pela doença de Hansen, e não mais possuem uma rede de suporte social e familiar que lhes possibilite uma vida longe da instituição.

Neste sentido, evidencia-se que o envelhecimento destas pessoas apresenta particularidades que precisam ser compreendidas. Com relação a esta temática, destaca-se que na literatura ainda persistem muitos debates acerca do curso seguido pelo envelhecimento (Torres, Camargo, Bousifield, & Silva, 2015). Contudo, nesta investigação adota-se a

perspectiva do desenvolvimento *life-span*, a qual concebe o envelhecimento como uma experiência heterogênea que pode ocorrer de modo diferente para indivíduos e coortes que vivem em contextos históricos distintos, evidenciando a existência de múltiplos padrões de envelhecimento (Baltes, 1987).

Salienta-se que o envelhecimento se diferencia da velhice por se caracterizar como um processo enquanto aquela se refere a uma fase específica do desenvolvimento humano (Neri, 2008). O processo de envelhecimento é natural e existencial, ocorre de forma contínua e inflexível ao longo da vida, configurando-se como um direito da pessoa humana, devendo ser assegurado e respeitado (Carvalho, Paiva & Carvalho, 2017).

Também é importante ressaltar que a velhice não se reduz apenas ao critério etário, uma vez que a última etapa do curso de vida é marcada pela heterogeneidade, sofrendo influência de fatores sociais, históricos, culturais, fisiológicos e psicológicos (Farina, Lopes & Argimon, 2016; Silva, Silveira & Freitas, 2017). Em decorrência desta complexidade, o estudo das RS da velhice ou do processo de envelhecimento deve considerar esta perspectiva heterogênea dos objetos, além das vivências dos indivíduos, considerando o seu contexto social e familiar (Falcão & Carvalho, 2009; Torres et al., 2015).

A investigação das RS foi introduzida na Psicologia Social por Serge Moscovici, mais exatamente no ano de 1961, com a publicação de sua tese de doutorado *La psychanalyse, son image et son public* (Jesuíno, 2014; Sá, 2007). Nesta obra, o autor rompe com a vertente hegemônica de Psicologia Social, de base americana e aponta como objeto de estudo dos psicólogos sociais, não mais o comportamento, mas as RS construídas e veiculadas nas conversações cotidianas, sob influência dos meios de comunicação de massa e da difusão dos saberes científicos e técnicos (Farr, 2002; Moscovici, 2001).

Ainda que Moscovici fosse reticente quanto à atribuição de um conceito para as RS, haja vista o risco de incorrer em reducionismos, destaca-se a definição provida por Jodelet

(2001, p. 22), para quem a RS é “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

Aliado a isto, acrescenta-se que a Teoria das Representações Sociais (TRS) tem como princípio norteador investigar, compreender e intervir sobre o mundo real, especialmente no que tange às questões sociais que mais preocupam e ocupam as pessoas no dia a dia, o que quase sempre aponta para a abordagem de questões relacionadas à educação e à saúde (Lahlou, 2014).

No campo da saúde, entender uma doença como representação significa tomá-la como uma construção social dinâmica determinada por processos históricos e sociais inerentes a um grupo social, haja vista que as representações da doença constituem a matéria sobre a qual as pessoas formulam suas interpretações e dão sentido a suas experiências (Lins, 2010).

No entanto, em se tratando da hanseníase, nem sempre os aspectos psicossociais são devidamente considerados no âmbito dos serviços de saúde. Exemplo disso foi verificado em estudos embasados na TRS e que tiveram como achado o fato de que os profissionais de saúde têm priorizado em demasia os sintomas objetivados no corpo e dado pouca importância aos processos característicos da ancoragem, tais como os significados e as angústias atribuídos ao contexto do adoecimento (Batista, 2014; Palmeira, Queiroz & Ferreira, 2013).

Ainda neste âmbito, salienta-se que o enfoque apenas na dimensão física não é exclusividade dos profissionais de saúde. Com efeito, observa-se que, de modo geral, a literatura científica também tem realizado poucos estudos psicossociais para abordar o fenômeno da hanseníase e, mais escassos ainda, são os estudos que utilizam a TRS para estudar o conhecimento elaborado e partilhado pelos diferentes grupos acerca desta patologia (Barreto et al., 2013; Oliveira, Mendes, Tardin, Cunha, & Arruda, 2003).

Diante disso, definiu-se como objetivo geral desta dissertação, analisar as representações sociais da hanseníase e do envelhecimento entre os moradores do Hospital Colônia do Carpina. Como objetivos específicos: realizar uma revisão sistemática dos estudos científicos sobre as representações sociais da hanseníase; apreender as representações sociais da hanseníase e do envelhecimento entre moradores do Hospital Colônia do Carpina; bem como, analisar as representações sociais do Hospital Colônia do Carpina entre seus moradores.

Acredita-se que o estudo da hanseníase em interface com o processo de envelhecimento a partir da perspectiva da TRS poderá contribuir tanto para a produção de conhecimento científico, especialmente na psicologia, que ainda é escasso. Como também para uma maior compreensão deste fenômeno no que se refere aos impactos psicossociais. Neste sentido, espera-se que os achados desta pesquisa subsidiem a construção e implementação de políticas públicas que considerem a pessoa com hanseníase em sua integralidade biopsicossocial.

Esta dissertação está organizada em: introdução; fundamentação teórica (com três capítulos teóricos); objetivos; método; três estudos; e, por fim, uma conclusão. No primeiro capítulo teórico, faz-se uma caracterização clínica e epidemiológica da hanseníase, para então aprofundar a discussão a partir de sua história associada à lepra, exclusão e isolamento social, bem como aos impactos psicossociais ocasionados por esta patologia. Ao final, realiza-se uma caracterização institucional do HCC, abordando sua história, perfil de seus moradores e seu atual contexto organizacional.

No segundo capítulo teórico, discorre-se sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento humano. Para tanto, discute-se sobre as teorias e os paradigmas que se debruçam sobre esta temática, evidenciando tanto teorias fundamentadas em estágios como a de Erik Erikson como o paradigma que embasa esta pesquisa - *Life-span* de Paul Baltes. Além

disso, realiza-se a conceituação e discussão de conceitos-chave para a compreensão deste estudo, a saber, desenvolvimento, velhice e envelhecimento. Por fim, apresenta-se o panorama global e nacional acerca dos dados sociodemográficos do envelhecimento populacional.

No terceiro capítulo, realiza-se uma abordagem sobre o embasamento teórico e metodológico adotado nesta pesquisa. Neste sentido, buscou-se compreender o surgimento das representações coletivas de Durkheim e o modo pelo qual o legado deste sociólogo influenciou Serge Moscovici a desenvolver sua TRS, uma das principais teorias da Psicologia Social e a maior representante da vertente sociológica. Ainda que esta pesquisa se fundamente na abordagem sociogenética das RS – abordagem que se associa a Moscovici e a Jodelet, apresenta-se também as outras duas abordagens da Grande Teoria, quais sejam, a abordagem estrutural defendida principalmente pela Teoria do Núcleo Central de Abric e Celso Pereira de Sá e, finalmente, a abordagem societal criada por Willem Doise.

Com relação aos estudos empreendidos nesta dissertação, o Estudo 1 teve como objetivo investigar e discutir a produção científica sobre o estudo da hanseníase a partir do referencial teórico da TRS. Assim, foi um estudo teórico realizado a partir da busca de artigos nas bases de dados Lilacs, Scielo (via Portal da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS), PubMed, Periódicos Capes e Scopus. Ao todo foram localizados 51 estudos, mas apenas 9 publicações cumpriram os critérios de inclusão. Constatou-se que, no geral, os artigos se associam a três categorias de estudo: as representações sociais da hanseníase, do contágio e do tratamento; representações sociais da hanseníase em interface com o gênero e a sexualidade; e representações de ex-internos dos antigos hospitais-colônia.

No Estudo 2, buscou-se analisar as redes semânticas das representações sociais da hanseníase, do envelhecimento e do Hospital Colônia do Carpina entre seus moradores. Foi um estudo exploratório e descritivo que contou com a participação de 16 (dezesesseis)

moradores do HCC, com idade entre 48 a 85 anos. Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário sociodemográfico e o Teste de Associação Livre de Palavras, sendo os resultados submetidos à análise pela Teoria das Redes Semânticas. Com base nos resultados, observou-se que o estímulo hanseníase associou-se a elementos negativos que remetem à representação social da lepra. O estímulo envelhecimento ancorou-se num esquema conceitual associado à fase da velhice e à figura do velho. Já o estímulo HCC ancorou-se mais em componentes positivos, dentre os quais, comunidade e família.

Finalmente, o Estudo 3 também teve como objetivo geral analisar o campo semântico das representações sociais da hanseníase, do envelhecimento e do Hospital Colônia do Carpina entre seus moradores. Foi um estudo exploratório e descritivo que contou com a participação de 16 (dezesesseis) moradores do HCC, com idade entre 48 a 85 anos. Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário sociodemográfico e entrevistas semiestruturadas, contendo três perguntas. Os dados das entrevistas deram origem a três *corpus* textuais distintos, os quais foram analisados pelo *software* qualitativo Iramuteq, tendo em vista produzir a nuvem de palavras, a análise de similitude e a Classificação Hierárquica Descendente (CHD). A partir dos resultados, percebeu-se que as RS da hanseníase apresentam ideias opostas, pois embora evidenciem elementos ancorados no conhecimento científico e que representam a hanseníase como qualquer outra doença curável, a prevalência do significativo preconceito demonstra que esta representação ainda guarda elementos da lepra. Por sua vez, a RS do envelhecimento se ancorou num esquema conceitual associado à fase da velhice e objetivado na figura do velho. Além disso, esta representação também evidenciou elementos positivos e negativos. De forma positiva, a velhice foi concebida quantitativamente como sinônimo de uma vida longa. Negativamente, associou-se a velhice a perdas funcionais, à dependência e a conflitos. Por fim, os participantes representaram o HCC

de forma positiva, ressaltando uma adequada estrutura institucional e o bom relacionamento entre moradores e funcionários.

1 Hanseníase: Uma Abordagem Sociohistórica e Biopsicossocial

O capítulo que se segue apresenta os aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase. Posteriormente, discute os aspectos sociohistóricos da hanseníase, partindo de sua trajetória milenar associada à lepra, à exclusão e ao isolamento. Em seguida, abordam-se os aspectos psicossociais implicados no adoecimento por hanseníase, considerando desde o momento do diagnóstico até o acompanhamento pós-alta. Finalmente, realiza-se uma caracterização histórico-institucional do HCC de Parnaíba, Piauí.

1.1 Aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* e apresenta diferentes formas clínicas, a dependerem da interação entre o bacilo e a resposta imune da pessoa infectada (Ministério da Saúde, 2014). Dentre as possíveis configurações clínicas, encontram-se a indeterminada, tuberculóide, dimorfa e virchowiana (Queiroz et al., 2015).

Sobre as especificidades das diferentes manifestações clínicas, considera-se que a hanseníase indeterminada é a forma inicial da doença e na maioria dos casos evolui para a cura espontaneamente, assim, apenas em 25% das pessoas evolui para as formas polarizadas. A tuberculóide acomete pessoas com maior resistência ao bacilo, caracteriza-se por lesões papulosas ou nodulares, únicas ou em pequeno número, normalmente na face. A hanseníase dimorfa (ou boderline) é uma forma intermediária e apresenta maior variedade de lesões cutâneas, com comprometimento nervoso mais extenso, podendo ocasionar neurites agudas de grave prognóstico. A forma virchowiana (ou lepromatosa), apresenta maior gravidade, pois nestes casos a imunidade celular é inexistente e o bacilo se multiplica facilmente, levando à anestesia dos pés e mãos (Hamester, 2016).

O *M. lepara* é um bacilo álcool-ácido resistente e apresenta a forma de bastonete. É um parasita intracelular obrigatório, uma espécie de micobactéria que infecta nervos periféricos, especificamente células de Schwann (Eichelmann, González, Salas-Alanís, & Ocampo-Candiani, 2013). Este bacilo não cresce em meio de cultura artificial e, embora se registre a existência de animais infectados, o ser humano é considerado a única fonte de infecção (Ministério da Saúde, 2014).

Deste modo, a transmissão da doença ocorre quando uma pessoa já adoecida e sem tratamento elimina o bacilo para o meio ambiente através das vias aéreas superiores, nomeadamente a mucosa nasal e a orofaringe, assim, infectando os indivíduos com maior vulnerabilidade (Nunes, Oliveira, & Vieira, 2011).

Essa maior suscetibilidade ao contágio pela doença também está ligada aos fatores sociais e econômicos, na medida em que as pessoas mais atingidas são aquelas com menor nível de escolaridade e que não têm acesso adequado à saúde, assistência social e sanitária (Reyes, 2013). Em adição a isso, a precariedade da infraestrutura domiciliar, aglomerados populacionais, viver em zonas periféricas e isoladas, baixo investimento em ações preventivas, assim como maior dependência de serviços e informações agravam a vulnerabilidade para o acometimento por hanseníase (Santos et al., 2016).

Outra faceta que envolve maior suscetibilidade à infecção pelo bacilo parece ter a ver com a perspectiva de gênero, na medida em que normalmente os homens são maioria entre os casos de hanseníase diagnosticados. Este quadro pode indicar que este público sofra maior exposição ao patógeno, bem como que os serviços de saúde, especialmente os da atenção básica, ainda se encontram distantes das necessidades e particularidades da população masculina (Araújo, Brito, Santana, Soares, & Soares, 2016).

Contudo, vale mencionar que, se por um lado, o bacilo tem uma alta infectividade, isto é, a capacidade de infectar um grande contingente de indivíduos, por outro, ele apresenta

baixa patogenicidade, pois poucos são aqueles que adoecem. Isto por conta da relação estabelecida entre o agente etiológico, os fatores individuais e socioambientais (Ministério da Saúde, 2014).

Assim, após adentrar o organismo humano, o bacilo se dirige para os nódulos linfáticos, onde ocorre a chamada fase de incubação, sendo que esta pode durar meses ou até mesmo mais de cinco anos. É neste espaço de tempo que ocorre uma luta silenciosa entre o bacilo e o sistema retículo endotelial que, por sua vez, pode apresentar os seguintes desfechos: o bacilo é destruído totalmente, assim evitando o surgimento da doença (90% a 95% dos casos); o bacilo é destruído apenas parcialmente, de modo que a doença se instala em sua forma paucibacilar (PB) que compreende as manifestações clínicas Indeterminada e Tuberculóide; ou ainda a imunidade celular falha totalmente na tentativa de destruir o bacilo e a afecção surge em sua classificação multibacilar (MB), abrangendo clinicamente as formas Dimorfa e Virchowiana (Morano, Morano, Paredes, & Iribas, 2016; Vieira, Soares, Ribeiro, & Silva, 2008).

Para detectar a infecção pela doença, o diagnóstico é realizado por meio do exame dermatológico, no qual se busca identificar lesões ou áreas de pele com perda de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (Souza & Sena, 2014). Ainda no momento do diagnóstico e, tendo em vista o acompanhamento terapêutico via poliquimioterapia (PQT), efetua-se a classificação operacional de cada caso de hanseníase com base no número de lesões cutâneas, assim, pacientes com até 5 lesões são categorizados como PB e pessoas com mais de 5 lesões como MB (Nunes, Oliveira, & Vieira, 2011).

Os indivíduos acometidos pela hanseníase também são classificados segundo o grau de comprometimento apresentado em decorrência das lesões na pele, da carga bacilar e dos danos ocasionados nos nervos periféricos (Ribeiro & Lana, 2015). Deste modo, os que não demonstram qualquer resquício de comprometimento neural são tidos como grau 0 quanto à

incapacidade física, os que sofrem diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos, pés e mãos são considerado grau 1 e aqueles que possuem lesões mais sérias nos olhos, pés e mãos são classificados como grau 2 de incapacidade (Ribeiro & Lana, 2015).

Diferentemente da situação vivenciada pelos hansenianos durante séculos, atualmente a hanseníase é uma doença que possui tratamento específico e cura (Barreto et al., 2013). O tratamento recomendado pela OMS e pelo Ministério da Saúde brasileiro é a PQT – uma combinação da Rifampicina, Dapsona e Clofazimina, que tem o intuito de evitar a resistência entre os medicamentos e o bacilo (Ministério da Saúde, 2014). Além disso, para maior eficácia do tratamento e, assim, prevenir recidivas da hanseníase, a terapia multidrogas é implementada através de um esquema padrão e envolve a administração de 6 doses em até 9 meses para pacientes com infecção PB e de 12 doses, em até 18 meses para os que apresentem carga MB (Silva et al., 2016).

Contudo, mesmo o tratamento conduzido de forma adequada pode envolver a manifestação do sistema imunológico na forma das chamadas reações hansênicas que, em determinados pacientes, ocasionam o surgimento de lesões sérias e de caráter permanente no sistema nervoso periférico (Hamester, 2016). E, para agravar ainda mais este contexto clínico, os únicos medicamentos que podem ser administrados são a talidomida e os corticoides, drogas que possuem importantes efeitos colaterais como, a insônia e o inchaço (Cruz, 2016).

Vale mencionar que as reações hansênicas podem aparecer antes da descoberta da hanseníase, no intercurso do tratamento ou, ainda, depois de concluída a administração da PQT. Estas reações são diretamente ligadas às alterações no sistema imunológico, surgindo manifestações agudas e subagudas, não raramente nos pacientes MB, bem como sendo responsáveis por grande parte dos danos aos nervos e pelas incapacidades (Hamester, 2016).

Conforme a Estratégia global para hanseníase 2016-2020 da OMS (2016), graças a maior disponibilidade da PQT, estratégias bem elaboradas, estabelecimento de parceria e

compromisso político, a referida doença deixou de ser um problema de saúde pública global em 2000 e, em 2005, na maioria dos países. Este cenário aponta para o registro de menos de um caso por 10.000 habitantes.

Na contramão destes resultados, encontra-se o Brasil, onde estudiosos apontam que a hanseníase é considerada um sério problema de saúde pública, sendo caracterizada como endêmica em vários municípios e estados brasileiros (Silva et al., 2016; Silveira et al., 2014). Corroborando tal asserção, Queiroz et al. (2015) informam que no panorama internacional o Brasil ocupa a segunda colocação no número de casos confirmados da doença.

Este quadro mostra sua gravidade ao se ter em mente que a hanseníase afeta principalmente o sistema nervoso periférico e a pele, ocasionando redução da sensibilidade e do potencial motor dos seus membros que podem levar a deficiências físicas (Muniz et al., 2016; Queiroz et al., 2015). Além disso, também se aponta o potencial da hanseníase em influenciar algumas manifestações fonoaudiológicas, tais como: audição (deficiência neurossensorial), voz (rouquidão e esforço para falar), deglutição (engasgos e dificuldade de mastigar) e fala/expressão facial (dificuldade na fala e em fazer caretas) (Zanin et al., 2016).

Cabe salientar que no Brasil persiste o alto número de pessoas diagnosticadas com algum grau de incapacidade, indicando que a detecção da doença ainda é realizada tardiamente. Este contexto sugere a necessidade de otimização do sistema de saúde, de modo a priorizar ações de educação em saúde, exame de contatos e busca ativa tanto para diagnosticar novos casos como para resgatar os pacientes que abandonaram o tratamento e, assim, romper o ciclo de transmissão do bacilo (Santos et al., 2016).

Em decorrência desta situação e visando maior controle da hanseníase, o sistema de saúde brasileiro elegeu esta doença como prioridade e a Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) como *locus* das ações vinculadas à vigilância em saúde, gestão, atenção integral, comunicação, educação e pesquisa (Sales et al., 2013).

Com esta orientação, tais medidas podem contribuir para evitar o que Ribeiro e Lana (2015) caracterizam como sequelas permanentes, quais sejam, comprometimentos na visão e na sensibilidade tátil. O surgimento destas sequelas acarreta maior suscetibilidade a acidentes, queimaduras, feridas e, em casos mais graves, amputações.

No âmbito da prevenção das sequelas permanentes, ainda cabe destacar o papel da educação em saúde, pois, a despeito de qual seja o grau de escolaridade dos indivíduos, esta estratégia mostra sua relevância ao contribuir para a realização do diagnóstico precoce da hanseníase, bem como para a orientação sobre o tratamento e o autocuidado (Silva et al., 2016). A relevância do autocuidado no tratamento da doença se refere à adoção de procedimentos específicos para monitorar a funcionalidade do nariz, olhos, mãos e pés, como estratégia privilegiada para a prevenção ou diminuição dos agravos de incapacidades físicas (Queiroz et al., 2015).

Assim, é em decorrência do potencial danoso que a hanseníase apresenta para impactar as dimensões física, psíquica, social e laboral das pessoas as quais ela acomete, que se faz necessário compreender como se encontram os dados atuais sobre a incidência e a prevalência da doença no cenário mundial e nacional.

Para tal empreitada, vale destacar que o documento “A atualização global sobre hanseníase, 2014: necessidade de detecção precoce de casos” (WHO, 2015), apontou que em 2014 foram notificados 213.899 casos novos de hanseníase (3,78/100.000), mas que nos primeiros quatro meses de 2015, apenas 175.554 (taxa de prevalência de 0,31/10.000) estavam realizando tratamento. Do total de casos novos, o maior número de registros vem da Ásia Sul-Oriental, 154.834 (8,12/100.000) e, em segundo lugar, das Américas, cerca de 33.789 (3,75/100.000), sendo que 81% das detecções globais estão concentradas nos seguintes países: Índia (125.785), Brasil (31.064) e Indonésia (17.025).

O relatório (WHO, 2015), também indicou que 14.110 dos casos foram considerados com Incapacidade Grau 2 (IG2), o que representa 6,6% da integralidade dos diagnósticos ou uma taxa de 2,0/1.000.000. As crianças corresponderam a 18.869 (8% do total), as mulheres a apenas 36% e, ainda, 61% dos casos eram MB de hanseníase.

Com relação à detecção geral de pessoas com hanseníase, Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase Brasil 2001 – 2016, do Ministério da Saúde (2017b) revelam que o país registrou o menor número de casos em 2016, somando ao total 25.218, uma taxa de 12,23/100.000 habitantes, mas com somente 22.710 (1,10/10.000) em tratamento. Dos novos casos, 1.696 (3,63/100.000) eram de pessoas com menos de 15 anos, conforme exemplificado pelo Gráfico 1.

Indicadores Ano	Casos novos < 15 anos	Taxa de detecção < 15 anos por 100 mil habitantes	Casos novos geral	Taxa de detecção geral por 100 mil habitantes	Casos em registro ativo 31/12 de cada ano	Taxa de prevalência por 10 mil habitantes
2001	3.555	6,96	45.874	26,61	68.812	3,99
2002	3.862	7,47	49.438	28,33	75.624	4,33
2003	4.181	7,98	51.900	29,37	79.908	4,52
2004	4.075	7,68	50.565	28,24	30.693	1,71
2005	4.010	7,34	49.448	26,86	27.713	1,48
2006	3.444	6,22	43.642	23,37	26.338	1,41
2007	3.048	6,07	40.126	21,19	41.549	2,11
2008	2.913	5,89	39.047	20,59	39.115	2,06
2009	2.669	5,43	37.610	19,64	38.179	1,99
2010	2.461	5,36	34.894	18,22	29.761	1,56
2011	2.420	5,22	33.955	17,65	29.690	1,54
2012	2.246	4,81	33.303	17,17	29.311	1,51
2013	2.439	5,03	31.044	15,44	28.445	1,42
2014	2.341	4,88	31.064	15,32	25.738	1,27
2015	2.113	4,46	28.761	14,07	20.702	1,01
2016	1.696	3,63	25.218	12,23	22.710	1,10

Gráfico 1

Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase, Brasil 2001 – 2016

Fonte: adaptado de Sinan/SVS-MS

Ao considerar a distribuição dos novos diagnósticos por região e por estados (Ministério da Saúde, 2017b), evidenciou-se que a região do país com maior número de casos detectados foi a Centro-Oeste (20,02/100.000), seguida pela região Norte (28,70/100.000) e

pela Nordeste com 19,30 casos para cada 100.000 pessoas. O Piauí em 2016 foi o segundo estado do Nordeste que mais detectou casos de hanseníase, uma taxa de 27,64 por 100.000 habitantes, atrás apenas do Maranhão (47,43/100.00 habitantes).

Tendo por base os números oficiais da incidência e prevalência da hanseníase, nota-se a pertinência de conhecer a trajetória desta doença que, se por um lado apresenta uma história milenar, por outro, permanece como um problema de saúde pública, especialmente, nos países em desenvolvimento.

1.2 Aspectos sociohistóricos da hanseníase

Inicialmente chamada por lepra (do grego, *Lepis*, significa escama, crosta), esta doença foi considerada mutilante, incurável, repugnante e estigmatizante, assim provocando profundo sofrimento nas pessoas infectadas e se constituindo num grave problema de saúde para muitos países (Reyes, 2013). A primeira referência escrita a esta patologia faz alusão ao ano 600 a. C., demonstrando, deste modo, que a hanseníase já fazia parte do rol de conhecimentos das civilizações antigas da China, Índia e Egito (Leite et al., 2015).

No mundo antigo, a hanseníase parece ter sido disseminada pelas migrações e pelas guerras (Eidt, 2004). Especificamente a rota de conquista de Alexandre, O Grande, (Pela, 356 a. C. – Babilônia, 323 a. C.), que compreende o trajeto da Macedônia para a Índia e depois a volta pelo Egito e o Oriente Médio, fez com que Alexandre fosse considerado o responsável pela disseminação da doença nestes territórios (Cardona-Castro & Bedoya-Berrío, 2011).

No entanto, foi na Idade Média europeia, com sua concepção monista entre corpo e espírito, que se acentuou o entendimento da hanseníase enquanto um castigo divino, como uma inquestionável presença do pecado e do mal. Esta crença contribuiu para a construção de uma imagem dos hansenianos que assombrava a todos a sua volta e os tornava depositários do

ódio, medo e acusações de contaminação voluntária de águas e rios, bem como de tramar contra o poder instituído a fim de dominar as cidades e os campos (Zamparoni, 2017).

Esta vinculação com a dimensão espiritual tem sua fonte nos escritos bíblicos, de modo que, mesmo sem a correta precisão dos diagnósticos, considera-se que a lepra é a doença mais mencionada na bíblia cristã. Lá esta patologia é entendida como um castigo a partir do qual o doente, punido por Jesus, era discriminado e excluído da comunidade, já demonstrando o isolamento como principal terapêutica (Ledermann, 2016).

Isto pode ser ilustrado pelos escritos no livro de Levítico, onde encontram-se indicações sobre como identificar e tratar os hansenianos:

Javé falou a Moisés e Aarão, dizendo: “Quando uma pessoa tiver na pele uma inflamação, um furúnculo ou qualquer mancha que produza suspeita de lepra, será levada à presença do sacerdote Aarão ou de um dos seus filhos sacerdotes. O sacerdote examinará a parte atingida. Se no lugar doente o pelo se tornou branco e a doença ficou mais profunda na pele, é caso de lepra. Depois de examiná-la, o sacerdote a declara impura (Lv. 13:2-3).

A partir do momento em que se constatava que o indivíduo havia sido acometido pela doença de Hansen, este deveria: “Andar com as roupas rasgadas e despenteado, cobrindo o bigode e gritando: Impuro! Impuro! [...] É impuro, viverá separado e habitará fora do acampamento.” (Lv. 13:45-46).

Nesta perspectiva, cabe mencionar que mesmo antes do conhecimento científico, as sociedades de diferentes épocas já se interrogavam sobre os mecanismos de transmissão e tratamento da hanseníase (Reyes, 2013). Diante disso, várias recomendações foram proferidas para a população como estratégias para evitar o contágio, sendo as principais aquelas que destacavam as práticas higiênicas como, evitar alimentos de má qualidade, o ar impuro, a água contaminada e a habitação em ambientes superlotados, todos fatores fortemente ligados à situação de pobreza (Raman, Buckingham, & Raman, 2013).

Autores apontam que possivelmente a origem da hanseníase se deu na África Oriental ou Oriente Médio e, depois, espalhou-se pelo mundo através das migrações humanas e das

guerras (Cardona-Castro & Bedoya-Berrío, 2011). Na América, os povos nativos não conheciam a doença, sendo introduzida no início do século XVI pelos europeus e pelos africanos (Reyes, 2013).

Em uma perspectiva relativamente diferente, defende-se que no cenário brasileiro a lepra foi trazida pelos portugueses e disseminada pelos africanos escravizados, pois a crença de que a doença veio da África esbarra na constatação lógica de que os traficantes de escravos dificilmente comprariam indivíduos com sinais de hanseníase (Avelleira, Bernardes, Quaresma, & Viana, 2014). Contudo, quando se considera o longo período de incubação pelo qual passa o bacilo, bem como a inexistência de critérios diagnósticos eficazes até o século XX, torna-se bastante aceitável a hipótese de que os africanos escravizados também são responsáveis pela introdução da hanseníase nas terras brasileiras.

Ao longo da história, muitos esforços foram empreendidos a fim de identificar a causa da hanseníase. Todavia, tal feito só foi alcançado em 1873, graças às pesquisas do médico norueguês Gerhard Armauer Hansen, fato que representou o primeiro avanço científico no entendimento da doença (Cardona-Castro & Bedoya-Berrío, 2011).

Entretanto, mesmo após a identificação do agente etiológico, persistia no final do século XIX uma importante cisão na comunidade médica quanto ao mecanismo de transmissão da hanseníase: por um lado, havia aqueles que defendiam o caráter hereditário, por outro, aqueles que acreditavam na ação do contágio. Este dissenso refletiu no primeiro Congresso sobre Lepra, ocorrido em Berlim (1897), no qual, mesmo sem unanimidade, os posicionamentos pró-contágio foram superiores, bem como foram estabelecidas a necessidade de notificação compulsória, vigilância e isolamento compulsório dos leprosos. Essas conclusões terminaram por ser endossadas em 1909, no segundo congresso sobre a temática, realizado na Noruega, ainda que com a discordância de alguns participantes. A principal deliberação do terceiro congresso, ocorrido em Estrasburgo, na França, em 1923, foi a de que

o isolamento não constituía mais a principal terapêutica, devendo ser empreendido apenas em casos específicos e de forma mais humanitária (Zamparoni, 2017).

Isto porque durante muitos séculos o medo do contágio e o desconhecimento generalizado em torno da hanseníase contribuíram para que as pessoas infectadas com esta patologia fossem consideradas uma ameaça ao velho paradigma que dividia os saudáveis e os doentes e, deste modo, foram segregadas e isoladas do convívio social (Leandro, 2013; Leite et al., 2015). Assim, percebe-se que estas restrições aos doentes não estavam ligadas, necessariamente, a tentativas de curá-los, mas sim a um caráter higienista que bania tudo aquilo que incomodava a ordem dominante (Souza & Sena, 2014).

No Brasil, esta realidade foi vivenciada desde os primeiros anos da colonização (Eidt, 2004). Porém, somente mais tarde o discurso e a prática do isolamento compulsório foram melhor delineados, o que pode ser averiguado pela divisão em cinco períodos principais: o intervalo de tempo entre 1900 e 1920 compreende o surgimento das primeiras medidas profiláticas, no segundo período (1921-1930), fundou-se o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e aumentaram os questionamentos sobre as maneiras de isolamento; no governo Vargas, terceiro período (1931-1945), implementam-se o isolamento compulsório, o tratamento sulfônico e a construção dos hospitais-colônia. O quarto período, 1947-1967, é marcado pela recomendação dos congressos internacionais para a extinção das medidas isolacionistas, sendo que em 1962, o isolamento compulsório é abandonado, exceto em São Paulo. Somente a partir de 1967, quinto período, é que, em lugar do isolamento compulsório, adota-se o tratamento ambulatorial em Centros de Saúde ou Hospitais (Santos et al., 2015)

Dentre todos os períodos mencionados, salienta-se que a década de 1930, Era Vargas, registra o ápice das medidas de isolamento compulsório, tendo como base o tripé: dispensário, leprosário e preventório (Carvalho, 2015). O dispensário era o responsável pelo acompanhamento dos familiares e das pessoas que haviam mantido contato com o doente; o

leprosário isolava e tratava os doentes; e o preventório abrigava os filhos não contagiados dos hansenianos (Palmeira et al., 2012).

Neste contexto, teve maior destaque a construção dos leprosários (ou hospitais-colônia), o que reflete, dentre várias demandas, uma resposta do Estado à elite brasileira que, em decorrência da constante publicização científica do caráter contagioso da hanseníase, passou a cobrar medidas mais severas para a proteção dos indivíduos saudáveis (Leandro, 2013). Assim é que grande parte dos internos das colônias foram levados para o isolamento contra a própria vontade, numa espécie de “sequestro”, sendo inclusive realizado através do uso da força policial (Fonseca, 2013).

Uma das principais consequências do isolamento compulsório foi a internação dos filhos dos hansenianos nos preventórios. Para legitimar esta medida, então considerada de alto poder profilático, em 13 de janeiro de 1949 criou-se a Lei nº 610, com o intuito de afastar os filhos dos pais doentes, assim, mesmo os que nasciam nas colônias, imediatamente após o nascimento eram levados para: Preventórios ou Educandários; adoção (quase sempre ilegal); ou convívio de outras pessoas (Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase [Morhan], 2010).

Tendo por base as discussões realizadas *a priori*, depreende-se que o tratamento da hanseníase pode ser dividido em três períodos históricos: incurabilidade, monoterapia e poliquimioterapia. Na primeira fase, sobressaem-se concepções e práticas pré-científicas; a segunda, já pós-descoberta do bacilo, inicia-se em 1941 com a utilização da sulfona; por último, inaugura-se o tratamento atual por poliquimioterapia, instaurado pela OMS em 1981 (Cardona-Castro & Bedoya-Berrío, 2011).

Assim, até a década de 1940 não havia um tratamento curativo para hanseníase, mas tão-somente formas de amenizar o sofrimento. As principais formas de tratar a hanseníase neste período eram o isolamento e a utilização do óleo de chaulmoogra, um fitoterápico

originário da Índia, que se administrava através de injeções ou por via oral (Souza & Sena, 2014).

O tratamento sulfônico, por seu turno, descoberto pelo médico norte-americano Guy Faget (1941), foi o primeiro grande marco na terapêutica e profilática da hanseníase. Esta descoberta possibilitou a interrupção da contagiosidade do paciente logo no início da administração da droga, o que gerou fortes questionamentos acerca do isolamento compulsório nas colônias (Carvalho, 2015).

Congruente a este novo cenário, em que a hanseníase poderia ser tratada e curada, iniciou-se um movimento em prol da alteração do nome de lepra para hanseníase, pois se argumentava que o termo lepra associava-se à repulsa e isto dificultava a educação em saúde (Opromolla, 2002). Esta reivindicação resultou na aprovação do decreto nº 165, de 14 de maio de 1976, que mudou o nome lepra para hanseníase (Batista, 2014). Contudo, foi apenas em 1995 que o governo brasileiro promulgou a Lei Federal nº 9.010, que estabeleceu, terminantemente, a proibição da utilização do termo “lepra” e, em seu lugar, passando a vigorar em todos os documentos oficiais, o termo “hanseníase” também como uma homenagem ao descobridor do agente etiológico da doença Gerhard Armauer Hansen (1841-1912) (Carvalho, 2015; Silveira et al., 2014).

De acordo com esta discussão, foi graças aos constantes avanços científicos e sociais que, no ano de 1981, o Grupo de Estudo para a Quimioterapia da Lepra da OMS, reunido em Genebra, decidiu sobre as normas para uniformizar e universalizar um esquema multidrogas com o objetivo de alinhar o controle da hanseníase com os objetivos da Declaração de Alma Ata (Awofeso, 2011). Deste esforço surgiu a PQT com a promessa de promover a redução do tempo de tratamento, bem como de simplificar a metodologia de administração, sendo, especificamente a rifampicina, droga advinda do campo de tratamento da tuberculose, considerada a maior responsável pelo alcance dos novos anseios (Cruz, 2016; Reyes, 2013).

Ainda com base no contexto histórico da hanseníase, é válido destacar que as pessoas atingidas pelo bacilo de Hansen não foram apenas vítimas passivas diante da opressão e exclusão que sofreram, elas também foram protagonistas de muitas formas de resistência. Especificamente no cotidiano dos hospitais-colônia, estas lutas se manifestaram através da constituição de novas famílias, da realização de práticas esportivas e de concursos de beleza, dentre outros. No que se refere ao contexto macro, registra-se a articulação de uma ação política de âmbito nacional com o surgimento do Morhan (Mendonça, 2012).

O Morhan foi fundado por ex-pacientes internos dos hospitais-colônia, em 6 de junho de 1981. A partir de então, passou a se constituir num espaço de acolhimento e de intercâmbio de experiências e conhecimentos entre os integrantes do movimento, assim contribuindo para o empoderamento, participação social e autonomia das pessoas com hanseníase e seus familiares, tendo como fim último, a reinserção social (Santos et al., 2015).

Conforme aponta Mendonça (2012), a trajetória do Morhan não se apresenta de forma linear, sendo o seu surgimento na década de 1980 marcado por diversos conflitos e tensões, a década de 1990 permeada pela luta em prol da eliminação da doença e os anos 2000 por uma nova repolitização do movimento. Este contexto de diversidade e múltiplas demandas acarretou grandes desafios para a luta das pessoas acometidas pela hanseníase.

Neste sentido, um dos principais desafios do Morhan na atualidade é exigir a efetivação dos direitos sociais inscritos na Constituição brasileira e assegurar alternativas às pessoas que estejam desassistidas de seus direitos. Para tanto, seus militantes se fazem presentes em diversos espaços: Conselho Nacional de Saúde - CNS, Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS, Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, Conselho Nacional da Pessoa Portadora de Deficiências - CORDE e o Fórum Nacional de Entidades Nacionais de Patologias e Deficiências (Morahn, 2010).

Resultado de todo esse trabalho de articulação do Morhan no sentido de pressionar o poder público acerca da situação das pessoas com hanseníase, foi a conquista histórica do movimento ao conseguir a aprovação da Lei nº 11.520. Esta lei assegura o direito à pensão especial, vitalícia e mensal aos ex-moradores dos hospitais-colônia, desde que isoladas compulsoriamente até 31 de dezembro de 1986 (Morhan, 2008).

Por outro lado, ainda que se registrem consideráveis avanços no que se refere ao reconhecimento dos direitos do hanseniano, bem como à terapêutica da hanseníase, é pertinente destacar que as demandas geradas pela vivência da hanseníase requerem mais que a adoção de medidas isoladas, mas uma junção de iniciativas que articulem o envolvimento da comunidade em geral ao engajamento ativo das pessoas atingidas pela hanseníase (Awofeso, 2011).

Isto porque a hanseníase, a despeito de atualmente ser uma doença tratável e curável, permanece associada a uma considerável carga negativa. Diante disso, percebe-se o potencial que esta doença possui para impactar não apenas a dimensão física, mas principalmente, as esferas psicológica e social.

1.3 Aspectos psicossociais da hanseníase

O acometimento pela hanseníase repercute significativamente no cotidiano e nas relações interpessoais das pessoas infectadas, uma vez que não se limita apenas a dor e ao mal-estar físico, sobressaindo também, o sofrimento acarretado pelo impacto social e psicológico (Araújo et al., 2016).

Os impactos sociais se materializam através da perda ou comprometimento das relações sociais, familiares e de trabalho, bem como do potencial de socialização (Muniz et al., 2016). As consequências psicológicas, por sua vez, envolvem a perda de um senso de

autoconfiança, além da capacidade de enfrentamento emocional e dos potenciais positivos relacionados ao autoconceito (Muniz et al., 2016).

No campo das relações interpessoais, em decorrência de a lepra ter sido historicamente associada à noção de sujeira, houve, por parte da sociedade, uma espécie de naturalização da crença de que o dito leproso deveria ser visto como um estranho que representava uma ameaça ao conviver com os indivíduos saudáveis, devendo, portanto, ser afastado (Barreto et al., 2013). Foi nesta atmosfera que ocorreu o surgimento do estigma, um reflexo do discurso social em sua tentativa de separar e categorizar pessoas, de forma que, aquelas que apresentam determinado atributo considerado negativo, passam a ser discriminadas, segregadas e expropriadas de sua condição humana (Hamester, 2016).

Uma das principais consequências do estigma sofrido por pessoas com hanseníase é o retraimento diante das relações sociocomunitárias, pois a vivência de situações permeadas pela discriminação impacta significativamente na diminuição da autoestima e na capacidade de participação social (Silva, Serra, Gonçalves, & Silva, 2012).

Especificamente quando as alterações do corpo da pessoa com hanseníase tornam-se detectáveis ao exercício do olhar, verifica-se maior possibilidade que estes indivíduos construam RS negativas acerca de si mesmos, bem como que se acentue a discriminação no meio social (Palmeira et al., 2013).

Isto porque “o corpo que progressivamente se desfigura diante do Outro perde boa parte de seu poder de sustentar a constância do sentimento de ser si mesmo.” (Barreto et al., p.23, 2013). Desta maneira, os indivíduos com hanseníase podem apresentar desestruturação da imagem corporal, uma vez que nesta doença o estigma se refere essencialmente ao corpo e é sobre ele que se criam as principais RS, impactando na realização do autocuidado, haja vista que a adesão a esta prática está fundamentalmente ligada às informações e à internalização de

conceitos facilitadores do entendimento das alterações na imagem corporal que a hanseníase pode causar (Batista, Vieira, & Paula, 2014).

Desse contexto, depreende-se que essas pessoas passam a ser estigmatizadas em decorrência da própria corporeidade e da aparência física, bem como que a cristalização da estranheza e do preconceito ultrapassa os atributos característicos do indivíduo e termina por refletir toda a complexidade inerente a um discurso social (Leite et al., 2015).

Em consonância a esta discussão, os aspectos psicológicos envolvidos na vivência das pessoas com hanseníase revelam que “os sentimentos relacionados a esta doença milenar, como o medo, a vergonha, a culpa, a exclusão social, a rejeição e a raiva estão internalizados no psiquismo de seus portadores” (Silveira et al., 2014, p.519). Situação esta que contribui para o comportamento sigiloso em relação à doença, onde muitas vezes nem mesmo os familiares e amigos são informados sobre o diagnóstico (Souza & Sena, 2014).

Neste cenário, cabe ressaltar a vulnerabilidade emocional da pessoa com hanseníase ante ao diagnóstico, à informação e à orientação sobre seu estado de saúde, já que pode apresentar reações como a negação e a revolta (Santos et al., 2015). Logo, percebe-se que o diagnóstico de hanseníase, independente dos avanços conquistados nas últimas décadas, ainda traz consigo marcas do sofrimento a que historicamente o paciente foi relegado (Barreto et al., 2013).

Além do diagnóstico, a realização do tratamento também encerra importantes repercussões psicológicas ao paciente, dentre elas, ressalta-se o caráter idiossincrático experienciado pelos indivíduos submetidos ao tratamento pela PQT. Neste sentido, se para uma parte dos pacientes a patologia é vivenciada como uma doença qualquer e curável, para outras pessoas o adoecimento se torna crônico e incurável, revelando assim, uma cisão entre o saber do médico e a subjetividade do paciente (Cruz, 2016).

Um reflexo disso pode ser o achado de um estudo, no qual as autoras destacaram que as pessoas com hanseníase, após o diagnóstico, apresentavam dois tipos de posicionamento frente à doença. Para um grupo, o início do tratamento significou melhora dos sintomas, para o outro, salientou-se a piora dos sinais e sintomas físicos, culminando em prejuízos na qualidade de vida (Nunes, Oliveira, & Vieira, 2011).

Outro dado interessante sobre a forma de encarar o tratamento foi a relação encontrada por Silveira et al. (2014) entre autocuidado e práticas de acolhimento desenvolvidas pelas equipes de saúde. Os autores constataram que quando o usuário é atendido em uma atmosfera de respeito, calorosidade e empatia, solidifica-se a relação entre profissional e cliente, o que contribui, dentre outras coisas, para a adesão ao tratamento.

Também discutindo sobre o tratamento e os impactos da hanseníase, uma investigação feita com pessoas no pós-alta revelou que, apesar da heterogeneidade das percepções dos pacientes, a maioria relata drásticas mudanças no estilo de vida, desconforto quanto aos efeitos da medicação, desconhecimento da doença, falta de acompanhamento profissional pós-tratamento e a vivência de preconceito e vergonha (Souza et al., 2013).

Neste âmbito, tais percepções apontam para possíveis fragilidades no sistema de saúde, pois os profissionais não estão suprindo o que Córdova e Garcia (2012) referem como sendo as principais necessidades das pessoas que vivenciam a hanseníase. Entre estas necessidades destacam-se: aconselhamento profissional, *checkup-ups* periódicos, acompanhamento no período antes e após a alta e, sobretudo, o fornecimento de esclarecimentos para o hanseniano manter uma vida normal e cooperar para o alcance, senão da cura, ao menos da redução das incapacidades que a doença pode ocasionar.

Sobre o acompanhamento profissional pós-alta, autores referem que ainda há uma grande lacuna nos serviços de saúde quanto a este tipo de acompanhamento. Acrescentam

também que, mesmo os estudos científicos, mostram-se inexpressivos para abarcar a complexidade que envolve a vida do paciente após o tratamento pela PQT (Silva et al., 2012).

Já com relação à vivência da hanseníase na velhice, considera-se que o idoso com esta patologia sofre duplamente se comparado aos companheiros da mesma faixa etária, pois além das dificuldades inerentes ao fato de ser idoso, ainda padece por conviver com uma doença socialmente estigmatizada, que segrega e, incapacita, quando não tratada precocemente (Souza & Sena, 2014).

Com o intuito de averiguar os impactos da hanseníase na velhice, autores (Pelarigo et al., 2014) realizaram um estudo com 90 idosos com história pregressa de hanseníase e puderam perceber que, embora a maioria da amostra apresentasse deficiências físicas e declínio cognitivo, tais condições não influenciaram diretamente no surgimento de sintomas depressivos e na diminuição da independência funcional. Por outro lado, os autores também ressaltaram que grande parte dos idosos que apresentava bom nível de independência funcional, tinha menor probabilidade de sofrer de depressão, ainda que praticamente um terço da amostra total apresentasse sintomas depressivos.

Tendo por base que 30% das pessoas que sofrem de doenças de pele apresentam algum tipo de problema psiquiátrico e, sendo que na hanseníase a manifestação psiquiátrica mais comum se refere ao surgimento dos sintomas depressivos (Ericeira et al., 2016). Realizou-se uma pesquisa com o intuito de investigar a presença dos sintomas depressivos em adultos doentes com hanseníase, empreitada que, ao final, relatou a presença destes sintomas em 38% da amostra, devidos, em grande parte, às condições clínicas, limitações sofridas, grau de entendimento da doença e à autoimagem (Ericeira et al., 2016).

Ainda como achado, os autores também destacaram a relação do gênero com o surgimento da depressão, aclarando que as mulheres são duas vezes mais suscetíveis ao referido transtorno de humor, possivelmente pelo fato de problemas dermatológicos irem de

encontro aos rígidos padrões de beleza estabelecidos para elas. Os homens, por sua vez, parecem sofrer mais por conta das perdas relacionadas à vida ocupacional e financeira (Ericeira et al., 2016).

Entretanto, um aspecto que afeta igualmente homens e mulheres se refere ao medo do contágio (Zamparoni, 2017). Vale lembrar que este medo se alicerça nos vários mitos construídos sobre a hanseníase ao longo da história da humanidade e, ainda nos dias atuais, contribui para que a comunidade adote atitudes discriminatórias contra o hanseniano e sua família, o que compromete significativamente o nível de apoio recebido pelo indivíduo infectado (Córdova & Garcia, 2012).

Reflexo dessa história que atrela a hanseníase ao medo do contágio foi verificado em uma investigação na qual se constatou que as RS do contágio da hanseníase ainda remetem à lepra, ao preconceito e ao confinamento nas colônias, inclusive com separação de utensílios domésticos (Palmeira et al., 2012). Assim, depreende-se que nem sempre o conhecimento científico é capaz de amenizar esta situação, pois se verifica que até mesmo os profissionais de saúde que lidam diretamente com os pacientes acometidos pela hanseníase podem apresentar reações de medo e preconceito (Batista, 2014; Sales et al., 2013).

Este contexto parece se alinhar ao fato de que o preconceito e o estigma continuam presentes tanto no meio das pessoas com hanseníase como no imaginário popular. Constatação que pode ser averiguada, mesmo que sutilmente, em pequenas ações da vida cotidiana e nas consequências que isto acarreta para o êxito das políticas afirmativas que visam à reinserção social dessa parcela da população historicamente excluída (Leite et al., 2015).

Particularmente mais afetadas por esta situação, as pessoas internadas nos hospitais-colônia, ao serem afastadas da família e dos amigos, tiveram interrompidas a produção da individualidade através da desconstrução radical de seus referenciais. Isto, dentre outras

coisas, apontou para a descartabilidade social dos indivíduos no momento em que perdem a saúde e a capacidade produtiva (Souza & Sena, 2014).

Ilustrativo deste contexto é a realidade vivenciada pelos moradores do HCC de Parnaíba, Piauí, pacientes que, embora curados da hanseníase, permanecem vinculados à instituição por não possuírem laços sociofamiliares suficientemente sólidos e que lhes possibilitem uma vida extramuros.

1.4 O Hospital Colônia do Carpina em Parnaíba-PI

Inaugurado em julho de 1931 por uma Sociedade Beneficente, apenas em 3 de janeiro de 1940 passou a ser de responsabilidade do governo estadual do Piauí. Vale mencionar que inicialmente, o Hospital Colônia do Carpina se chamava “Fundação São Lázaro” (Ministério da Saúde, 1948).

Os registros históricos apontam que em 1921 quase não existiam casos de hanseníase no estado, contudo, para Souza Araújo este assunto não recebia atenção adequada, fato que o levou a fazer uma contagem dos então chamados leprosos. Obteve a soma de 100 pessoas adoecidas em 1925. Aliado a este número, também se detectou a presença de 16 piauienses entre os 2.052 casos de hanseníase registrados no Pará até junho de 1924 e mais 17 dentre os 864 recenseados no Amazonas até junho de 1929. Em decorrência desses achados, o médico parnaibano Dr. Mirócles Campos Veras em parceria com alguns amigos implementou a “Fundação São Lázaro”. A Fundação tinha como “fim instituir uma colônia e um hospital, destinados ao tratamento das pessoas atacadas do mal de Hansen” (Ministério da Saúde, 1956, pp.557-558). Como retaguarda governamental, o diretor do DNSP, Prof. Clementino Fraga prometeu todo o apoio à instituição piauiense e o Dr. Joaquim Motta, Inspetor interino de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, assim declarou a Veras: “. . . louvando tão patriótica e benemérita iniciativa, que representará sem dúvida um factor importante de sucesso na luta contra a endemia nessa região, e empenhar o apoio desta Inspeção, que com o maior

interesse está pronta a auxiliar obra tão meritória como a que vindes de emprender” (Ministério da Saúde, 1956, p.558).

Neste âmbito, ainda destaca-se que o projeto da instituição asilar foi pensado com o objetivo de abrigar aproximadamente 50 pacientes, sendo contempladas todas as necessidades para manter estes indivíduos afastados da vida extramuros (Ministério da Saúde, 1956).

A Colônia do Carpina foi construída em uma zona afastada da cidade, ficando aproximadamente a seis quilômetros do centro de Parnaíba e possuía vários pavilhões e instituições, dentre elas, prefeitura, delegacia e pensões, estas subsidiadas pela iniciativa privada e estatal (Lima & Santos, 2014). Mais que simples detalhes, a localização geográfica e a forma como se organizava a Colônia representavam a concretização de um isolamento efetivo, refletindo as orientações das políticas então vigentes, fato que também colaborou para que a população local elaborasse representações negativas acerca desta instituição e de seus moradores.

Neste sentido, mesmo com a descoberta da cura advinda da administração de tratamentos mais eficazes e a conseqüente extinção das práticas isolacionistas no final da década de 1980, muitas pessoas permaneceram institucionalizadas, haja vista a perda ou fragilidade do vínculo com o meio social (Leite et al., 2015; Simpson et al., 2013; Souza & Sena, 2014).

Uma pesquisa realizada com o intuito de identificar o perfil socioeconômico dos moradores remanescentes do HCC e evidenciou a existência de apenas 30 pessoas (Vilela & Rocha, 2011). Deste grupo, 70% tinham entre 51 e 70 anos, 60% eram do sexo masculino, 25% eram de outros estados, predominantemente do Ceará, 50% apresentavam sequela da hanseníase, 60% não conseguiam ler e escrever, um quarto (25%) fazia uso de bebida alcoólica e, por último, constatou-se que a ocupação profissional de 45% dos moradores, antes do asilamento, era a de agricultor.

Sobre o atual contexto organizacional do HCC, tem-se o seguinte quadro funcional (Figura 1): coordenador, cargo que é exercido por um profissional médico, mas que desempenha apenas funções de direção. Serviço médico, composto por quatro profissionais da área: um dermatologista, um ortopedista, um clínico geral e um psiquiatra. Serviço de enfermaria, onde se encontram duas enfermeiras, nove técnicas de enfermagem e uma recepcionista na farmácia. O setor administrativo engloba dois agentes administrativos, um agente operacional de serviços, dois auxiliares administrativos, um auxiliar técnico, um digitador, uma pessoa responsável por agendar consultas e um chefe da parte financeira. Tal setor é responsável por gerir o pessoal de: Serviços Gerais (oito auxiliares de serviços gerais, duas cozinheiras, duas auxiliares de cozinha, um estoquista, dois eletricitas, dois motoristas), Serviço de Vigilância (quatro porteiros) e Serviço de Segurança (quatro seguranças). Serviço social que é realizado por duas assistentes sociais, assim como o de nutrição também é executado por duas nutricionistas. Finalmente, os setores de psicologia e pedagogia são compostos por uma psicóloga e uma pedagoga, respectivamente.

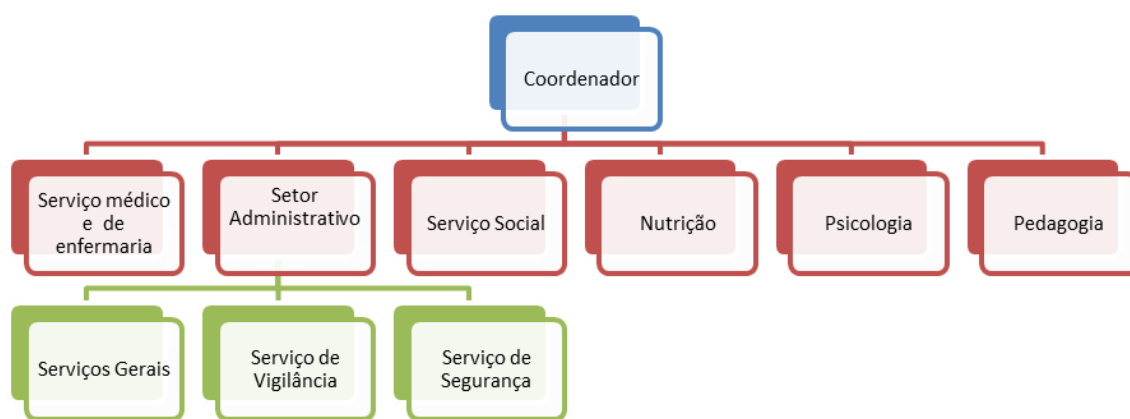


Figura 1

Organograma funcional do hospital colônia do carpina

Todo este aparato institucional, se num primeiro momento representou uma estratégia para manter a efetividade do isolamento dos hansenianos, atualmente tem por objetivo proporcionar as condições adequadas às necessidades dos moradores do HCC, uma vez que

estes perderam os vínculos com o mundo exterior e, deste modo, vivenciam o processo de envelhecimento no interior do HCC. Tendo por base esta particularidade do grupo pesquisado, evidencia-se a importância de ampliar a compreensão acerca do fenômeno do envelhecimento humano.

2 O Processo de Envelhecimento: Aspectos Biopsicossociais

Inicialmente, este capítulo discute os conceitos de envelhecimento e desenvolvimento, para tanto, apresentando diversas teorias que surgiram ao longo do século XX com o intuito de explicar estes dois fenômenos. Em seguida, empreende-se uma diferenciação entre os conceitos de desenvolvimento, envelhecimento e velhice. Posteriormente, enfatizam-se os desafios impostos pelo envelhecimento populacional, fato que leva a uma caracterização sociodemográfica deste processo.

2.1 A velhice e o envelhecimento: uma abordagem psicossocial

Durante grande parte da história científica, especificamente até a década de 1970, a psicologia e a gerontologia consideraram o envelhecimento e o desenvolvimento em perspectivas contrárias, uma vez que vigorava a concepção de que o desenvolvimento era marcado essencialmente por focar o adulto saudável e ativo, destacando os ganhos e o crescimento como característicos da primeira metade da vida (Araújo & Carvalho, 2005). O envelhecimento, por sua vez, seria uma etapa marcada por perdas e declínios vivenciados na segunda metade (Neri, 2008).

Esta oposição reflete a inversão de papéis conferidos ao velho na sociedade moderna, na medida em que de um passado onde as pessoas com mais idade eram investidas de grande valor social por serem consideradas as guardiãs das tradições de uma dada cultura, passou-se a concebê-las como um peso e como depositárias de tudo aquilo que é negado pela sociedade calcada no individualismo (Cruz, 2011).

Este cenário de aversão à velhice nas sociedades ocidentais abriu caminho para o surgimento de um fenômeno só observado na contemporaneidade, a saber, o *ageism* (Magalhães, Fernandes, Antão & Anes, 2009). Este termo, emprestado da língua inglesa, caracteriza o preconceito e a discriminação contra pessoas idosas, processos que ocasionam,

para além de impactos negativos sobre o bem-estar dessas pessoas, o surgimento de uma sociedade gerontofóbica que vê o envelhecimento como um inimigo que precisa ser combatido (Rabelo & Davi, 2017).

As marcas da sociedade gerontofóbica estão presentes no dia a dia das pessoas, seja nos mitos e nas concepções correntes, o que se percebe é uma cisão entre a velhice e a juventude. À primeira associa-se a impotência, intolerância e demência, à segunda corresponde a beleza, a força e a potência, isso em decorrência de uma não aceitação das marcas do envelhecimento por parte da cultura ocidental e que leva à estigmatização da velhice (Souza, 2017).

Muito dessa estigmatização tem a ver com o corpo que envelhece (Valença, Santos, Lima, Santana, & Reis, 2017), pois este é o principal alvo do preconceito sofrido pelos idosos, o que o torna um símbolo da desigualdade entre as categorias etárias (Rabelo & Davi, 2017). Por outro lado, registra-se uma ambiguidade, pois esse mesmo corpo envelhecido, identificado pelas rugas, flacidez e cabelos brancos também representa a base material da trajetória de vida da pessoa (Moreira, 2012; Souza, 2017).

Um exemplo dos reflexos causados pela imagem negativa da velhice foi identificado numa pesquisa, na qual os homens, em sua totalidade, apesar da idade e das limitações físicas e laborais, relataram não se reconhecerem como “velhos”. As mulheres, por sua vez, ainda que tenham reportado os aspectos positivos da velhice, também não deixaram de mencionar os aspectos negativos, tais como doenças, medo e abandono (Fernandes & Garcia, 2010).

Ainda sobre a imagem negativa da velhice e seu impacto na construção da identidade do velho, Debert (1999) constatou que as pessoas tendem a realizarem uma separação entre as próprias experiências e as experiências do envelhecimento e significados da velhice atribuídos aos velhos, evidenciando que esta categoria não é uma criação interior, mas forjada a partir do outro.

No entanto, também é preciso reconhecer que a imagem negativa da velhice vem sendo cada vez mais questionada (Pereira, Couto & Scorsolini-Comin, 2015). Graças aos constantes avanços sociais, econômicos, culturais e científicos que proporcionaram a muitos idosos chegarem à vida adulta tardia com melhor saúde e com capacidade de autogestão, diversos teóricos passaram a considerar esta fase da vida como mais uma etapa do desenvolvimento humano com suas particularidades e tarefas especiais (Papalia & Feldman, 2013).

Assim, salienta-se que muitas teorias surgiram ao longo do século XX na tentativa de entender e explicar o desenvolvimento vivenciado na idade adulta e na velhice (Debert, 1999). Estes modelos teóricos podem ser divididos da seguinte forma: a) aqueles que concebem o desenvolvimento enquanto fenômeno universal que se desenrola numa sequência fixa de fases, etapas ou estágios de modo unidirecional; b) as teorias que enfatizam o caráter idiossincrático e contínuo do desenvolvimento, assim deixando de lado a organização através de estágios e adotando como marcos principais os eventos de vida esperados e não esperados que têm como cenário a interrelação entre um indivíduo ativo e um ambiente sociocultural também ativo (Freire & Neri, 2011).

Dentre as teorias que põem em relevo o desenvolvimento marcado por estágios, destaca-se a teoria de Erik Erikson que, a partir das ideias freudianas e da antropologia cultural propôs que em cada estágio de desenvolvimento existem conflitos originados de demandas internas (psicológicas) e externas (sociais) que precisam ser solucionados por meio da realização de tarefas específicas, para então, culminar na adaptação ativa (Freire & Neri, 2011). O último estágio é denominado integridade do ego *versus* desespero, sendo que a integridade do ego é composta por fatores típicos da velhice: dignidade, parcimônia, sabedoria e aceitação da própria vida, já o desespero reflete, sobretudo, o medo da morte (Araújo & Carvalho, 2005).

Em outra perspectiva, Neri (2008) chama atenção para as teorias que concebem o desenvolvimento como um processo contínuo, entre as quais:

1) A Teoria do afastamento, de Cummings e Henry, que se originou do paradigma sociológico do funcionalismo estrutural e representa o primeiro esforço no sentido de oferecer uma explicação sociopsicológica ao processo de envelhecimento. Aponta que o desengajamento ocorre de forma universal, inevitável e mutuamente consentido pelos idosos e pela sociedade, sendo, portanto, funcional para ambos os envolvidos;

2) A Teoria da atividade desenvolvida por Havighurst que é um contraponto à Teoria do afastamento, e possui como pilar a crença de que quanto mais os idosos se envolvem em atividades, mais satisfação e melhores níveis de saúde eles apresentarão. Isto porque mesmo com as alterações provocadas pelo envelhecimento, pouco se alteram as necessidades psicossociais; e

3) A Teoria da seletividade socioemocional de Laura Cartensen que, por seu turno, constitui uma alternativa às duas teorias anteriores e defende que a menor amplitude da rede de relações sociais e a moderada participação social não se referem apenas a normas da sociedade, mas refletem a motivação dos idosos em buscarem relações mais significativas, com maior gratificação emocional e menos perturbadoras, representando a opção por qualidade em detrimento de quantidade.

Um importante complemento à teoria da seletividade socioemocional pode ser encontrado na teoria do comboio social de Kahn e Antonucci, desenvolvida na década de 1980 (Papalia & Feldman, 2013). Esta teoria se baseou na perspectiva de curso de vida e nas teorias de vinculação afetiva e propõe que com o decorrer dos anos as pessoas tendem a selecionar e a investir tempo e afeto em grupos socialmente significativos, normalmente os familiares e os amigos (Güther, 2011). Para a consecução deste processo, as características pessoais, tais como, gênero e etnia, mesclam-se com as propriedades situacionais –

expectativas, eventos de vida, etc. – e com as qualidades das variadas relações sociais (apoio e satisfação social), de modo a impactarem na saúde e no bem-estar (Güther, 2011).

Para avaliar a importância do apoio social nas redes de apoio social, um estudo realizado com 15 idosos participantes de grupos de convivência demonstrou que, diferentemente do esperado, estes idosos davam mais suporte do que recebiam. Contudo, quando houve maior reciprocidade nas trocas interpessoais, averiguaram-se índices mais altos de bem-estar psicológico, pois a melhor funcionalidade das redes de apoio contribui para amenizar os impactos dos eventos de vida estressantes (Couto, Novo, & Koller, 2011).

Isto parece se alinhar ao fato de que o sentimento de segurança, fator ligado ao bem-estar psicológico, é diretamente dependente da crença de que existe alguém capaz de prover ajuda. Esta crença é intensificada em relação às pessoas a quem o idoso fornece suporte, ainda que esta expectativa não corresponda à realidade, já que nem sempre se recebe apoio das pessoas imaginadas (Sommerhalder & Erbolato, 2011).

Sobre a importância das relações interpessoais numa perspectiva de gênero, pesquisadores (Santos & Vaz, 2011) demonstraram que os homens, em comparação com as mulheres, valorizam mais as amizades, embora estes possuam maiores problemas de relacionamento. As mulheres, por sua vez, preferem o contato familiar, pois suas identidades, normalmente, assentam-se no mundo doméstico.

Uma possível explicação para este contexto pode ser encontrada no fato de que os aspectos sociais e culturais são responsáveis por importantes diferenças entre o envelhecimento de homens e mulheres. Dentre estes aspectos, reporta-se que as mulheres tendem a ter mais transtornos mentais, a sofrer de solidão e também com a autoimagem, enquanto os homens, por seu turno, tendem a ser mais dependentes, a sofrer com dores e com os efeitos da aposentadoria (Falcão & Carvalho, 2009).

Assim, torna-se evidente que a autopercepção do envelhecimento, bem como que suas principais implicações são fortemente influenciadas pela identidade cultural, pela soma de experiências vivenciadas ao longo da vida, bem como pelas transformações sociais, políticas e econômicas (Coelho, Giacomini & Firmo, 2016; Debert, 1999).

Outra maneira de conceber as teorias que estudam o envelhecimento é a partir do paradigma sobre o desenvolvimento no qual se sustentam, assim, é pertinente destacar a existência de quatro paradigmas principais: a) Estabilidade b) O desenvolvimento ordenado, tendo a teoria do Ciclo de Vida de Erikson como representante c) Contextual, onde ganha relevância a noção de Curso de Vida; e d) Dialético e flexível, recebendo interferência de eventos normativos e não normativos (Moreira, 2012).

Vale ressaltar que, dentre estes paradigmas, exceto o primeiro, todos os demais defendem a existência de desenvolvimento no processo de envelhecimento, embora também se evidencie que a perspectiva dialética é a que mais influencia as pesquisas brasileiras e a que congrega o paradigma do *life-span* (Neri, 2008). Neste sentido, salienta-se que o presente estudo fundamenta-se no paradigma do *life-span*, pois defende que desenvolvimento e envelhecimento não são perspectivas excludentes, mas processos interrelacionados que perpassam todas as fases da vida humana, sendo influenciados por uma ampla gama de fatores.

O paradigma do *life-span* (desenvolvimento ao longo da vida) surgiu em um cenário de grandes mudanças sociais, políticas e culturais, onde rompeu-se com a concepção que associava a velhice à doença e ao declínio (Scoralick-Lempke & Barbosa, 2012). Ao seguir a dialética hegeliana, o *life-span* defende que os eventos de vida são indicadores da crise presente em uma condição inicial específica (tese), e é da relação entre a crise e a tese que a antítese resultante fornecerá as bases para uma nova síntese, processo este que permeia toda a

existência humana, uma vez que este paradigma concebe o desenvolvimento humano como independente da faixa etária (Moreira, 2012).

Tendo em vista que os participantes da presente pesquisa não necessariamente são idosos, adotou-se o envelhecimento como categoria teórica em lugar da velhice. Neste ínterim, para facilitar a compreensão desta discussão, far-se-á a conceituação de três conceitos fundamentais, quais sejam, o de desenvolvimento, envelhecimento e velhice.

Alude-se que o desenvolvimento é o resultado de uma interação complexa entre um indivíduo em desenvolvimento e um contexto mutável, repleto de estimulação, onde se operam modificações substanciais na concepção de si e do ambiente circundante, de forma que a pessoa se torne mais apta a engajar-se em atividades com diferentes níveis de complexidade (Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015).

Por seu lado, o envelhecimento pode ser compreendido como um processo inerente à vida humana, tendo seu início no momento da concepção e perdurando até a morte (Farina et al., 2016). Apesar de seu caráter inevitável, é marcado por experiências singulares nas quais têm influência fatores como o gênero, estado civil, nível socioeconômico, condições de saúde, estilo de vida, dentre outros (Castro, 2016).

Já a velhice é considerada o último estágio do ciclo vital e sua configuração é marcada, muitas vezes, por perdas psicomotoras, distanciamento da vida social, mudança nos papéis sociais e especialização cognitiva (Vieira, Coutinho, & Saraiva, 2016). É neste momento que se faz uma avaliação da vida como um todo, o que pode representar, por exemplo, uma oportunidade de crescimento pessoal a partir da ressignificação de questões mal resolvidas, bem como da escolha de novas prioridades com as quais se engajar durante os últimos anos de vida (Papalia & Feldman, 2013).

Sobre os padrões de envelhecimento na sociedade atual, a literatura aponta três possibilidades, a saber, o envelhecimento primário – normal ou senescência – fenômeno que

transcorre de maneira progressiva, universal e sem graves patologias físicas e psíquicas; o envelhecimento secundário – patológico ou senilidade – marcado essencialmente por doenças características da idade, por exemplo, a demência senil, e que resultam em incapacidades; e, por último, o envelhecimento bem-sucedido sendo aquele que pouco interfere nas funções psicológicas, na capacidade funcional física e no sentido da vida (Falcão & Carvalho, 2009).

Por outro lado, é válido destacar que para a compreensão da velhice também concorrem fatores de ordem política e ideológica inerentes às sociedades específicas e que, deste modo, torna-se impraticável a adoção de conceitos e terminologias universalmente aceitas sobre a velhice nos diferentes contextos sociais (Veras, 2011). Com efeito, a velhice se relaciona com as particularidades que permeiam a história de vida dos sujeitos, tendo por base que a socialização e a integração se inserem numa teia simbólica que norteia a vivência diária das pessoas numa dada sociedade (Souza, 2017).

Assim, foi na tentativa de compreender a velhice e o envelhecimento que surgiu a Gerontologia, termo utilizado pela primeira vez em 1903 por Metchnicoff, tendo sua origem no grego, *gero* que significa velho e *logia* que significa estudo (Neri, 2008). A Gerontologia é um campo multi e interdisciplinar que tem por objetivo descrever e explicar as mudanças inerentes ao processo do envelhecimento juntamente com seus determinantes genético-biológicos e psicossociais (Carvalho & Hennington, 2015). Também estuda as diferentes experiências da velhice e do envelhecimento nos mais variados contextos socioculturais, englobando a velhice normal e patológica (Neri, 2008).

A Gerontologia tem como especificidade ser, ao mesmo tempo, uma área de conhecimento e de atuação que se ocupa com uma ampla gama de questões articuladas entre si e que perpassam o envelhecer, dentre as quais, o público, o individual, o dialógico e o sistema normativo construído e difundido pela cultura de uma determinada sociedade (Silva et al., 2017). Tem como objetos de estudo a velhice, o envelhecimento e a pessoa idosa.

Diante da complexidade deste panorama muitas áreas do saber têm se debruçado para compreender o processo de envelhecimento humano e, dentre elas, destaca-se a Psicologia (Vieira & Lima, 2015). Assim, ressalta-se que gerontologia e psicologia não são um mesmo campo de saber, uma vez que a Psicogerontologia surge com o intuito de refletir e problematizar a partir de diversas abordagens teóricas a temática da velhice e do envelhecimento, tendo como foco os aspectos subjetivos característicos da vida adulta tardia e como principal desafio a integração de dois conceitos historicamente considerados em oposição, a saber, o envelhecimento e o desenvolvimento (Vieira et al., 2016).

Vale lembrar que o interesse da psicologia sobre a velhice é razoavelmente recente, uma vez que a própria expansão da gerontologia só se acentuou no final da década de 1950 e em decorrência da transição demográfica. Ademais, há que se destacar que antes do surgimento de uma psicologia do envelhecimento, a velhice era objeto da Psicologia do Excepcional e, posteriormente, da Psicologia do Desenvolvimento, mas sempre na sombra da psicologia infantil (Araújo & Carvalho, 2005).

A mudança atualmente observada no rumo dos estudos sobre a velhice se deve, principalmente, ao surgimento do envelhecimento bem-sucedido, temática que vem despertando cada vez mais interesse dos pesquisadores (Kalache, 2008). O envelhecimento bem-sucedido é um fenômeno da sociedade contemporânea que se configura pelo baixo adoecimento, adequado funcionamento psicológico e cognitivo, assim como pela realização de atividades sociais e produtivas, mesmo que não remuneradas, mas que promovam valor social (Papalia & Feldman, 2013).

Neste quadro, vale mencionar que mesmo o idoso possuindo uma ou mais doenças crônicas – caso vivenciado pela maioria desta população – o que é levado em conta para considerá-lo saudável é sua capacidade de autodeterminação e sua independência para realizar-se no cotidiano (Veras, 2011).

Ainda faz parte do envelhecimento bem-sucedido a capacidade de adaptação frente às demandas do ambiente, a abertura à aprendizagem contínua, a aquisição de novas habilidades e a inserção no mundo digital e tecnológico, tendo em vista que o acesso à informação tem sido cada vez mais importante para a integração na sociedade contemporânea (Kalache, 2008).

Exemplo de uma nova forma de vivenciar a velhice pode ser observado no fato de que é cada vez mais significativo o número de idosos que mesmo após a aposentadoria permanecem em suas atividades laborais ou, ainda, optam por iniciar novas atividades (Debert, 1999). Isto em decorrência de alguns fatores, a saber, o desejo de manter-se ativo, as demandas socioeconômicas e, por último, uma nova concepção sobre a velhice, em que priorizam-se as potencialidades da pessoa idosa e a percepção da qualidade de vida (A. A. S. Pereira et al., 2015).

Entretanto, cabe salientar que ao se discutir sobre qualidade de vida, há que se reconhecer sua dimensão subjetiva, uma vez que cada pessoa apresenta uma concepção acerca do que significa ter uma vida com boa qualidade. Isto interfere diretamente na forma como se autoavalia, bem como no que prioriza como sendo importante para o senso de realização pessoal (Pereira, Nogueira & Silva, 2015; Perez, Fiorin, Robers, Tavares & Farinatti, 2012).

Outro fator importante para a vivência do envelhecimento bem-sucedido é o estabelecimento de metas pessoais, ou seja, de objetivos articulados e carregados de valor que levam os indivíduos a investirem tempo, energia e afeto, ora para atingí-los, ora para evitá-los. Quando presentes, estas metas representam um propósito para a vida e um parâmetro através do qual se pode interpretar e significar as experiências vividas (Freire & Neri, 2011). Logo, também constituem um preditor da saúde mental.

Vale lembrar que no campo da saúde mental na velhice, a depressão é a afecção que mais atinge e afeta negativamente a vida dos idosos (Kalache, 2008). Apesar disso, é

necessária a ressalva que velhice e depressão não necessariamente são pares absolutos e, muito menos, que envelhecer signifique a certeza do surgimento de estados depressivos, (Batistoni, Neri & Cupertino, 2009).

Especialmente relevante para evitar a instalação de sintomas depressivos, bem como para a regulação emocional dos idosos, o suporte social tem sido destacado como um fator sociopsicológico de proteção face aos eventos de vida, e que pode ser compreendido a partir de três dimensões: o suporte percebido, o suporte recebido e a integração social (Batistoni et al., 2009). Ainda pode ser entendido quanto à função que exerce, seja: emocional, informativa, instrumental, confiança ou de validação. No entanto, entre as dimensões e funções do suporte social, as que representam recurso mais eficaz de proteção contra os sintomas depressivos são o suporte percebido e a função emocional (Batistoni et al., 2009).

Também um fator importante para a saúde e o bem-estar de grande parte dos idosos é a religião. Sabidamente, as pessoas que pertencem a algum centro religioso têm maior propensão a adotarem estilos de vida mais saudáveis, a serem menos afetadas pelo estresse, a perceberem maior controle sobre a vida através da oração e, ainda, a receberem níveis mais elevados de suporte social (Papalia & Feldman, 2013).

Em consonância ao exposto, pesquisadores brasileiros (Vieira & Aquino, 2016) encontraram correlação significativa entre a busca de sentido na vida e o comportamento e sentimento religiosos. Ademais, quando o sentido já é conhecido, a correlação se amplia para o conhecimento religioso, comportamento religioso e a percepção do presente e do futuro.

O reconhecimento do sentido da vida em idosos parece ser facilitado por um amplo conjunto de aspectos psicossociais tais como, as relações interpessoais, o suporte e apoio social, a autoestima e a espiritualidade, tendo em vista que contribuem para a expressão da afetividade e para a saúde emocional, o que favorece uma percepção positiva da qualidade de vida (D. S. Pereira et al., 2015).

Outros dois fatores relevantes para o aumento do sentido na vida de pessoas idosas se referem à educação formal e ao nível socioeconômico satisfatório. O primeiro fator possibilita maior acesso às oportunidades e, o segundo, permite a diminuição de problemas na saúde física e mental através de melhor prevenção e tratamento de doenças (Sommerhalder & Erbolato, 2011).

2.1.1 Desafios impostos pelo envelhecimento populacional

Ao se discutir sobre as consequências geradas pelo envelhecimento populacional, destaca-se seu impacto nos níveis individual e coletivo (Ferreira, 2015). No primeiro, sobressaem-se as questões relacionadas à saúde e à participação social, haja vista que ao envelhecerem as pessoas se tornam mais expostas às doenças manifestas da idade, ao isolamento e à exclusão social. Já no plano coletivo, o foco recai sobre as relações intergeracionais, uma vez que tais relações dão destaque às assimetrias econômicas entre os jovens e os idosos. No entanto, além do aspecto econômico, também se discute sobre o próprio lugar da velhice na sociedade, pois negar um lugar de fala aos idosos é incongruente com os valores de uma sociedade democrática e representa uma ameaça aos direitos humanos (Ferreira, 2015).

Assim, os desafios impostos pelo aumento da longevidade na população mundial implicam que a sociedade empreenda sérias reflexões. Também requerem que se amplie a produção de conhecimentos, bem como que se adote uma nova forma de pensar e lidar com o envelhecimento, de tal modo que isso se materialize também na criação de novas leis e políticas públicas (Carvalho et al., 2017).

De certa forma, o Brasil tem demonstrado algum pioneirismo ao elaborar leis e políticas voltadas para população idosa, bem como por ter pactuado em diversos acordos internacionais. Entretanto, sobressai o caráter homogeneizante de tais medidas, o que

contribui para o não reconhecimento das distintas experiências que encerra o envelhecimento, a depender da etnia, classe social e do gênero (Felipe & Sousa, 2014; Ferreira, 2015).

Cabe ressaltar que a velhice é uma fase com demandas específicas, sendo as principais, a tranquilidade, a segurança e o bem-estar (Carvalho et al., 2017). Deste modo, percebe-se a importância da formulação e implementação de políticas públicas sensíveis a estas peculiaridades, bem como que fortaleçam a cidadania, o acesso aos direitos, à inclusão social e à promoção da saúde.

Outra consequência do envelhecimento populacional é a transformação do perfil epidemiológico, pois passa a demandar maiores gastos com serviços médicos e hospitalares, uma vez que, em geral, o idoso é quem mais necessita dos cuidados em saúde, assim, registrando maior número de internações, bem como passando mais tempo nos leitos hospitalares em comparação aos demais grupos demográficos (Veras, 2011). Esta situação constitui um importante desafio para as autoridades sanitárias, pois requer a elaboração de novos modelos e métodos para dar conta desta problemática (Schmidt, & Silva, 2012).

Principalmente por conta de o aumento da idade contribuir para o surgimento de um grande número de doenças crônicas, possíveis soluções podem ser a adoção de medidas intersetoriais e a elaboração de programas de prevenção acessíveis a todas as pessoas (Kalache, 2008). Assim, os sistemas de saúde devem mudar a orientação quase que exclusiva sobre doenças agudas em prol do aumento da expectativa de vida e redução de gastos.

Nesta reorientação da atenção em saúde, papel especial deve ser concedido à capacidade funcional, uma vez que a funcionalidade tem se destacado como ponto primordial para avaliar o nível de saúde na velhice. A funcionalidade possibilita a avaliação da independência da pessoa no que se refere à realização das chamadas Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs), a saber, tomar banho, vestir-se, efetuar a higiene pessoal, locomover-se, alimentar-se e manter a continência (Barros & Falcão, 2014). Ainda assevera-se que o estado

de dependência se associa mais ao acometimento por doenças comuns à idade do que à faixa etária.

Por outro lado, os resultados de uma pesquisa realizada com idosos em situação de rua em Lima, no Peru, indicaram que a diminuição da capacidade funcional estava ligada, em grande parte, ao avanço da idade, a ser do gênero feminino e a apresentar algum grau de comprometimento cognitivo, sendo que estes fatores concorriam para a instalação de dependência funcional parcial (Moquillaza-Risco, León, Dongo, & Munayco, 2015).

Nesta discussão, vale mencionar que as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) também são importantes indicadores da capacidade funcional em idosos, haja vista que englobam tarefas mais complexas e voltadas para a participação comunitária, como utilizar meios de transporte e fazer compras (Santos, Santana & Broca, 2016). De posse deste entendimento, os referidos autores realizaram uma pesquisa com o objetivo de analisar as intervenções de saúde e enfermagem propostas em grupos de convivência para idosos e constataram que as atividades desenvolvidas nos grupos contribuem, sobremaneira, para a autonomia e independência dos idosos, o que impacta positivamente na capacidade funcional, bem como na autopercepção da saúde, qualidade de vida e bem-estar destes indivíduos.

Cabe salientar que para as discussões realizadas neste capítulo se utilizaram estudos nos quais os autores utilizam os termos envelhecimento ativo, envelhecimento saudável e envelhecimento bem-sucedido. Ainda que tais denominações representem diferentes filiações teóricas, optou-se por aproximá-las, tendo em vista maior fluidez e enriquecimento da discussão (Valer, Bierhals, Aires & Paskulin, 2015).

Por fim, concorda-se que, apesar de a literatura apontar a existência de fatores que contribuem para o envelhecimento ativo, a saber, a prática rotineira de atividades físicas, convivência familiar e participação na comunidade, fazer parte de um grupo religioso, aceitar o próprio envelhecimento, bem como aprofundar o autoconhecimento (Ilha et al., 2016). É

pertinente destacar que o envelhecimento ativo não é uma reponsabilidade apenas do indivíduo, mas de toda a sociedade e requer a adoção de programas e políticas públicas que articulem a promoção da saúde com a educação para o envelhecimento, o que significa romper com o caráter reducionista e curatista que têm impregnado o modelo brasileiro de atenção em saúde (Ilha et al., 2016; A. A. S. Pereira et al., 2015).

Ao se considerar a amplitude do fenômeno do envelhecimento observado na sociedade contemporânea, nota-se a pertinência de abordá-lo também a partir de um viés demográfico e, assim, evidenciar como os censos, projeções e estatísticas caracterizam a população atual, bem como expressam tendências demográficas para as próximas décadas, o que permite vislumbrar possíveis focos de pesquisa e atuação.

2.2 Aspectos sociodemográficos do envelhecimento

O aumento da expectativa de vida vem gerando profundas transformações sociodemográficas no cenário mundial (Ferreira, 2015). Isto porque o envelhecimento populacional identificado já há algum tempo nos países desenvolvidos, mostra-se atualmente como uma realidade vivenciada também por países em desenvolvimento (Fundo de População das Nações Unidas [UNFPA], 2012). Este fenômeno materializa um ganho para a história da humanidade, na medida em que só foi possível graças aos avanços técnicos e científicos.

Nesta perspectiva é ilustrativa a situação da América Latina e do Caribe, onde os países mais populosos, Brasil e México, em 1950 contavam, respectivamente, com 3% de idosos na população. Em 2010, este número aumentou para 10% e a projeção para 2050 é de que as pessoas com 65 anos ou mais somem aproximadamente 22% da população mexicana e 23% da população brasileira. Contudo, a maior taxa de envelhecimento nessa época para a referida região é esperada para Cuba, onde a população idosa representará 30% do total de habitantes (Leeson, 2011).

Ao considerar o número de idosos na população mundial em 2050, a América Latina e Caribe serão a terceira região com o maior número de pessoas com 60 anos ou mais, cerca de 25% do cenário global, ficando atrás apenas da América do Norte (27%) e da Europa (34%), regiões nas quais o processo de envelhecimento se iniciou mais previamente (UNFPA, 2012).

Especificamente na realidade brasileira o envelhecimento da população pode ser constatado pelos dados do Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ([IBGE], 2010), no qual se verifica que 23,5 milhões de pessoas possuem 60 anos ou mais, idade em que os brasileiros são considerados legalmente idosos (Lei nº10.741, 2003). Deste total, 331,877 são residentes no estado do Piauí (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2011).

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, em 2004, a maior parcela da população, aproximadamente 54,4%, era composta por pessoas de 0 a 29 anos de idade, enquanto em 2014 este indicador já diminuiu para 45,7%. Numa perspectiva oposta, a proporção de adultos de 30 a 59 anos de idade teve aumento no período, passando de 35,9% para 40,6%, assim como a participação das pessoas de 60 anos ou mais de idade passou, de 9,7% para 13,7%, sendo este o grupo etário que mais cresceu na população (IBGE, 2015).

Destaca-se que em 2022 a população brasileira atingirá a soma de 209,4 milhões de pessoas, com um índice de envelhecimento populacional de 76,5 idosos para cada 100 jovens, o que significa a existência de mais de 30,7 milhões de pessoas vivendo com 60 anos ou mais e, em contrapartida, 40,2 milhões entre 0 a 14 anos de idade (Fundação Oswaldo Cruz, 2013). Já em 2030, a projeção é que a população geral atinja a marca de 216,4 milhões de pessoas, sendo 110,1 idosos para cada 100 jovens, o que se traduz em 40,5 milhões de idosos e aproximadamente 36,7 milhões de jovens.

Em alinhamento a esta discussão, uma Projeção da População por Sexo e Idade realizada pelo IBGE (2013), também aponta a tendência de aumento da proporção de idosos na população, em decorrência do processo de transição demográfica. Assim, em 2030, esta proporção será de 18,6%, e, em 2060, de 33,7% de idosos, ou seja, a cada três pessoas na população, uma terá, no mínimo, 60 anos de idade. Já em 2060, a proporção da população com até 14 anos de idade será de 13,0%; a de jovens de 15 a 29 anos de idade de 15,3% e a de pessoas de 30 a 59 anos de idade, de 38,0%, conforme o Gráfico 2 (IBGE, 2013).

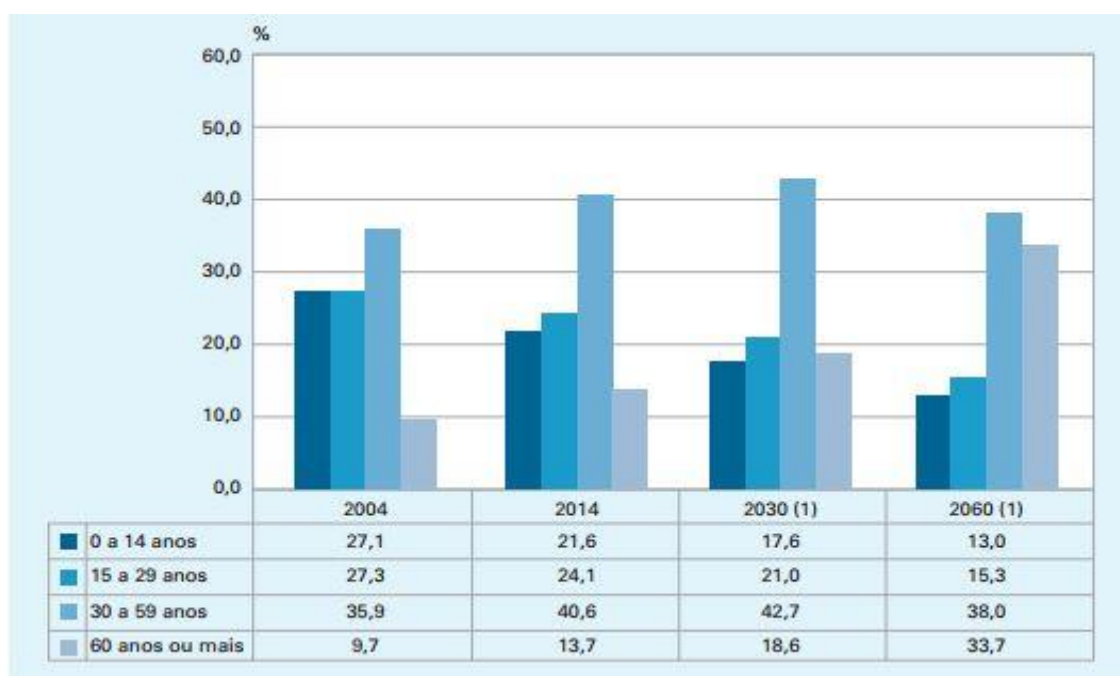


Gráfico 2

Distribuição percentual da população residente, por grupos de idade Brasil - 2004/2060

Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2004/2014 e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 2000-2060 - Revisão 2013. (1) Dados projetados.

Consoante aos dados apresentados, salienta-se que o crescimento populacional atingirá o “crescimento 0” em 2039 e, a partir daí, iniciará um declínio no crescimento atingindo - 0,291% em 2050, representando uma ruptura radical com o período de 1950-1960, época em que a população registrava um índice de crescimento de 3,04%, devido, em grande parte, às elevadas taxas de fecundidade (IBGE, 2008). Vale mencionar que até 1960, a taxa de filhos por mulher era de mais de 6 filhos, número que já em 2028 atingirá 1,50 e, assim permanecerá

estável. Ressalta-se ainda que, à parte a queda na natalidade, o crescimento populacional registrou grande salto, indo de 51,9 milhões de pessoas em 1950, para 215,3 milhões de habitantes em 2050, conforme ilustrado pelo Gráfico 3.

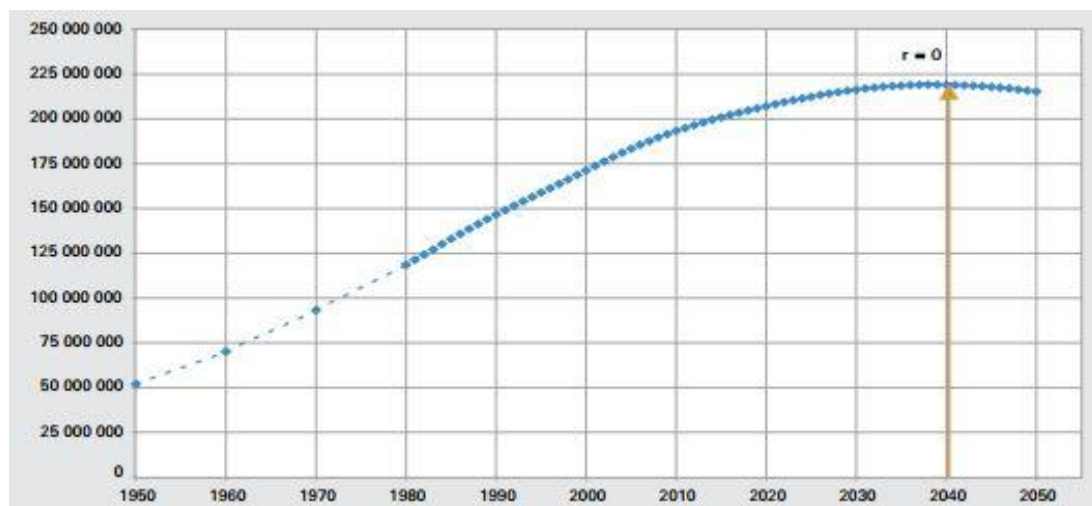


Gráfico 3

Evolução da população total, segundo os censos demográficos e projeção Brasil - 1950/2050

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008.

Nesta nova realidade, o envelhecimento populacional se mostra como um fenômeno social multifatorial que requer uma abordagem integrada das diferentes áreas do saber para sua compreensão (Dawalibi, Goulart & Prearo, 2014; Fachine & Trompieri, 2012). Cabe ressaltar que aliado ao fato de as sociedades estarem envelhecendo, enfatiza-se também que as pessoas estão cada vez mais velhas, ou seja, o número de indivíduos acima dos 85 anos tem registrado grande crescimento nos últimos anos (Ferreira, 2015; Papalia & Feldman, 2013).

Congruente ao achado *a priori*, um dado que merece atenção no campo do envelhecimento populacional refere-se à perspectiva de gênero presente neste processo. Assim, pode-se considerar a existência de uma feminização da velhice, pois quanto mais idosa vai se tornando a população, mais aumenta o número de mulheres em relação ao contingente masculino (Barros & Falcão, 2014).

Tal característica do envelhecimento populacional pode ser atribuído ao fato de as mulheres atingirem maior longevidade. Isto em decorrência de diversas variáveis, dentre elas, baixa exposição a fatores de riscos, menor abuso de tabaco e álcool, assim como maior cuidado com a saúde, materializado pela forma de enfrentar as doenças e limitações e maior acesso a serviços ginecológicos e obstétricos (Pinto et al., 2016).

Como consequência da efetivação do processo de envelhecimento populacional, destaca-se a necessidade de governantes, estudiosos e organizações da sociedade civil articularem-se para pensarem e implementarem investimentos sociais, econômicos e políticos que englobem as diferentes faces deste fenômeno (Veras, 2011).

Cabe ainda destacar que o envelhecimento enquanto um processo natural, dinâmico e multideterminado, apresenta-se como um objeto polissêmico no campo das Ciências Humanas e, portanto, necessita de uma abordagem que dê conta de toda esta complexidade. Diante disso, optou-se pela TRS como suporte teórico-metodológico para esta investigação, fato que justifica a importância de se evidenciar os principais aspectos desta teoria.

3 Das Representações Coletivas às Representações Sociais

O presente capítulo aborda, inicialmente, o legado das representações coletivas de Durkheim como principal referência para a construção do conceito de representação social. Desta discussão, parte-se para a apresentação das três abordagens que compõem a TRS, sendo que a primeira é a abordagem sociogenética, defendida por Moscovici e Jodelet. A segunda se refere à vertente estrutural e sua Teoria do Núcleo Central encabeçada por Abric e Celso Pereira de Sá. Por fim, realizam-se considerações sobre a abordagem societal e os princípios organizadores propostos por Doise.

3.1 O legado das representações coletivas de Durkheim e as Representações Coletivas

Eminente teórico para o campo da sociologia, Emile Durkheim rompeu com as explicações da sociobiologia, vigente em sua época, por acreditar que o lugar natural do ser humano é a sociedade e que os produtos das relações sociais são as crenças, normas, linguagens e rituais partilhados coletivamente de forma a manterem a coesão social. Assim, à semelhança das instituições, o conhecimento e as crenças existem antes, durante e depois da existência de cada pessoa, o que confere às representações um caráter estático e coercitivo (Moscovici, 2007).

Durkheim tem grande preocupação com o conhecimento, mais especificamente em construir uma sociologia do conhecimento. Este interesse o faz encontrar no conceito de Representação Coletiva (RC) a possibilidade de trazer à cena a dimensão simbólica não apenas como produto da realidade social, mas também como constituinte da realidade social (Pinheiro, 2004).

Para compreender o contexto em que Durkheim criou o conceito de RC, salienta-se que, à época, a sociologia era ainda uma jovem disciplina que se encontrava em construção. Ademais, estava imersa numa forte discussão acerca do primado do psicológico e do

sociológico, situação que levou Durkheim a defender a especificidade e a independência dos fenômenos sociológicos (Vala, 2006).

Ao partir de uma visão dual acerca da natureza humana, Durkheim opõe à cisão corrente entre corpo e alma, a divisão entre corpo biológico e sociedade, para, em seguida, defender que a humanidade fundamenta-se na vida coletiva (Pinheiro, 2004). Daí é que o sociólogo empreende outra divisão, desta vez, entre as representações individuais e as RC, de modo que as primeiras se identificavam às sensações, sem, contudo, serem totalmente dependentes do sistema nervoso; e as segundas, por se originarem do ambiente social, identificam-se ao conceito (Moscovici, 2001).

Por outro lado, o conceito de RC não se apresenta de maneira linear na obra de Durkheim, ao contrário, mostra-se permeado por inconstâncias, momentos de ascensão e de esquecimento, mas acima de tudo, por modificações. Exemplo disso, é que inicialmente considerada como sinônimo de consciência coletiva, a RC só ganhou destaque no momento em que se percebeu a limitação do conceito de consciência coletiva para explicar a complexidade da sociedade industrial (Oliveira, 2012).

Epistemologicamente, no contexto social em que Durkheim desenvolveu o conceito de RC, Wundt e Freud, seus contemporâneos, também entendiam a cultura como externa à consciência individual, esta responsável por manter e transmitir aquela. A diferenciação entre consciência e cultura nada mais é que uma versão da cisão entre o individual e o coletivo, tão bem ilustrado pela divisão entre a ciência experimental de Wundt e sua *Völkerpsychologie* ou psicologia dos povos (Farr, 2002).

Em consonância a este contexto sociohistórico, o sociólogo defende que as RC surgem da reunião de indivíduos, mas uma vez elaboradas, tornam-se independentes deles, pois têm como atributos a exterioridade, objetividade e generalidade (Moscovici, 2001). Contudo, foi através desta perspectiva que o conceito de RC imprimiu à sociedade um caráter histórico e,

mais que isso, pôde avançar no estudo das práticas sociais, reconhecendo seus sentidos em contraposição ao suposto caráter irracional apregoado à época (Oliveira, 2012).

Ao deparar-se com a abordagem intelectual e abstrata que Durkheim conferia às RC, Levy-Bruhl, antropólogo francês, decidiu tratá-las a partir de um viés mais concreto. Esta postura o levou a realizar uma análise das diferenças entre as RC das diferentes sociedades, especificamente dos povos ditos “primitivos” e dos “civilizados” para, assim, atribuir àquela ideia geral um conceito mais preciso, o que também possibilitou uma comparação mais segura entre estas RC (Moscovici, 2007).

Uma das maiores contribuições da obra de Levy-Bruhl se refere à sua negação da forma tradicional de conceber a construção da lógica na mente humana como um *continuum*, pois para o antropólogo francês, na verdade, há uma descontinuidade entre a mentalidade primitiva e a mentalidade moderna ou científica, isto é, as sociedades primitivas não se ocupam das mesmas questões do pensamento científico (Moscovici, 2007). Constatação que não supõe inferioridade da primeira em relação à segunda, uma vez que ambas possuem categorias e regras de raciocínio com filiação em distintas RC (Lahlou, 2014).

Deste modo, a partir das concepções de Levy-Bruhl foi possível lançar um novo olhar sobre a cisão existente entre pensamento científico e pensamento natural, em outros termos, entre conhecimento e crenças. Assim, a despeito de considerar o pensamento natural como irracional, sem lógica e desorganizado, passou-se a reconhecer que a diferenciação entre as duas vertentes de pensamento reside em lógicas distintas e não numa relação hierárquica (Camargo, 2016; Grize, 2001).

Neste sentido foi que Moscovici identificou, na contemporaneidade, a existência de dois universos de pensamento distintos, ainda que interdependentes, quais sejam, o universo reificado e o universo consensual. Ao primeiro cabe a objetividade e o rigor característicos do método científico, onde as pessoas são diferenciadas pelo nível de qualificação; no segundo,

encontram-se as teorizações realizadas livremente pelas pessoas em suas interações cotidianas (Chaves & Silva, 2011).

Vale lembrar que o *status* conferido às RC por Durkheim as caracterizava como um conceito que engloba ideias e crenças gerais, tais como, ciência, mitos, religião e as noções de espaço e tempo (Sá, 2007). As representações sociais, por sua vez, são concebidas como um fenômeno que precisa ser descrito e explicado, haja vista sua função na interpretação da realidade e na comunicação cotidiana (Moscovici, 2007).

Desta maneira, depreende-se que a mudança de nomenclatura vai além de uma opção pessoal do criador da TRS. Tem por objetivo evidenciar uma nova forma de encarar a RC de Durkheim, a qual possuía o estatuto de conceito, para agora ser compreendida como o fenômeno das RS, objeto privilegiado da TRS (Moscovici, 2001; Wachelk & Camargo, 2007).

Em síntese, pode-se depreender que Durkheim oferece importantes contribuições no que concerne aos fundamentos da TRS. No entanto, é pertinente destacar que a noção de RS criada por Moscovici e conceituada por Jodelet possui uma complexidade e um poder heurístico muito mais significativo que a noção estática de RC defendida pelo sociólogo francês. Neste sentido, torna-se necessário ampliar a compreensão sobre este novo objeto de estudo da Psicologia Social, a saber, o fenômeno das RS.

3.2 A abordagem sociogenética das Representações Sociais de Moscovici e Jodelet

A partir de uma nova abordagem sobre o conceito de RC, introduzido por Durkheim no final do século XX e tendo passado 50 anos em esquecimento, Moscovici desenvolve as bases para a construção da TRS em 1961, ao apresentar à comunidade científica sua tese de doutoramento intitulada *La psychanalyse, son image et son public* (Jesuino, 2014; Moscovici, 1978; Sá, 2007).

Uma explicação plausível para o abandono do conceito de RC se refere a seu caráter explicativo restrito apenas às sociedades tradicionais, onde as crenças se materializavam em instituições, na linguagem e na moral, e se sobrepunham aos indivíduos de forma coercitiva. Aliado a isto, acrescenta-se que o paradigma positivista consistia no modelo dominante de fazer ciência e, ao contrário das RC, privilegiava a objetividade e a individualidade no âmbito científico (Moscovici, 2007).

Contudo, observa-se que também a teoria de Moscovici passou por um período de latência, pois foi somente a partir da segunda edição de sua tese, em 1976, que a TRS recebeu considerável importância dos pesquisadores. Deste momento em diante, difundiu-se pela França e, posteriormente, na década de 1980, alcançou o reconhecimento nos demais países europeus, na Oceania, Ásia, América do Norte e América Latina (Sá, 2007).

O crescente aumento do interesse dos pesquisadores contribuiu para que a TRS se dividisse em três abordagens distintas, porém complementares, quais sejam, a abordagem processual defendida por Jodelet e Moscovici; a abordagem estrutural ou Escola do Midi fundada por Jean-Claude Abric; e a abordagem societal, criada por Willem Doise e também conhecida por Escola de Genebra (Almeida, 2009).

Levando em consideração que a presente pesquisa se fundamenta no aporte teórico-metodológico da abordagem processual das RS defendida por Moscovici e Jodelet, maior ênfase será dispensada a esta vertente.

Sobre a tripartição da TRS, ainda cabe salientar que, embora Jodelet não tenha criado uma abordagem, assim como o fizeram Abric e Doise, concorda-se que o enfoque mais etnográfico dado por esta pesquisadora ao desenvolvimento de suas pesquisas também oferece um conjunto de reflexões que complementam a perspectiva teórica originalmente criada por Moscovici (Sá, 2007).

Exemplo disso foi a pesquisa que Jodelet realizou sobre a RS da loucura em uma comunidade na zona rural da França, onde havia sido implantado um sistema de albergamento para ex-pacientes de hospitais psiquiátricos. A pesquisa, que durou quatro anos, evidenciou o elevado poder heurístico da TRS para compreensão dos fenômenos em ambiente natural, bem como a possibilidade da utilização de diferentes instrumentos de coleta de dados, dentre os quais, observação participante, análise de documentos, entrevistas em profundidade e entrevistas com informantes-chave (Jodelet, 1989 citada por Spink, 1993a).

Reconhecidamente, a TRS tem como característica estrutural a abertura à utilização de diferentes métodos de pesquisa. A despeito de se concluir apressadamente que esta peculiaridade se trata de um ecletismo ingênuo, alude-se que a pluralidade metodológica inerente à TRS tem a ver com a própria complexidade do objeto de estudo (Santos & Dias, 2015).

Muito deste contexto pode ser explicado pelo fato de que Moscovici, para fundar a TRS, buscou embasamento em eminentes teóricos de, ao menos, três grandes áreas do conhecimento, a saber, sociologia, antropologia e psicologia. Da sociologia durkheimiana chegou ao conceito de representações sociais, do estudo antropológico de Levy-Bruhl considerou a diferença entre “mentalidade primitiva” e “mentalidade civilizada” e, por último, utilizou-se da diferenciação piagetiana entre “pensamento infantil” e “pensamento adulto” (Moscovici, 2001; Sá, 2007).

A premissa básica da qual partiu Moscovici para a fundação de sua teoria está na ideia inovadora de que os indivíduos e os grupos, para além de serem meros processadores de informações, pensam ativamente e estão inseridos em ambientes também pensantes (Vala, 2006). Desta forma, constroem suas próprias explicações da realidade vivenciada no cotidiano.

Sendo uma das principais formas de psicologia social de origem europeia, a TRS de Moscovici demonstra sua especificidade já no momento de seu surgimento, pois a escolha de Durkheim como seu ancestral atribui a esta vertente o caráter sociológico em contraponto à psicologia social psicológica dominante nos Estados Unidos da América (EUA) que, por sua vez, tem em Comte seu ancestral (Jodelet, 2014). Além disso, a TRS se configura como o único exemplo de articulação efetiva entre uma forma psicológica e uma forma sociológica de psicologia social, bem como representa importante contribuição à sociologia do conhecimento (Farr, 2002).

Com o entendimento de que a sociologia do conhecimento se dedica ao estudo da construção social do conhecimento, Moscovici se alinha a esta temática ao se preocupar com a forma pela qual o homem ingênuo se apropria e utiliza as teorias do mundo científico e, mais que isso, como a realidade social é produzida de uma maneira significativa e inteligível (Moscovici, 2001; Vala, 2006). Neste novo paradigma adquire relevância a consideração da linguagem e do ato comunicacional através de estudos que se atentem cada vez mais ao modo de construção dos diferentes sentidos, bem como ao fato de que a realidade social é marcada por constantes disputas simbólicas entre os vários grupos (Jovchelovitch, 2014).

Com este enfoque, o conceito de RS introduzido por Moscovici vem desempenhar importante papel para a superação da abordagem tradicional na psicologia social. Abordagem esta, quase sempre atrelada aos estudos das atitudes, crenças e opiniões, nos quais o comportamento humano era segmentado, ora de forma psicologizante, ora de maneira sociologizante (Jodelet, 2014).

Como uma forma de aprofundar o entendimento sobre a RS, seu criador estabeleceu três tipologias, a saber, as RS hegemônicas, as RS emancipadas e as RS polêmicas. As primeiras remetem ao conceito de RC proposto por Durkheim, o que as configura como homogêneas, inquestionáveis e coercitivas. As segundas surgem da cooperação entre os

grupos, onde estes são considerados mais autônomos para produzirem e intercambiarem diferentes representações sobre um mesmo objeto. Por último, as RS polêmicas têm seu surgimento creditado aos conflitos sociais, onde predominam relações de disputa ou de diferenciação entre os grupos em decorrência de representações específicas sobre um mesmo objeto (Vala, 2006).

Tendo em conta a existência de várias acepções inerentes ao conceito de representação, cabe salientar que, para Moscovici, representar tem a ver não com a reprodução mental do mundo ou dos objetos, mas com a construção significativa da realidade (Jesuino, 2014). Tal concepção subjaz o entendimento epistemológico e teórico do conceito de representação social.

Também há que se destacar que longe de ser localizada em alguma instância mental, assim como efetuado por outras áreas do conhecimento, para Moscovici a representação é sempre de um sujeito e de um determinado objeto (Sá, 2007). Logo, percepção e conceito não são dois pólos intermediados pela representação, mas eles próprios se interrelacionam, de modo que o pensamento conceitual atua no sentido de ancorar um objeto num esquema de conhecimento prévio e a percepção possibilita a objetivação das ideias em imagens mais concretas (Moscovici, 2001).

Apesar de Moscovici ter sido averso a oferecer uma definição de RS (Lahlou, 2014), concorda-se com Jodelet ao destacar que representação social “é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (2001, p. 22).

Vale mencionar que o processo de construção de toda e qualquer RS é motivado por uma função básica que se refere à necessidade de tornar um fenômeno social desconhecido e, por isso, gerador de desconforto, em algo familiar (Moscovici, 2007). Este processo ocorre a partir do sistema de crenças de um determinado sujeito em relação a um grupo de pertença,

em outras palavras, familiarizar-se significa dar um sentido para aquilo que destoa do que é conhecido (Jesuino, 2014).

Desta função fundamental emergem três funções estruturantes da representação, quais sejam, as funções social, afetiva e cognitiva. A primeira atua na orientação das condutas e das comunicações sociais, a segunda serve para proteger e legitimar as identidades sociais e, a última, refere-se à familiarização com o estranho, sendo por isso, associada aos processos de ancoragem e objetivação (Spink, 1993b).

A ancoragem e a objetivação são dois mecanismos sociocognitivos maiores que estão implicados na gênese dos fenômenos das RS (Jodelet, 2001). O primeiro se refere ao esforço de tornar o desconhecido em algo familiar na forma de conceitos ou ideias, ou seja, teorias do senso-comum. Já a objetivação tem como atribuição dar substância às ideias, atribuindo-lhes concretude, ou estrutura icônica (Franco, 2004).

A ancoragem pode ser compreendida a partir de duas perspectivas analíticas, sendo que a primeira corresponde às proposições de Doise ao referir três tipos de ancoragem, quais sejam, psicológicas, sociológicas e psicossociológicas. As ancoragens psicológicas privilegiam a construção das RS sob um viés individual ou interindividual. As ancoragens sociológicas ocorrem quando há semelhança nas RS construídas em decorrência das mesmas experiências vivenciadas pelos membros de um mesmo grupo imerso num campo de relações sociais comuns. Na análise psicossociológica, leva-se em consideração o conteúdo da representação, bem como a forma como os indivíduos representam a posição que ocupam num dado ambiente social (Doise, 1992 citado por Vala, 2006).

Na segunda perspectiva de estudo da ancoragem, evidenciam-se os impactos dos contextos de comunicação nos quais a representação é construída e ativada. Assim, propõe-se que os diferentes contextos elaboram tipos específicos de discurso que servem de base para a

construção de RS. Os diferentes discursos podem ser dispostos em três sistemas de comunicação: difusão, propagação e propaganda (Vala, 2006).

Na difusão o que está em voga é a fragmentação das mensagens sobre um objeto e a desconsideração das diferentes pertencas sociais, uma vez que se destina a todos os públicos e serve de base para o surgimento de opiniões diversas. Na propagação, por sua vez, a comunicação produzida pelos membros de um grupo se destina ao próprio grupo, pois tem como objetivo integrar um problema novo aos princípios orientadores da rede simbólica do grupo. Na propaganda, a comunicação se desenrola sob uma situação conflitual, tendo em vista a afirmação da identidade do próprio grupo através da construção de uma imagem negativa do outro grupo, onde a representação do objeto acentua as diferenças intergrupais (Doise, 2001; Souza, 1993).

Com base no entendimento de cada sistema de comunicação, sugere-se haver uma associação entre a tipologia das representações (hegemônicas, emancipadas e polêmicas) e as três modalidades de comunicação. Deste modo, às RS hegemônicas corresponde a comunicação via propagação, pois se alicerçam em valores básicos e indiscutíveis, como o valor da vida. As RS emancipadas, por seu turno, são construídas a partir da difusão, um tipo de comunicação sensível à diversidade e às diferentes opiniões. As RS polêmicas se assentam no modelo da propaganda, no qual ocorre maior investimento na valorização das RS do grupo de pertença e as RS do outro grupo são vistas como uma ameaça à identidade (Vala, 2006).

Deste contexto, percebe-se que a cada sistema de comunicação corresponde uma tomada de posição simbólica específica, assim, a difusão serve de base para o surgimento das opiniões, a propagação é a matéria-prima para a construção das atitudes e a propaganda, por sua vez, fornece subsídios para a criação dos estereótipos (Doise, 2001).

O outro mecanismo envolvido na gênese de RS é a objetivação que, por sua vez, desdobra-se em três etapas distintas, porém complementares. No momento da construção

seletiva ocorre a seleção e a descontextualização dos elementos de uma mensagem a fim de que a nova mensagem expresse os valores do grupo de pertença de forma simples e explicativa. A esquematização estruturante se refere à organização dos elementos da mensagem num todo coerente e à atribuição de imagens a estes mesmos elementos. Deste processo, passa-se à naturalização, momento no qual o abstrato ganha materialidade e a percepção se torna realidade (Spink, 1993b).

Mais uma diferenciação efetuada pela abordagem sociogenética das RS diz respeito à existência de dois sistemas cognitivos, a saber, o sistema operatório e o metassistema. O primeiro é responsável por associações, inclusões, discriminações e deduções, já o segundo exerce uma função reguladora do sistema operatório, uma espécie de intervenção do social num sistema mais específico, através de regras lógicas ou não (Doise, 2001).

Deste modo, depreende-se que a produção e circulação do pensamento comum não é, de fato, um processo ingênuo, mas sim perpassado por um caráter dialético (Lahlou, 2014). Nesta perspectiva, ao eleger o senso comum como o *locus* de investigação da TRS, Moscovici (2007) defende que é nas conversações cotidianas que as RS são formadas e compartilhadas, uma vez que buscam refletir a realidade dos grupos que as construíram e que, portanto, somente neste campo pode-se descobrir a estrutura, o conteúdo e as funções de uma representação.

Assim, ao contrário do que se defendeu durante grande parte da história da ciência, o pensamento social e as conversações cotidianas não são desprovidos de lógica e, por isso, menos legítimos para a investigação científica (Jodelet, 2001). Na verdade, o que está em questão neste campo é a gerência de um outro tipo de lógica que, por sua vez, mostra-se muito mais complexa e de difícil estudo que o raciocínio formal tradicionalmente privilegiado pela ciência (Grize, 2001).

Sobre as particularidades do senso comum, assim se reporta Jovchelovitch:

. . . é o sujeito do cotidiano, com seus modos de pensar, seus rituais e suas representações sociais que estabelecem a conexão fundante entre a subjetividade e a objetividade dos campos históricos e sociais e definem, redefinem e desafiam o que entendemos por, e chamamos de real (2014, p. 215).

A partir deste contexto marcado pela complexidade, Moscovici indica que a TRS “toma, como ponto de partida, a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos, em toda sua estranheza e imprevisibilidade. Seu objetivo é descobrir como os indivíduos e grupos podem construir um mundo estável, previsível, a partir de tal diversidade” (2007, p.79).

Para dar conta deste objetivo, a TRS recorre a uma de suas principais peculiaridades, a saber, seu caráter transversal evidenciado pela necessidade de agregar à abordagem psicossociológica o diálogo com várias outras disciplinas científicas, embora sempre reconhecendo a vinculação social e cultural do sujeito, seja este individual ou coletivo (Jodelet, 2001). Deste modo, a interdisciplinaridade tão característica da TRS nada tem a ver com a busca por complementaridade, mas com a condição necessária para evidenciar o saber construído pelo homem ingênuo, bem como os mecanismos responsáveis pela transformação do pensamento e das práticas sociais (Arruda, 2009).

Assim, é para fugir de reducionismos que a TRS adota a perspectiva de explicar os fenômenos sociais em sua magnitude e os fenômenos psíquicos em sua singularidade. E, mais que isso, inova ao articulá-los como interdependentes, como fazendo parte do mesmo processo, a saber, o de dar significado à realidade vivida (Moscovici, 2007).

Neste sentido, concorda-se com Franco (2004) que ao se privilegiar o uso da TRS como abordagem teórica e metodológica aos estudos de práticas sociais, tem-se o benefício de alcançar uma melhor compreensão das múltiplas nuances da sociedade, uma vez que inúmeros fenômenos já são consagrados, tais como: “a saúde/doença, a doença mental, a violência, a justiça, o desemprego, a amizade, os sistemas tecnológicos, os sistemas econômicos etc.” (Ferreira, 2010, p. 58).

É válido ressaltar que a pesquisa em RS implica, antes de tudo, a construção do objeto a ser pesquisado. Isto porque o mundo natural apresenta uma ampla gama de fenômenos passíveis de investigação, sendo, contudo, a lente da teoria, as considerações empíricas e o planejamento adequado dos instrumentos, o que possibilita o recorte e a justificação da pesquisa (Sá, 2007).

Neste íterim, salienta-se que a TRS tem como princípio norteador investigar, compreender e intervir sobre o mundo real, especialmente no que tange às questões sociais que mais preocupam e ocupam as pessoas no dia a dia, o que quase sempre aponta para a abordagem de questões relacionadas à educação e à saúde (Lahlou, 2014).

Particularmente no Brasil, dado seu contexto de país em desenvolvimento, a TRS tem sido bastante utilizada pelos pesquisadores com o intuito de compreender e intervir sobre os fenômenos sociais. No entanto, esta realidade não foi sempre assim, originada na França em 1961, a TRS só foi introduzida no Brasil em 1982 por intermédio de Denise Jodelet que, em resposta aos convites de suas orientandas brasileiras, visitou a cidade de Campina Grande-PB (Sá, 2007).

Deste contexto, chama atenção que a TRS, diferente do habitual, foi uma teoria que adentrou o território brasileiro fora do eixo Rio-São Paulo e, ao se veicular por regiões tidas como periféricas quanto à produção científica nacional, contribuiu para sua maior disseminação entre pesquisadores de distintas regiões geográficas (Almeida, 2009). Contudo, a entrada da TRS em solo nacional não foi sem tensão, especificamente enfrentou críticas dos dois modelos de psicologia social vigentes à época, um de origem americana, o qual afirmava que a TRS nada mais era que uma nova forma de estudar as atitudes e, o outro, de cunho marxista acusava a teoria de ser um desvio ideológico sob o jugo idealista (Castro, 2014).

Mesmo com algumas dificuldades, não demorou muito e a teoria ganhou aceitação e começou a se expandir, exemplo disso são os diversos eventos científicos que, desde a década

de 1990, vêm ocorrendo nas mais distintas cidades brasileiras e, cada vez mais, com um número crescente de pesquisadores da área. Em 1994, o Rio de Janeiro sediou a *2nd International Conference on Social Representations* (ICRS); em 1998, em Natal-RN realiza-se a I Jornada Internacional sobre Representações Sociais (JIRS); e em 2003, cria-se a Conferência Brasileira sobre Representações Sociais (CBRS) que passa a ser realizada conjuntamente com a JIRS (Almeida, 2009).

Todos estes eventos fornecem provas da fecundidade e expansão da TRS, fato comprovado também pelas abordagens complementares que foram desenvolvidas pelos orientados de Moscovici e que, cada vez mais, ganham aceitação da comunidade científica. Exemplo disso é a grande influência que a Teoria do Núcleo Central, criada por Abric, já exerce nos estudos de RS, principalmente no que se refere à estrutura e à transformação de tais fenômenos (Sá, 1996).

3.3 A abordagem estrutural e a teoria do Núcleo Central de Abric e Celso Pereira de Sá

Em decorrência da necessidade de estabelecer uma articulação mais consistente entre o psíquico e o social surgiram os estudos experimentais das RS, primeiramente conduzidos por Jean-Claude Abric e posteriormente com a colaboração de um significativo grupo de pesquisadores (Abric, 2001; Sá, 1996). O chamado Grupo do Midi - grupo de pesquisa sediado em *Aix-em-Provence* e *Montpellier*, no Sul da França, defende como premissa básica que as RS possuem uma estrutura hierárquica formada por um núcleo central e um sistema periférico, onde a identidade da representação é definida por seu núcleo central (Flament, 2001).

Com o desenvolvimento da abordagem estrutural das RS, tornou-se possível solucionar um problema até então bastante debatido, a saber, a suposta contradição das RS, pois são ao mesmo tempo estáveis e dinâmicas, rígidas e flexíveis. A partir do

equacionamento desta questão, também foi possível garantir maior segurança ao se realizar comparações entre RS, de forma que só podem ser consideradas distintas quando possuem núcleos centrais opostos (Amaral & Alves, 2013).

Vale lembrar que cabe ao núcleo central o cumprimento de duas funções fundamentais, quais sejam, a função geradora – responsável por atribuir uma significação específica à representação – e a função organizadora, esta responsável pela unificação e estabilização dos elementos que compõem a representação (Abric, 2001; Chaves & Silva, 2011). Além disso, o núcleo central também pode assumir uma de duas dimensões, a saber, funcional, onde a finalidade é operatória e o núcleo central é constituído por elementos necessários à realização de uma tarefa. Ou ainda, normativa, onde interveem elementos sociais, afetivos e ideológicos, formando estereótipos e atitudes (Sá, 1996).

O sistema periférico, por seu turno, possui elementos que podem estar próximos ou muito longe do núcleo central, mas que são por ele regidos. O sistema periférico é capaz de permitir a decodificação de uma situação normal ou estranha de modo rápido e econômico, pois, além de prescindir de análises mais rebuscadas realizadas pelo núcleo estruturante, ainda assegura a estabilidade relativa da RS (Flament, 2001).

Em síntese, pode-se destacar que o sistema periférico é responsável por cumprir três funções: concretização, regulação e defesa (Chaves & Silva, 2011). A concretização ocorre por meio da ancoragem da RS na realidade social; a função de regulação se refere à capacidade do sistema periférico de integrar os elementos do contexto imediato; e a função de defesa tem a ver com a proteção do núcleo central ante as eventuais contradições (Chaves & Silva, 2011).

Cabe ressaltar que a localização dos elementos de uma RS no núcleo central ou no esquema periférico não obedece a um critério quantitativo. O que se leva em consideração é o

aspecto qualitativo, uma vez que por estarem ligados a diferentes sistemas, os elementos da representação desempenham papéis também distintos (Wachelke & Camargo, 2007).

No início das pesquisas da abordagem estrutural, o sistema periférico acabou não tendo todo o seu valor reconhecido. Isto levou os pesquisadores desta vertente a dispensarem pouco esforço para sua compreensão e a enfatizarem com maior veemência a importância do núcleo central para o entendimento das práticas sociais (Sá, 1996).

No entanto, com o decorrer das pesquisas esta situação não tardou a se alterar e o sistema periférico se tornou cada vez mais relevante no contexto de complexidade da sociedade contemporânea. Isto porque possibilita que os sujeitos, ao se depararem constantemente com diferentes situações, respondam adequadamente às demandas situacionais sem, contudo, alterarem suas RS (Windisch, 2001).

A transformação de uma RS somente ocorre quando seu núcleo central é alterado, sendo que isto pode ocorrer de duas maneiras. Na primeira situação há uma transformação brutal da RS em decorrência da adoção de práticas em contradição com a RS vigente e que, por isso, levam ao surgimento de elementos periféricos estranhos e terminam por alterar o núcleo central. Em outra situação, a modificação da RS ocorre de maneira progressiva e gera menos desconforto, pois as práticas que levam à alteração do núcleo central são consideradas legítimas (Flament, 2001).

Ainda no quadro explicativo para a relação entre RS e mudança de práticas, recorre-se à noção de condicionalidade das cognições. De forma geral as cognições podem ser prescritivas, descritivas ou mistas, porém a prescrição é o que rege mais diretamente a relação entre cognição e comportamento. As prescrições podem ser absolutas (inegociáveis) ou condicionais (negociáveis), as primeiras fazem parte do núcleo central e as segundas do esquema periférico. Ao menos em médio prazo é possível localizar congruência entre o pensamento e a conduta, provando que discrepâncias são pontuais (Sá, 1996).

Após o Grupo do Midi realizar várias investigações focando a influência das RS sobre as práticas e das práticas sobre as RS, chegou-se à superação de tal polarização através de uma melhor caracterização do que é uma prática. Por ser uma noção polissêmica, seu estudo deve enfatizar os seguintes aspectos elencados por Rouquette: prática como passagem ao ato, prática como recorrência, prática como maneira de fazer, prática como cálculo (Wolter & Sá, 2013). Neste sentido, as RS são, na verdade, uma condição de práticas e, as práticas, agentes de transformação das RS.

Apesar de todas essas contribuições, também a teoria estrutural das RS é alvo de críticas. Dentre elas, talvez a principal seja a que acusa a teoria de priorizar os processos cognitivos em detrimento da consideração do social, isto em decorrência da abordagem metodológica calcada no modelo experimental e quantitativo com o recurso a análises estatísticas bastante sofisticadas (Banchs, 2014).

Contudo, esta crítica acaba por evidenciar um caráter ambíguo, pois, se por um lado os estudos experimentais em RS são vistos como um retorno ao já superado modelo positivista de fazer ciência. Por outro, são mencionados como resposta às críticas sobre a suposta falta de rigor metodológico nas pesquisas com base na TRS (Spink, 1993a).

Especificamente no contexto brasileiro, faz-se uma crítica aos pesquisadores que utilizam a abordagem estrutural por sua predileção quase que exclusiva pelo uso da análise prototípica (análise de evocações livres). Deste modo, deixam de lado muitas outras técnicas de análise das RS tão ou mais robustas quanto aquela, a saber: indução por cenário ambíguo, análise de similitude, técnica do questionamento - ou *mise-em-cause* - e modelo dos esquemas cognitivos de base, fato que não deixa de limitar os avanços da abordagem como um todo (Wolter, Wachelke, & Naiff, 2016).

Outra vertente teórica que também oferece importantes contribuições para o arcabouço da TRS é a abordagem societal desenvolvida por Doise. Embora não tão difundida no

contexto brasileiro tal como a abordagem sociogenética e a estrutural, há que se reconhecer que a teoria de Doise se destaca por sua originalidade e capacidade explicativa dos fenômenos da realidade, devendo, portanto, também ser objeto de considerações no presente trabalho.

3.4 A abordagem societal de Doise e os princípios organizadores das Representações Sociais

A abordagem societal fundada por Doise nasceu não de uma tentativa de contrapor a chamada Grande Teoria das RS de Moscovici, mas para complementar aspectos que ensejam maiores explicações. Foi com esta concepção que Doise desenvolveu uma trajetória intelectual, a qual pode ser dividida por alguns eventos marcantes, dentre os quais, a criação do Laboratório de Psicologia Social Experimental na Universidade de Genebra por Willem Doise; os estudos experimentais sobre o desenvolvimento social da inteligência; os estudos experimentais das RS; os quatro níveis de análise em Psicologia Social; as relações grupais; o paradigma das três fases; a pesquisa sobre os direitos humanos (Almeida, 2009).

A concepção básica de Doise é que as RS levam a tomadas de posição simbólicas, diferenciadas, em grande parte, pela forma como estão organizadas. Neste processo, deve-se considerar a existência de princípios organizadores – RS - que estruturam as diversas relações sociais, sempre em acordo com as inserções sociais específicas, de forma que possibilitam tanto um espaço de troca simbólica como a representação deste espaço (Doise, 2001).

Essa vertente da grande teoria se propõe a explicar as diferenças de posições tomadas pelos grupos e indivíduos. Para isso, revela não tanto uma perspectiva consensual, mas uma abordagem que se debruça sobre as inserções específicas socialmente datadas e que colocam em evidência o processo de ancoragem que serve de referência para organizar os processos simbólicos presentes nas relações sociais (Wachelke et al, 2008).

Deste modo, percebe-se que o objeto de representação encontra-se imerso em um ambiente ativo que é reestruturado pelo indivíduo ou pelo grupo, a partir da realidade social (Coutinho, Araújo & Saraiva, 2013). Neste contexto, o estudo das RS numa perspectiva societal deve articular explicações de ordem individual com a explicação das relações simbólicas que caracterizam uma sociedade, evidenciando como o indivíduo dispõe de processos que lhe permitem funcionar em sociedade e, de maneira complementar, como as dinâmicas sociais (interacionais, posicionais ou de valores e de crenças gerais) orientam o funcionamento desses processos (Almeida, 2009).

Para melhor situar a importância da TRS e, conseqüentemente, da sua abordagem complementar à grande teoria (Abordagem societal), Doise estabelece a existência de quatro níveis de análise, a saber: a) no nível intraindividual o foco é unicamente sobre o indivíduo que organiza sua experiência advinda do social; b) no nível interpessoal o objeto de investigação se refere a determinados indivíduos em uma situação e tempo específicos; c) no nível posicional estudam-se as diferenças em decorrência da posição social ocupada previamente pelos sujeitos; d) no nível ideológico prioriza-se a consideração sobre as ideologias, crenças e representações que dão sustentação ao ordenamento social de uma dada sociedade (Doise, 2002).

Esta divisão em quatro níveis de análise não deve servir somente a objetivos classificatórios, mas deve, sobretudo, facilitar a realização de articulações passíveis de ocorrer entre esses diferentes níveis de análise. De fato, análises que articulam vários níveis teóricos são mais robustas, pois oferecem uma melhor descrição de um processo conceitualizado em um dos níveis, estabelecendo, prioritariamente, as condições de sua atualização, a partir dos demais níveis de análise (Coutinho, Araújo & Saraiva, 2013).

Tradicionalmente, a psicologia social se localizou nos dois primeiros níveis de análise estabelecidos por Doise (Vala, 2006). No entanto, a TRS surge como uma importante

alternativa para ampliar as análises também para os níveis mais voltados a uma perspectiva macrossocial, na qual, o indivíduo é visto não mais apenas como aquele que processa informação, mas como um sujeito histórico e social que cria e interpreta o mundo onde vive (Moscovici, 2007).

A abordagem societal, sendo uma vertente da TRS, também tem por base a compreensão dos fenômenos sociais a partir de um olhar macrossocial e, neste sentido, ofereceu importantes contribuições, especialmente no que se refere aos estudos sobre os direitos humanos, estes representando parte significativa da obra de Doise. Por conta da amplitude destas pesquisas, tanto temporal quanto espacial, o autor pôde avançar no desenvolvimento teórico e metodológico da TRS, testando empiricamente os pressupostos de sua abordagem complementar, tais quais, nível de análise posicional e ideológico, o paradigma das três fases e, assim, desenvolvendo uma nova forma de encarar e analisar o fenômeno das RS (Almeida, 2009).

Para Doise (2002), o estudo das RS remete a uma abordagem tridimensional – paradigma das três fases – sendo que, para cada fase, pressupõe-se uma hipótese específica. A primeira hipótese defende que diferentes membros de uma população compartilham certas crenças comuns sobre um dado objeto social, pois a construção das RS ocorre em relações de comunicação que supõem referentes comuns aos indivíduos ou grupos implicados nas trocas simbólicas. Estudar as RS nesta fase implica considerar o campo comum das representações sociais.

A segunda hipótese aborda a natureza das tomadas de posições individuais em relação a um campo de RS, objetivando explicar como e por que os indivíduos se diferenciam entre si nas relações que eles mantêm com os objetos de representação. Nesta fase, estudar as RS significa identificar os princípios organizadores das variações individuais (Almeida, 2009).

A terceira hipótese considera que as RS são caracterizadas por ancoragens das tomadas de posição em outras realidades simbólicas coletivas, dentre as quais: as hierarquias de valores, as percepções das relações entre grupos e categorias e as experiências sociais compartilhadas, em função de sua pertença e posição. Neste âmbito, o foco no estudo das RS recai sobre a ancoragem das diferenças individuais (Doise, 2002).

Ao compreender que toda RS é formada a partir de princípios organizadores de natureza societal, Doise defende que a percepção societal tem como base para suas explicações o metassistema (normas sociais) no qual o sujeito está inserido. Dado que a sociedade é formada por distintos grupos, isto serviria também para entender os posicionamentos opostos, assim como para intervir em suas possíveis consequências (Trindade, Santos & Almeida, 2014).

Outra contribuição significativa da teoria desenvolvida por Doise se refere à possibilidade de acrescentar, ao já clássico estudo das condições sociais de produção e difusão das RS, especificamente através da articulação das diferentes formas de comunicação social com o sistema cognitivo, um nível de análise mais aprofundado sobre o processo de ancoragem efetuado quando da formação das RS, de modo a incluir a inserção social particular do grupo produtor de RS (Sá, 2007).

Os estudos experimentais de Doise, ao partirem de uma concepção que as diferentes RS se devem às distintas inserções sociais, mostram o interesse por articular o individual ao coletivo. Assim, buscam superar a cisão entre explicações de cunho individual e societal, uma vez que para a vida em sociedade os indivíduos se utilizam de diversos processos que, em última instância, são guiados por dinâmicas sociais, tais como: posicionais, ideológicas, interacionais ou de valores e crenças (Almeida, 2009).

Por dispensar grande ênfase à questão das diferentes inserções sociais, a teoria de Doise recebe uma crítica de Denise Jodelet. Para a estudiosa, quando Doise estabelece que o

conceito de princípios organizadores tem como base a existência de uma hierarquia que ordena as RS e que se estrutura pelas interações sociais, corre-se o risco de incorrer num determinismo, no qual as diferentes RS seriam explicadas unicamente pelas inscrições sociais das pessoas (Trindade et al., 2014).

A partir da discussão do panorama histórico e científico da TRS e suas abordagens, percebe-se a pertinência da utilização desta teoria em um estudo que pretende abordar a hanseníase e o envelhecimento, que são fenômenos biopsicossociais complexos, na vivência de pessoas em um contexto de institucionalização, de modo a não apenas descrever suas realidades, mas a permitir que expressem suas teorias explicativas sobre a própria vida.

4 Objetivos

4.1 Geral

- Analisar as representações sociais da hanseníase e do envelhecimento entre moradores do Hospital Colônia do Carpina.

4.2 Específicos

- Realizar revisão sistemática dos estudos científicos sobre as representações sociais da hanseníase.
- Apreender as representações sociais da hanseníase e do envelhecimento entre moradores do Hospital Colônia do Carpina.
- Analisar as representações sociais do Hospital Colônia do Carpina entre seus moradores.

5 Método

5.1 Tipo da investigação

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Esta dissertação contemplou duas etapas, a primeira de delineamento teórico (Estudo 1) e, a segunda, com um estudo de campo (Estudos 1 e 2) realizado com os moradores do HCC.

5.2 Participantes

Por sua natureza teórica, o primeiro estudo desta dissertação não contou com participantes, mas com a revisão de artigos disponibilizados em bases de dados eletrônicas. Deste modo, salienta-se que tais particularidades serão mais claramente descritas no método apresentado no Estudo 1.

Com relação à etapa empírica, salienta-se a participação de 16 das 22 pessoas que, na época, residiam no HCC. Os critérios de inclusão da pesquisa contemplaram os participantes que possuíam diagnóstico ou vivenciaram o adoecimento por hanseníase, que moravam no HCC há pelo menos um ano, eram maiores de dezoito anos e apresentavam discurso coerente e orientado no tempo e no espaço.

5.3 Instrumentos

Na coleta de dados utilizaram-se: questionário sociodemográfico para caracterização dos participantes; teste de associação livre de palavras (TALP) para obter representações sobre a hanseníase, o envelhecimento e o HCC; e entrevista semiestruturada para ampliar a compreensão sobre as RS apreendidas pelo TALP.

5.4 Procedimentos éticos e de coleta de dados

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Federal do Piauí, apresentando CAEE: 69177017.3.0000.5669 e número do parecer: 2.311.177 (Anexo A). Após aprovação pelo Comitê, o pesquisador contactou o HCC a fim de solicitar a autorização para realizar a pesquisa no interior da instituição. Após isso, foi iniciada a coleta de dados, onde foram esclarecidos os objetivos do estudo e obtidas as devidas autorizações e o preenchimento dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que os participantes pudessem autorizar sua participação na pesquisa e responder aos instrumentos, como determinam as resoluções 466/12 e 510/16 do CNS. Estima-se que aproximadamente 15 minutos foram necessários para finalizar a participação na pesquisa.

5.5 Análise de dados

Os artigos selecionados para o estudo teórico foram analisados a partir do ano de publicação, local da pesquisa, tipo de estudo, os instrumentos utilizados e a abordagem teórica da TRS. Além disso, foram classificados quanto às categorias de análise obtidas a partir dos resultados dos estudos, a saber: representações sociais da hanseníase, do contágio e do tratamento; representações sociais da hanseníase em interface com o gênero e a sexualidade; e representações de ex-internos dos hospitais-colônia.

Os dados sociodemográficos foram analisados a partir das estatísticas descritivas no *software* SPSS for Windows versão 21, objetivando caracterizar os participantes. Os dados colhidos relacionados ao TALP foram analisados pela Teoria das Redes Semânticas e as entrevistas semiestruturadas foram analisadas com o auxílio do *software* Iramuteq.

6 Estudo 1. As representações sociais e o estudo da hanseníase: uma revisão sistemática da literatura

Introdução

Considerada um problema de saúde pública no Brasil, a hanseníase é uma doença infectocontagiosa, passível de tratamento e cura (Ministério da Saúde, 2014; Monte & Pereira, 2015). Seu agente etiológico é o bacilo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), caracterizado por seu alto poder de infectividade e, ao mesmo tempo, baixo potencial patogênico, em outras palavras, o bacilo é capaz de infectar um grande número de pessoas, mas por conta da interação entre o *M. leprae*, os fatores individuais e socioambientais, apenas um pequeno contingente de pessoas infectadas, de fato, desenvolvem a doença (Ministério da Saúde, 2014).

Com a doença instalada, sua manifestação no organismo humano apresenta quatro formas clínicas que, por sua vez, são enquadradas em duas classificações operacionais: paucibacilar (PB) e multibacilar (MB) (Hamester, 2016; Vieira, Soares, Ribeiro, & Silva, 2008). Assim, pode-se encontrar a hanseníase com manifestação indeterminada (PB), tuberculoide (PB), dimorfa (MB) e virchowiana (MB) (Lins, 2010; Morano, Morano, Paredes, & Iribas, 2016).

Vale lembrar que a transmissão desta patologia ocorre quando uma pessoa infectada e sem tratamento elimina o bacilo para o meio ambiente através das vias aéreas superiores, deste modo, contaminando os indivíduos com maior vulnerabilidade (Nunes, Oliveira, & Vieira, 2011; Santos et al., 2016). Com relação a esta suscetibilidade, destaca-se que a hanseníase afeta principalmente as populações dos países em desenvolvimento, tendo em vista estar associada a fatores socioeconômicos, tais quais: precariedade das moradias e dificuldade de acesso aos serviços de saúde e assistência social (Palmeira, Queiroz & Ferreira, 2013; Reyes, 2013; Santos et al., 2016).

Neste sentido, o Brasil ocupava, em 2015, a segunda posição no *ranking* mundial quanto à detecção de casos de hanseníase, o que correspondeu ao registro de 26.395 casos ou 13% do total de novas notificações, ficando atrás apenas da Índia que registrava 127.326 casos, respondendo por 60% das detecções (WHO, 2016).

Em decorrência de sua trajetória milenar associada à lepra, a hanseníase dá margem para o surgimento de uma gama de representações sociais que, não raramente, evidenciam o passado de sofrimento, exclusão e isolamento social a que eram destinadas as pessoas acometidas por esta patologia (Palmeira, Queiroz & Ferreira, 2012). Neste âmbito, é pertinente salientar que as representações sociais são “um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais, que funciona como uma espécie de teoria do senso comum (Moscovici, 1978, p.181)”.

Enquanto teoria explicativa do cotidiano concorda-se que a representação está muito mais associada à memória e às estruturas tradicionais do que às estruturas intelectuais ou perceptivas correntes (Moscovici, 2007). Assim, o fato de as RS da hanseníase evidenciarem aspectos que remetem à história da lepra se deve, essencialmente, à constatação de que este termo permanece com um sentido bem mais familiar que o neologismo hanseníase (Simpson et al., 2013).

Este quadro se torna ainda mais inteligível quando se tem em conta que a principal função das RS é tornar familiar aquilo que se apresenta como novidade (Moscovici, 2007); e que, a despeito do poder explicativo da medicina contemporânea, o saber médico permanece insuficiente para a compreensão da doença, pois esta é um fenômeno que não se reduz ao discurso científico, haja vista sua necessidade de interpretação e atribuição de sentido (Herzlich, 2005).

Apesar disso, a literatura aponta que, de modo geral, têm sido empregados poucos estudos psicossociais para abordar o fenômeno da hanseníase e, de modo específico, são

praticamente inexistentes os estudos que utilizam a TRS para estudar o conhecimento elaborado e partilhado pelos diferentes grupos acerca desta patologia (Barreto et al., 2013; Oliveira, Mendes, Tardin, Cunha, & Arruda, 2003).

Com base nesta discussão e, tendo em conta a escassez de revisões sobre o tema, bem como a importância de demonstrar um panorama geral das publicações científicas sobre a temática, esta investigação estabelece como objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura dos estudos científicos sobre as representações sociais da hanseníase.

Método

Materiais

Empregaram-se as diretrizes norteadoras recomendadas em estudos prévios destacados por Araújo, Teva e Bermúdez (2015) e por Costa e Zoltowski (2014). Deste modo, elaborou-se o seguinte plano de análise: delimitação do objeto a ser pesquisado; escolha das fontes de dados; eleição dos descritores; definição dos critérios de inclusão e exclusão; busca e armazenamento dos artigos; seleção dos artigos pelo resumo; análise dos artigos selecionados; categorização quanto aos objetivos desta revisão e quanto à metodologia empregada, e, discussão e conclusões.

Desenho

Trata-se de um estudo teórico.

Procedimento

A busca de artigos foi realizada em cinco bases de dados: Lilacs, Scielo (via Portal da Biblioteca Virtual em Saúde - BVS), PubMed, Periódicos Capes e Scopus. Nas bases eletrônicas Lilacs, Scielo e Periódicos Capes, utilizaram-se os descritores hanseníase AND

“representações sociais”. Nas demais bases, PubMed e Scopus, empregaram-se os termos em inglês – leprosy AND “social representations”, idioma recomendado por estas bases. Os descritores em espanhol – lepra AND “representaciones sociales” – foram descartados por não recuperarem obras relevantes ao objetivo deste estudo. A busca foi realizada no mês de dezembro de 2017.

Os procedimentos de busca, seleção e análise dos artigos foram realizados em quatro etapas, observando os critérios de inclusão e exclusão definidos para esta revisão. Na primeira etapa, realizou-se a busca nas bases de dados, de artigos científicos das ciências humanas e da saúde, nos idiomas português e inglês, disponíveis em texto completo, sem restrição de ano. Na segunda etapa, houve a exclusão dos artigos duplicados entre as bases de dados. Na terceira etapa, realizou-se a análise dos resumos, com o intuito de identificar os estudos que estavam de acordo com os objetivos. Os artigos excluídos foram aqueles que não abordavam a hanseníase pela perspectiva da TRS. Na quarta etapa, empreendeu-se a decodificação, análise e discussão dos estudos.

Salienta-se que a busca geral de artigos nas bases de dados definidas para a realização da presente revisão resultou em 51 publicações científicas, conforme exemplificado na Figura 2: PubMed (n = 2); Scopus (n = 4); Scielo (n = 9); Lilacs (n = 9); e Periódicos Capes (n = 27). Do total, foram eliminados 20 artigos por estarem duplicados entre as bases de dados. Seguindo em frente, da análise dos resumos resultou a exclusão de 22 artigos. É válido mencionar que a exclusão dos artigos ocorreu por conta de não abordarem a hanseníase pela perspectiva da TRS.

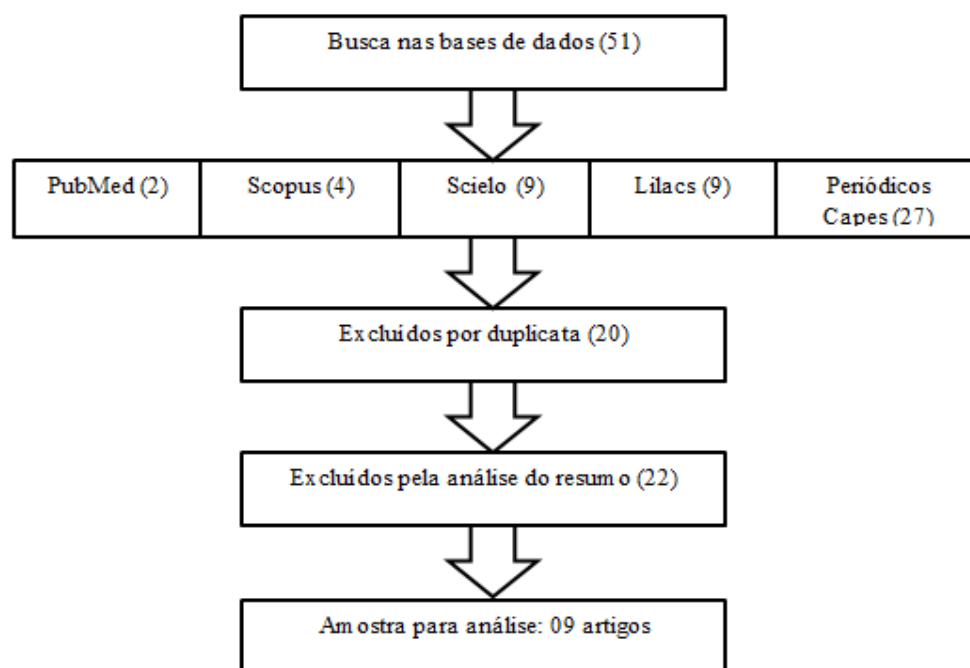


Figura 2
Procedimentos de seleção dos artigos

Resultados

Os 09 artigos selecionados para a análise foram caracterizados conforme o ano de publicação, local da pesquisa, tipo de estudo, os instrumentos utilizados e a abordagem teórica da TRS (Tabela 1). Por último, foram classificados quanto às categorias de análise obtidas a partir dos resultados dos estudos, quais sejam: representações sociais da hanseníase, do contágio e do tratamento; representações sociais da hanseníase em interface com o gênero e a sexualidade; e representações de ex-internos dos hospitais-colônia. Vale ressaltar que não houve o critério de exclusividade de artigo por categoria, pois, embora as obras enfatizem uma dimensão específica, tratam do mesmo objeto de estudo, o que favorece mais aproximações que distanciamentos.

No que tange ao ano das publicações, nota-se que, mesmo não havendo uma delimitação temporal, os estudos recuperados por esta revisão só começam a surgir na segunda metade da década de 1990 e, a partir de então apresentam fluxo irregular, passando

longos períodos sem publicações – 2003 a 2010 – e outros com maior número – três estudos em 2013.

Tabela 1
Descrição dos artigos revisados

Id	Autores	Ano	País	Tipo de estudo	Instrumentos	Abordagem TRS
1	Bakirtzief	1996	Brasil	Qualitativo	Entrevista semiestruturada	Sociogenética
2	Oliveira, Romanelli	1998	Brasil	Misto	Questionário estruturado e entrevista semiestruturada	Sociogenética
3	Oliveira, Mendes, Tardin, Cunha, Arruda	2003	Brasil	Misto	Teste de associação livre de palavras	Estrutural
4	Lins	2010	Brasil	Qualitativo	Observação e entrevista narrativa	Sociogenética
5	Palmeira, Queiroz, Ferreira	2012	Brasil	Qualitativo	Entrevista semiestruturada e observação sistemática	Sociogenética
6	Palmeira, Queiroz, Ferreira	2013	Brasil	Qualitativo	Questionário sociodemográfico e clínico-terapêutico/entrevista semiestruturada	Sociogenética
7	Barreto et al.	2013	Brasil	Qualitativo	Entrevista semiestruturada	Sociogenética
8	Simpson et al.	2013	Brasil	Qualitativo	Entrevista semiestruturada	Sociogenética
9	Monte, Pereira	2015	Brasil	Qualitativo	Entrevista semiestruturada e observação livre	Sociogenética

Também se observa que todos os artigos publicados são de origem brasileira. Contudo, destaca-se que um dos estudos foi publicado em língua inglesa ($n = 3$). Além disso, a maioria das publicações (77,7%) apresenta abordagem qualitativa, com utilização de entrevista semiestruturada (77,7%) na vertente sociogenética da TRS (77,7%).

Com relação às categorias abordadas pelos estudos, constata-se que a categoria “as representações sociais da hanseníase, do contágio e do tratamento” aglomera o maior número de investigações (n = 1, 3, 4, 5); em seguida, destacando-se a categoria “representações sociais da hanseníase em interface com o gênero e a sexualidade” (n = 2, 6, 9); e, com um menor número de publicações, a categoria “representações de ex-internos dos antigos hospitais-colônia” (n = 7, 8).

Discussão

O fato de todos os estudos recuperados por esta revisão terem o Brasil como país de origem se torna compreensível quando se considera que este país ocupa a segunda posição mundial no número de registros de casos de hanseníase (Queiroz et al., 2015). A isto, acrescenta-se que a utilização da TRS é mais difundida na Europa e na América Latina (Philogene, 2014).

Uma das consequências do aumento na utilização da TRS foi que esta teoria terminou por ser dividida em três abordagens distintas, porém não excludentes, a saber, a abordagem sociogenética defendida por Jodelet e Moscovici; a abordagem estrutural ou Escola do Midi fundada por Jean-Claude Abric; e a abordagem societal, criada por Willem Doise e também conhecida por Escola de Genebra (Almeida, 2009).

Especificamente sobre a abordagem sociogenética, concorda-se que os estudos de Jodelet com inspiração mais etnográfica ao lançarem mão de ferramentas como a entrevista e a observação, deram a esta vertente um caráter mais qualitativo (Sá, 2007). Neste sentido, os artigos ora analisados apresentam coerência entre a escolha teórica e metodológica.

Por outro lado, faz-se a ressalva que uma maior diversificação das abordagens teóricas nas pesquisas poderia contribuir para ampliar, principalmente, a difusão da teoria societal das RS, o que possibilitaria a análise de diferentes dimensões dos fenômenos estudados. Outro

ponto que merece destaque é que, em decorrência da complexidade de seu objeto de estudo, a TRS se mostra aberta à utilização de diferentes métodos de pesquisa (Santos & Dias, 2015), característica esta que não foi observada nas publicações investigadas, já que sobressai o uso da entrevista semiestruturada.

Apesar desta convergência teórico-metodológica entre grande parte dos estudos, percebe-se uma variedade quanto aos objetivos das investigações, o que pode significar uma tentativa de compreender as diferentes facetas apresentadas pela hanseníase enquanto fenômeno representacional.

Representações sociais da hanseníase, do contágio e do tratamento

Certamente o achado que mais se repete entre os estudos desta revisão é o fato da RS da hanseníase ainda se encontrar ancorada na lepra (Oliveira et al., 2003; Lins, 2010; Palmeira, Queiroz & Ferreira, 2012; Barreto et al., 2013). Uma pesquisa emblemática sobre a relação entre o termo lepra e o neologismo hanseníase foi empreendida por Oliveira et al. (2003), pois, ao lançarem mão da abordagem estrutural, concluíram que o núcleo central do termo hanseníase ainda contém o significante da lepra, achado coerente com o caráter de estabilidade inerente às RS, que não permite alterações em curto e médio prazos.

Isto tendo em vista que foi somente na década de 1970 que o termo lepra deixou de ser utilizado nos documentos oficiais brasileiros para, em seu lugar ser adotada a palavra hanseníase, terminologia que indica uma homenagem ao médico norueguês Gerhard Armauer Hansen, descobridor do agente etiológico da infecção (Monte & Pereira, 2015; Simpson et al., 2013). Por outro lado, a persistência da lepra no núcleo central da RS da hanseníase também tem a ver com o baixo investimento em comunicação social para a divulgação ampla da nova designação, uma vez que a informação científica é apropriada pelo senso comum através das conversações cotidianas (Moscovici, 2007).

Exemplo da tentativa de apropriação do termo hanseníase pode ser observado na pesquisa de Lins (2010). A autora, partindo de uma inspiração antropológica, passou quatro anos observando e entrevistando diferentes grupos de pessoas (hansenianos, familiares de hansenianos e agentes de saúde) em um município amazônico. Chegou à conclusão que na pequena cidade existiam quatro categorias nosológicas êmicas referentes aos sintomas da hanseníase – “manchas”, “lepra”, “feitiço” e “hanseníase” –, que constituíam o repertório a partir do qual as interpretações e práticas eram formuladas.

Assim, em um primeiro momento, as manchas eram frequentemente classificadas como “pano branco”, “manchas de verme”, “manchas de sol”, impingem ou “sujeira”, o que implicava tratamentos tradicionais. No entanto, com a ampliação da ESF e consequente divulgação de conhecimentos científicos, as manchas passaram a representar também a possibilidade de um outro diagnóstico – a hanseníase (Lins, 2010).

A utilização da categoria êmica “feitiço” é uma alternativa à categoria lepra e representa uma tentativa de resolver os conflitos na rede de relações do doente, bem como a possibilidade de fugir da estigmatização causada pelo *status* de “leproso”. Já na RS correspondente à lepra figuram concepções que se associam a ferimentos crônicos e à mutilação de partes do corpo que levam à desfiguração. Por fim, a RS da hanseníase, estrutura-se na descrição de manchas grandes que se espalham, mas que, diferentemente da lepra, não geram deformação corporal (Lins, 2010).

Congruente a este cenário, as RS do contágio da hanseníase, não raramente, apontam para uma ancoragem no significante lepra enquanto perpassado pelo preconceito e pelo confinamento nas antigas colônias. Nestes estabelecimentos, a discriminação se materializava até mesmo em simples atividades do cotidiano como o não compartilhamento de utensílios domésticos (Palmeira, Queiroz & Ferreira, 2012).

Esta representação, por uma via, demonstra a associação da lepra à ideia de sujeira, de tal modo que o dito leproso passa a ser tratado como um estranho, cuja proximidade é uma ameaça. Por outra via, indica também a desinformação quanto ao conhecimento da hanseníase e sua terapêutica, pois logo após o início do tratamento o bacilo de Hansen deixa de ser transmitido (Palmeira, Queiroz & Ferreira, 2012; Oliveira & Romanelli, 1998).

Neste sentido, percebe-se a importância de se realizarem estudos que investiguem os conhecimentos elaborados e partilhados pelas pessoas acometidas pela hanseníase sobre o tratamento, haja vista tais conhecimentos implicarem, por exemplo, na adesão ou não ao esquema terapêutico proposto pela OMS (Ministério da Saúde, 2017).

Foi com este objetivo que Bakirtzief (1996) dividiu os participantes de sua pesquisa em dois grupos, um de aderentes ao tratamento da hanseníase e outro de não aderentes. Na complexa trama de significados a que teve acesso, a pesquisadora percebeu a presença de uma representação comum entre os discursos empregada como metáfora para explicar o tratamento: a figura de uma batalha em que o bacilo é retratado como uma ameaça, o doente como vítima, o medicamento como a principal arma de combate e os profissionais da saúde como os heróis ou santos.

A partir desta representação, Bakirtzief (1996) constatou que quando o paciente representa o médico como um herói derrotado ou impotente, aumentam as chances de abandono do tratamento. Isto traz à tona a reflexão de que a confiança depositada na capacidade do médico para solucionar os problemas ocasionados pela hanseníase parece representar um ponto importante para a adesão ao tratamento.

De forma complementar a esta discussão, ainda é possível destacar como barreiras para adesão ao tratamento: o desconhecimento das propriedades da medicação que podem gerar medo e ansiedade (Simpson et al., 2013), a existência de concepções tradicionais de saúde-doença em oposição ao conhecimento científico (Lins, 2010), bem como os impactos

da medicação para o exercício dos papéis de gênero e vivência da sexualidade (Monte & Pereira, 2015).

Representações sociais da hanseníase em interface com o gênero e a sexualidade

É válido salientar que a consideração das questões de gênero e sexualidade são importantes não apenas para o sucesso do tratamento da hanseníase, mas para a compreensão geral do fenômeno. Isto porque a manifestação desta patologia representa um desequilíbrio entre os gêneros, acentuando as desigualdades já existentes no campo sociocultural, acarretando prejuízos biopsicossociais e econômicos, pois a mulher tende a representar a hanseníase como um castigo divino que impacta negativamente o âmbito doméstico, o cuidado com a família e a aparência física. O homem, por sua vez, prioriza a representação da hanseníase como uma ameaça ao papel de provedor da sobrevivência familiar (Monte & Pereira, 2015; Oliveira & Romanelli, 1998).

A preocupação das mulheres com a estética corporal pode ser compreendida como o reflexo dos rígidos padrões de beleza impostos pela sociedade, principalmente pelo fato de que aos padrões físicos associam-se os padrões morais (Oliveira & Romanelli, 1998). Assim, o belo passa a ser visto como o bom e a ideia do feio acopla-se ao que é tido como mau.

Para ampliar a compreensão das RS do corpo por mulheres com alterações provocadas pela hanseníase, um estudo (Palmeira, Queiroz & Ferreira, 2013) constatou que as RS evidenciaram influência da memória social da lepra, cuja construção simbólica objetiva-se em imagens metafóricas de animais repulsivos ou amedrontadores e ancora-se na história da lepra, do curso do câncer e da recente Aids. Este cenário parece explicar a maior autoestigmatização presente nas mulheres, principalmente em decorrência do receio de perder o espaço dentro da família, haja vista as dificuldades no desempenho dos papéis de mãe e esposa. (Oliveira & Romanelli, 1998).

Como agravante desta situação, ainda tem-se que quando acometidas pela hanseníase, dificilmente as mulheres recebem apoio dos maridos. Além disso, salienta-se que, embora a doença não leve à separação de corpos acarreta uma significativa alteração na dinâmica da vida afetivo-sexual do casal, de modo que a manifestação de afeto fica comprometida pelo medo do contágio que se materializa, por exemplo, pela extinção dos beijos e das carícias (Oliveira & Romanelli, 1998).

Este preconceito expresso pelo parceiro pode implicar, dentre outras coisas, na diminuição da libido das mulheres (Monte & Pereira, 2015). A redução do desejo contribui para que estas releguem a sexualidade a um papel secundário, seja como uma resposta ao distanciamento do parceiro seja porque a intimidade entre os casais também é um meio de expor o corpo alterado pela doença (Palmeira, Queiroz & Ferreira, 2012).

Representações de ex-internos dos hospitais-colônia

Quando se fala em hospital-colônia é importante esclarecer que até o ano de 1962 a internação compulsória nestas instituições era uma prática recomendada em todo o território nacional (Barreto et al., 2013). No entanto, mesmo após a proibição do isolamento é sabido que o asilamento nas colônias permaneceu até a década de 1980 (Palmeira, Queiroz & Ferreira, 2012), fato que tem despertado o interesse de muitos pesquisadores no que se refere ao entendimento das concepções das pessoas que passaram por este tipo de “tratamento” marcado pela exclusão e isolamento (Barreto et al., 2013; Simpson et al., 2013).

Neste ínterim, convém destacar que as RS dos ex-pacientes das colônias evidenciam dois aspectos fundamentais. O primeiro inscreve a representação da colônia na memória da internação, assim concebendo este espaço como marcado pelo controle, pela segregação e exclusão, com prevalência do saber científico e do poder institucional. O segundo, já em acordo com o contexto atual, refere-se à descentralização das ações de saúde que

vulnerabilizam o hanseniano quanto à vivência do preconceito e da discriminação (Simpson et al., 2013).

Sem dúvida, um dos achados mais significativos das pesquisas desta categoria é o que reporta não haver diferenças substanciais quando comparados os grupos de pessoas que passaram pela internação compulsória em decorrência da lepra com aqueles tratados ambulatorialmente com diagnóstico de hanseníase (Barreto et al., 2013). Isto porque ainda está presente nas redes simbólicas do tecido social a representação negativa sobre o momento do diagnóstico, bem como sobre a vida do hanseniano associada à ocultação tal como no passado da lepra.

Considerações Finais

A partir da realização deste estudo, observou-se que a maioria das publicações apresentam semelhanças teórico-metodológicas, materializadas pela utilização de métodos qualitativos que lançam mão de entrevistas semiestruturadas e abordagem sociogenética das representações sociais. Embora as obras analisadas não apresentem fragilidades significativas, ressalta-se a necessidade de maior diversificação dos instrumentos de coleta de dados e da utilização das demais vertentes da TRS, a saber, abordagem estrutural e societal.

A análise do conjunto de estudos revisados também apontou que a RS da hanseníase ainda se encontra ancorada e objetivada na história e nas imagens que remetem ao significante lepra. Este achado não só corrobora o caráter de estabilidade das RS, como também indica a necessidade de maior divulgação do termo hanseníase nos meios de comunicação de massa e nas estratégias de educação em saúde.

Outro ponto importante evidenciado pelos estudos é que o adoecimento por hanseníase não é vivenciado igualmente por homens e mulheres. Neste sentido, ressalta-se a necessidade

de alinhar o planejamento das ações de cuidado às questões inerentes ao gênero, à sexualidade e às alterações corporais ocasionadas pela vivência da doença.

Apesar da relevância de seus achados, este estudo apresenta algumas limitações, dentre as quais, o acesso restrito apenas a publicações disponibilizadas gratuitamente e o recorte em relação às bases de dados nos quais as buscas foram realizadas que pode não ter contemplado todo o universo de trabalhos sobre o tema investigado. Assim, sugere-se que estudos futuros ampliem o escopo das fontes de pesquisa.

Referências

- Almeida, A. M. O. (2009). Abordagem societal das representações sociais. *Sociedade e Estado*, 24(3), 713-737. Doi: 10.1590/S0102-69922009000300005
- Araújo, L. F., Teva, I. & Bermúdez, M. P. (2015). Resilience in adults: a theoretical review. *Terapia psicológica*, 33(3), 257-276. Doi: 10.4067/S0718-48082015000300009
- Bakirtzief, Z. (1996). Identificando barreiras para aderência ao tratamento de hanseníase. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(4), 497-505. Doi: 10.1590/S0102-311X1996000400008
- Barreto, J., Gasparoni, J. M., Politani, A. L., Rezende, L. M., Edilon, T. S., Fernandes, V. G., Lima, V. M. (2013). Hanseníase e Estigma. *Hansenologia Internationalis*, 38(1-2), 14-25. Recuperado de http://www.ils.br/revista/detalhe_artigo.php?id=12215
- Costa, A. B. & Zoltowski, A. P. C. (2014). Como escrever um artigo de revisão sistemática. In S. H. Koller, M. C. P. P. Couto, J., & Hohendorff, J. (Orgs.), *Manual de produção científica* (pp. 55-70). Porto Alegre: Penso.
- Hamester, C. (2016). *A hanseníase na experiência de vida de pessoas atendidas em ambulatório de referência no Distrito Federal*. (Dissertação de mestrado). Universidade

- de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil. Recuperado de http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/22493/1/2016_CristinaHamester.pdf
- Herzlich, C. A. (2005). A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15(Supl), 57-70. Recuperado de <http://ecos.ufsc.br/files/2013/08/Claudine-Herzlich-A-problem%C3%A1tica-da-representa%C3%A7%C3%A3o-social-e-sua-utilidade-no-campo-da-doen%C3%A7a.pdf>
- Lins, A. U. F. A. (2010). Representações sociais e hanseníase em São Domingos do Capim: um estudo de caso na Amazônia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(1), 171-194. Doi: 10.1590/S0103-73312010000100010
- Ministério da Saúde. (2014). Descrição da doença. Recuperado de <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/705-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/hanseniase/11294-descricao-da-doenca>
- Monte, R. S., & Pereira, M. L. D. (2015). Hanseníase: representações sociais de pessoas acometidas. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 16 (6), 863-871. Doi: 10.15253/2175-6783.2015000600013
- Morano, S., Morano, M., Paredes, S. N., & Iribas, J. L. (2016). Lepra em Santa Fe: Características clínico-epidemiológicas. *Revista argentina de dermatología*, 97(4), 19-29. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2016000400004&lng=es&tlng=es.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Moscovici, S. (2007). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes.
- Nunes, J. M., Oliveira, E. N., & Vieira, N. F. C. (2011). Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida de pessoas acometidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl 1), 1311-1318. Doi: 10.1590/S1413-81232011000700065

- Oliveira, M. H. P., & Romanelli, G. (1998). Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres: um estudo de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(1), 51-60. Doi: 10.1590/S0102-311X1998000100013
- Oliveira, M. L. W., Mendes, C. M., Tardin, R. T., Cunha, M. D., & Arruda, A. (2003). Social representation of Hansen's disease thirty years after the term 'leprosy' was replaced in Brazil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 10(Suppl. 1), 41-48. Doi: 10.1590/S0104-5970200300040000
- Palmeira, I. P., Queiroz, A. B. A., & Ferreira, M. A. (2012). Quando o preconceito marca mais que a doença. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(3), 187-199. Recuperado de <https://doaj.org/article/afdda26121664b729d560b61e89b5e04>
- Palmeira, I. P., Queiroz, A. B. A., & Ferreira, M. A. (2013). Marcas em si: vivenciando a dor do (auto) preconceito. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(6), 893-900. Doi: 10.1590/S0034-71672013000600013
- Philogene, G. (2014). O Alcance das Representações Sociais: impacto e ramificações. In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos & Z. A. Trindade. (Orgs.). *Teoria das representações sociais: 50 anos* (pp. 297-343). Brasília: Scribd.
- Queiroz, T. A., Carvalho, F. P. B., Simpson, C. A., Fernandes, A. C. L., Figueirêdo, D. L. A., & Knackfuss, M. I. (2015). Perfil clínico e epidemiológico de pacientes em reação hansênica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(spe), 185-191. Doi: 10.1590/1983-1447.2015.esp.57405
- Reyes, E. R. (2013). Lepra asunto de preocupación de salud mundial. *Revista de ciencias médicas La Habana*, 19(3), 421-432. Recuperado de <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/617/1066>

- Sá, C. P. (2007). As representações sociais na história e na atualidade da Psicologia Social. In A. M. Jacó-Vilela, A. A. Ferreira, & F. T. Portugal. (Orgs.). *História da psicologia: rumos e percursos* (pp. 587-602.). Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Santos, A. D., Santos, M. B., Barreto, A. S., Carvalho, D. S., Alves, J. A. B., & Araújo, K. C. G. M. (2016). Análise espacial e características epidemiológicas dos casos de hanseníase em área endêmica. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 10(Supl. 5), 4188-4197. Doi: 10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201604
- Santos, G. T., & Dias, J. M. B. (2015). Teoria das representações sociais: uma abordagem sociopsicológica. *PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP*, 8(1), 173-187. Recuperado de <:///C:/Users/MI/Downloads/1416-7098-1-PB.pdf>
- Simpson, C. A., Miranda, F. A. N., Meneses, R. M., Carvalho, I. H. S., Cabral, A. M. F., & Santos, V. R. C. (2013). No habitus do antigo hospital colônia - representações sociais da hanseníase. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 5(3), 104-113. Doi: 10.9789/2175-5361.2013.v5i3.104-113
- Vieira, C. S. C. A., Soares, M. T., Ribeiro, C. T. S. X., & Silva, L. F. G. (2008). Avaliação e controle de contatos falsos de doentes com hanseníase. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(spe), 682-688. Doi: 10.1590/S0034-71672008000700005
- World Health Organization. (2016). Global leprosy update, 2014: time for action accountability and inclusion. *Weekly Epidemiological Record*, 91(35) Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249601/1/WER9135.pdf>

7 Estudo 2. Moradores do Hospital Colônia do Carpina e os significados atribuídos à hanseníase, ao envelhecimento e à própria instituição

Introdução

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, não hereditária, curável e controlável, causada pelo bacilo *M. leprae* (Morano, Morano, Paredes, & Iribas, 2016). A transmissão ocorre de forma direta, através da via respiratória, necessitando algum tipo de predisposição para desenvolver a doença, bem como o estabelecimento de contato íntimo e continuado com uma pessoa infectada e que não tenha iniciado ainda o tratamento (Santos et al., 2016).

O tratamento da hanseníase segue um esquema padrão proposto pela OMS em 1982 e baseia-se na administração de três drogas: Rifampicina, Dapsona e Clofazimina (Ministério da Saúde, 2014). No entanto, esta realidade nem sempre foi assim, uma vez que durante grande parte da história da humanidade, o tratamento do hanseniano foi baseado na exclusão e no isolamento (Leandro, 2013).

Símbolo marcante deste paradigma terapêutico é a existência dos antigos hospitais-colônia, locais onde se praticava o isolamento dos hansenianos sob um discurso de tratamento. Este modelo de tratamento acarretou o rompimento e/ou fragilização dos laços familiares e comunitários destas pessoas, sendo isto a principal razão de muitas delas ainda se encontrarem vivendo nestas instituições, mesmo após o diagnóstico da cura (Souza & Sena, 2014).

Deste modo, pode-se afirmar que a hanseníase é uma doença que apresenta sérios impactos físicos, psíquicos e sociais. Dentre as consequências físicas, destacam-se as lesões nos nervos periféricos que podem acarretar o comprometimento dos troncos nervosos e ramos sensitivos, estes, os principais responsáveis por distúrbios sensório-motores e pelo surgimento de úlceras cutâneas (Araújo, Brito, Santana, Soares, & Soares, 2016).

Já com relação a algumas das repercussões psicossociais, podem-se destacar: a vivência do preconceito e da discriminação que, entre outras coisas, contribuem para o retraimento social e para o comportamento sigiloso com relação à doença, fazendo com que, muitas vezes, nem mesmo os familiares e amigos sejam informados sobre o diagnóstico da hanseníase (Leite, Sampaio, & Caldeira, 2015; Silveira, Coelho, Rodrigues, Soares & Camillo, 2014).

Vale lembrar que estes impactos são potencializados quando se trata de idosos diagnosticados com hanseníase ou que convivem com suas sequelas. Isto porque estas pessoas acabam tendo de empreender duas batalhas com a sociedade, uma por conta do preconceito em relação à idade e, a outra, em decorrência do acometimento por uma doença que, além de maltratar o corpo, ainda segrega e estigmatiza (Souza & Sena, 2014).

Ao se falar sobre envelhecimento, cabe mencionar que este fenômeno já vem sendo observado na realidade de muitos países, inclusive daqueles em desenvolvimento, como o Brasil (UNFPA, 2012). Neste sentido, dados do Censo Demográfico realizado pelo IBGE (2010), revelam que, no Brasil, havia 23,5 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, ou seja, pessoas legalmente consideradas idosas (Lei n. 10.741, 2003). Este número, de acordo com as projeções, sofrerá um aumento significativo e, em 2030, chegará à soma de 40,5 milhões de idosos, representando 110,1 idosos para cada 100 jovens (Fundação Oswaldo Cruz, 2013).

Ao considerar que os participantes desta pesquisa não necessariamente são todos idosos, é pertinente destacar a diferença entre envelhecimento e velhice. O envelhecimento é um processo inerente à vida e ao existir do ser humano, perdurando da concepção até a morte e sendo influenciado pela história de vida do sujeito e por sua cultura (Farina, Lopes & Argimon, 2016; Souza, 2017). A velhice, por sua vez, é considerada a última fase do ciclo vital, é aquilo que se encontra no horizonte do ser humano e normalmente é marcada por

algumas perdas, tais como, da força física, do trabalho e de familiares (Fernandes & Costa, 2017; Papalia & Feldman, 2013).

Para compreender a realidade das pessoas que vivenciaram o adoecimento por hanseníase, bem como convivem com suas sequelas no processo de envelhecimento, adotou-se um enfoque psicossocial, pois esta perspectiva possibilita a articulação da experiência individual às constantes trocas simbólicas empreendidas no ambiente das relações sociais e institucionais. Neste sentido, considerou-se pertinente a utilização do arcabouço teórico-metodológico da TRS.

Cabe mencionar que a concepção de RS ora adotada não diz respeito a um saber abstrato e distante da realidade, mas a “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (Jodelet, 2001, p. 22). Desta compreensão, depreende-se que as RS surgem sempre num contexto social e histórico, bem como cumprem algumas funções essenciais, entre as quais: de conhecimento, identitária, de orientação e justificadora (Chaves & Silva, 2011).

Sobre as funções, salienta-se que a função de conhecimento torna o mundo inteligível aos indivíduos e facilita a comunicação social. A função identitária lança mão da comparação social para a emergência da identidade e proteção das particularidades grupais. A função de orientação toma a RS como um guia para a ação. E, finalmente, a função justificadora serve para explicar comportamentos adotados frente aos outros grupos (Abric, 1998).

Assim sendo, percebe-se que as RS são estruturas dinâmicas construídas socialmente e que se manifestam no discurso e nas práticas que orientam as tomadas de decisão cotidianas de sujeitos e grupos nos mais diversos momentos da vida (Moscovici, 2007), principalmente na vivência da doença, situação em que se produzem sentidos coerentes com a visão de mundo a fim de integrar a experiência de adoecimento (Barreto et al., 2013). Logo, este

estudo buscou analisar as redes semânticas das representações sociais da hanseníase, do envelhecimento e do Hospital Colônia do Carpina entre seus moradores.

Método

Tipo da investigação

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa.

Participantes

A pesquisa contou com a participação de 16 das 22 pessoas que, na época, residiam no HCC, o que corresponde a 80% de adesão. Entre os não participantes, três se recusaram a participar da investigação e outros três não se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa: um deles apresentava comprometimento cognitivo; o outro estava na instituição há apenas três meses; e ainda havia um morador que, a despeito de viver no HCC, nunca vivenciou o adoecimento por hanseníase.

A idade dos participantes variou de 48 a 85 anos ($M = 67,0$ anos; $DP = 9,7$) e todos já se encontram curados da hanseníase. O tempo de diagnóstico da hanseníase evidenciado pelos participantes foi entre 4 e 63 anos ($M = 36,42$; $DP = 17,1$); a idade quando da internação no HCC variou entre 13 e 66 anos ($M = 37,56$ anos e $DP = 16,20$); sendo que o morador mais recente vive na instituição há 2 anos e o mais antigo há 56 anos ($M = 28,9$ anos; $DP = 17,8$). Os dados sociodemográficos podem ser verificados na Tabela 2.

Tabela 2

Características sociodemográficas dos participantes da pesquisa

	(f)	(%)		(f)	(%)
Sexo			Religião		
Masculino	14	87,5%	Católica	11	68,8%
Feminino	2	12,5%	Evangélica	1	6,3%
			Espírita	1	6,3%
			Não tem	3	18,8%
Estado civil			Renda		
Solteiro(a)	9	56,3%	Até 1 salário mínimo	5	31,3%
Casado(a)	1	6,3%	Entre 1 e 2 salários mínimos	2	12,5%
Separado(a) ou divorciado(a)	4	25,0%	Entre 2 e 3 salários mínimos	8	50,0%
Viúvo(a)	2	12,5%			
Escolaridade			Visita de familiares		
Nunca frequentou escola	3	18,8%	Semanalmente	6	37,5%
Ensino Fundamental Incompleto	11	68,8%	Mensalmente	2	12,5%
Ensino Fundamental Completo	1	6,3%	Anualmente	1	6,3%
Ensino Médio Completo	1	6,3%	Nunca	7	43,8%

Os critérios de inclusão da pesquisa contemplaram os participantes que possuíam diagnóstico ou vivenciaram o adoecimento por hanseníase, que moravam no HCC há pelo menos um ano, eram maiores de dezoito anos e apresentavam discurso coerente e orientado no tempo e no espaço.

Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos. O primeiro foi um questionário sociodemográfico para caracterização dos participantes, com a finalidade de obter informações sobre idade, sexo, estado civil, religião, escolaridade, renda, época do diagnóstico, ano em que foi morar no HCC, diagnóstico de cura e sobre visitas de familiares. O segundo foi o TALP, com os estímulos indutores: “hanseníase”, “envelhecimento” e “HCC” para obter RS da hanseníase, do envelhecimento e do HCC.

Procedimentos éticos e de coleta de dados

A presente pesquisa foi submetida ao CEP da Universidade Federal do Piauí, apresentando CAEE: 69177017.3.0000.5669 e número do parecer: 2.311.177 (Anexo A). Após aprovação pelo Comitê, o pesquisador contatou o HCC a fim de solicitar a autorização para realizar a pesquisa no interior da instituição. Após isso, foi iniciada a coleta de dados, onde foram esclarecidos os objetivos do estudo e obtidas as devidas autorizações e o preenchimento dos TCLE, para que os participantes pudessem autorizar sua participação na pesquisa e responder aos instrumentos, como determinam as resoluções 466/12 e 510/16 do CNS. Estima-se que aproximadamente 15 minutos foram necessários para finalizar a participação na pesquisa.

Antes de iniciar a aplicação do TALP, fez-se uma simulação para familiarizar o participante com o instrumento. Após isso, seguiu-se para a aplicação da seguinte forma: “o que vem à sua mente quando escuta a palavra “hanseníase”? Diga as primeiras palavras que, o Senhor ou Senhora, lembra ao escutar o termo “hanseníase”. Procedimento semelhante foi usado nos demais estímulos: envelhecimento e HCC. Cada participante deveria evocar espontaneamente 5 palavras em um tempo de 3 minutos. A partir disso, as palavras expressas em frases ou não, eram associadas aos termos indutores, cada um perguntado separadamente.

Vale ressaltar que a coleta de dados foi realizada por um pesquisador previamente treinado e qualificado, que procedeu individualmente na residência de cada participante (no HCC, cada morador tem seu quarto ou casa) e neste momento assinaram o TCLE.

Análise de dados

Os dados sociodemográficos foram analisados a partir das estatísticas descritivas no *software* SPSS for Windows versão 21, objetivando caracterizar os participantes.

Os dados colhidos relacionados ao TALP foram analisados pela Teoria das Redes Semânticas, uma ferramenta metodológica que, segundo Vera-Noriega (2005), é utilizada para que se possa conhecer, com elevado nível de precisão, o significado de um grupo e o núcleo estruturante de cada representação. Neste sentido, incluíram-se os seguintes parâmetros: tamanho da rede (TR), núcleo da rede (NR), peso semântico (PS) e distância semântica quantitativa (DSQ).

O TR é obtido através do número total de definidoras (palavras utilizadas para definir o conceito). O PS de cada definidora se obtém somando-se a ponderação das frequências pela hierarquização, em que se assinala com o número 1 (um) a palavra ou definidora mais próxima e se multiplica por cinco; com 2 (dois) a segunda palavra mais próxima e se multiplica por quatro; com 3 a terceira mais próxima e se multiplica por dois, até chegar à palavra número 5 (cinco), que é multiplicada por um. O NR se consegue mediante as cinco palavras definidoras com peso semântico mais alto; estas definidoras que conformam o NR são as que melhor representam o conceito. A DSQ se obtém através das definidoras do NR, assinalando-se a definidora com peso semântico mais alto com o valor 100%. As demais porcentagens são obtidas através de uma regra de três simples.

Resultados

A partir da coleta de dados sobre o estímulo-indutor “hanseníase” (Tabela 3), observa-se que o termo preconceito foi apresentado pelos participantes da pesquisa como sendo o conceito mais representativo para a “hanseníase”, o que pode ser comprovado por seu PS superior ao das demais palavras evocadas. Outra palavra também significativa, considerando a proximidade semântica, é tratamento, pois evidencia a DSQ mais próxima do conceito principal, dando indícios de sua relevância para os moradores do HCC. Também estão presentes no NR atrelados ao conceito de hanseníase as seguintes palavras: sequelas, doença e doença.

Tabela 3
Rede semântica do estímulo-indutor Hanseníase

NR (Núcleo da Rede)	PS (Peso Semântico)	DSQ (Distância Semântica Quantitativa)
Preconceito	35	100%
Tratamento	28	80%
Sequelas	24	68%
Doença	22	62%
Doença	11	31%

Com relação ao estímulo-indutor “Envelhecimento” (Tabela 4), os participantes associaram a palavra abandono como a mais significativa para o referido conceito. Também significativos nas evocações foram os termos: velho, senescência e velhice. Mais distante do NR do estímulo-indutor envelhecimento foi representada a palavra saúde.

Tabela 4
Rede semântica do estímulo-indutor Envelhecimento

NR (Núcleo da Rede)	PS (Peso Semântico)	DSQ (Distância Semântica Quantitativa)
Abandono	35	100%
Velho	24	68%
Senescência	18	51%
Velhice	16	45%
Saúde	7	20%

No que tange às evocações sobre o estímulo-indutor “HCC”, os moradores da instituição destacaram comunidade (Tabela 5) como a palavra definidora do conceito em análise. As duas palavras que seguem na ordem de importância são: tratamento e mutilação, termos que, inclusive, guardam uma relação semântica bastante próxima. Família e bem-estar representam, nesta sequência de apresentação, o último par de palavras constitutivas da importância do estímulo-indutor, bem como também evidenciam proximidade semântica.

Tabela 5
Rede semântica do estímulo-indutor Hospital-Colônia do Carpina (HCC)

NR (Núcleo da Rede)	PS (Peso Semântico)	DSQ (Distância Semântica Quantitativa)
Comunidade	45	100%
Tratamento	36	80%
Mutilação	30	66%
Família	12	26%
Bem-estar	8	17%

Discussão

O fato de os moradores do HCC terem ancorado a RS da hanseníase, sobretudo no preconceito, coincide com os achados de outros estudos que destacam o sofrimento do hanseniano como sendo muito mais moral e psíquico do que físico (Barreto et al., 2013; Silveira & Silva, 2006; Souza & Sena, 2014). Esta constatação parece difícil de ser explicada

quando se considera apenas o *status* atual da hanseníase, uma vez que já há algumas décadas esta doença se tornou passível de tratamento e cura.

Neste sentido, surge a necessidade de considerar que, no Brasil, até os anos 1990, a hanseníase ainda era designada pelo termo lepra, doença milenar carregada de estigma e preconceito (Silveira et al., 2014). Assim, embora no presente estudo a palavra lepra não tenha figurado no campo da RS da hanseníase, resultado este que se assemelha ao de uma outra pesquisa (Silveira & Silva, 2006), salienta-se que o termo hanseníase ainda guarda elementos da representação tradicional da lepra (Barreto et al., 2013).

Este contexto se torna compreensível quando se tem em conta que o termo atual hanseníase é uma tentativa de modernizar o senso comum, mas em decorrência do caráter de estabilidade inerente às RS, este é um processo que não ocorre em curto e médio prazos (Barreto et al., 2013; Oliveira, Mendes, Tardin, Cunha, & Arruda, 2003).

Exemplo desta tensão entre a utilização dos significantes hanseníase e lepra pode ser encontrado em estudos, nos quais se observa que o termo hanseníase tem sido compreendido por uma parte da população não apenas como uma nova designação para uma velha doença (lepra), mas como significando outro tipo de doença, uma afecção que se distancia da marca negativa carregada pela terminologia lepra (Lins, 2010; Silveira & Silva, 2006).

O tratamento da hanseníase parece ocupar um espaço significativo nas RS dos moradores do HCC, uma vez que surge tanto associado ao fenômeno da hanseníase quanto vinculado à instituição HCC. Cabe salientar que durante a maior parte da história da hanseníase não havia um tratamento eficaz (Souza & Sena, 2014), sendo somente a partir da década de 1980, com a implantação da poliquimioterapia - um esquema terapêutico recomendado pela OMS - que se difundiu a ideia de um tratamento capaz de levar à cura da doença (Cardona-Castro & Bedoya-Berrío, 2011; Ministério da Saúde, 2014).

No entanto, é possível identificar estudos em que os pacientes de hanseníase se dividem entre os que representam a hanseníase como uma doença curável como qualquer outra e aqueles para quem a hanseníase é uma doença crônica e incurável, pois a cura bacteriológica provida pelo tratamento não é capaz de extinguir a ameaça dos quadros reacionais, as dores e as sequelas adquiridas (Cruz, 2016; Silveira & Silva, 2006).

Dado que grande parte dos moradores do HCC convive com sequelas físicas da hanseníase, dentre as quais, ferimentos e amputações de membros superiores e/ou inferiores, pode-se pensar que o tratamento continuado dos efeitos causados pela doença gera nestes indivíduos uma representação da hanseníase como uma doença incurável tal qual a lepra de outrora.

O fato de ser associada a sequelas e, por conseguinte, a mutilações denota que a RS da hanseníase, mesmo com os avanços científicos no campo terapêutico, ainda se ancora na concepção de que esta é uma doença grave e que pode ocasionar efeitos indesejados naquele que adoece (Silveira & Silva, 2006). Mais que isso, pode-se conjecturar que estas evocações (sequelas e mutilação) remetem mais uma vez a elementos ligados à RS da lepra.

Nesta perspectiva, é pertinente destacar que um estudo prévio (Lins, 2010) mostrou haver uma diferença entre o conhecimento do senso comum sobre a lepra e sobre a hanseníase, pois na RS correspondente à lepra figuram concepções que se associam a ferimentos crônicos e à mutilação de partes do corpo que levam à desfiguração. Já a RS da hanseníase, estrutura-se na descrição de manchas grandes que se espalham, mas que, diferentemente da lepra, não geram deformação corporal (Lins, 2010).

Este achado se torna inteligível, à medida que se tem em conta que na contemporaneidade, é nas oposições entre saúde-doença e indivíduo-sociedade que a representação se estrutura e atribui sentido à doença (Herzlich, 2005). Assim, estudar as RS

da saúde e da doença significa acessar, através de indivíduos situados social e historicamente, a imagem da sociedade e de seu sistema de normas.

Congruente a esta discussão, quando se tenta compreender o percurso histórico da hanseníase enquanto doença, percebe-se que o paradigma que legitimou a exclusão e o isolamento a que eram destinadas as pessoas que apresentavam os sinais hansênicos, baseava-se na divisão entre sadios e doentes (Barreto et al., 2013). Não obstante esta realidade, o fato de os moradores do HCC terem ancorado a representação da hanseníase numa concepção de doença (função de conhecimento das RS), pode indicar que estes indivíduos se reconhecem a partir da referida oposição entre sadio e doente (função identitária), bem como que se comportam de acordo com esta representação (função de orientação) e a utilizam como fonte justificadora de decisões e posicionamentos (função justificadora).

Com relação às RS dos participantes da pesquisa sobre o envelhecimento, o abandono adquire centralidade. O que pode ser explicado pela análise dos dados sociodemográficos, onde se percebe que quase metade dos moradores do HCC relata nunca (43,8%) receber visita de familiares.

Vale lembrar que o abandono constitui uma das vivências possíveis no envelhecimento. No entanto, mais que uma realidade presente na vida de muitos idosos, o estado de abandono, muitas vezes, aponta para uma trajetória de vida marcada por perdas sociais e afetivas que se intensificam na velhice (Marin, Miranda, Fabbri, Tinelli, & Storniolo, 2012).

Tendo por base a história de vida dos participantes desta pesquisa, não se pode desprezar que o abandono era uma realidade para muitos pacientes diagnosticados com hanseníase e se materializava pela extinção dos vínculos comunitários e afetivos. Isto porque logo após a internação nos hospitais-colônia, não raramente eram abandonados pelas pessoas de seu círculo de convivência, inclusive pelos próprios familiares (Barreto et al., 2013).

Sendo assim, a ancoragem da RS do envelhecimento no significante abandono pode denotar mais que uma experiência possível na velhice, mas evidenciar a trajetória de um grupo de pessoas que, se num primeiro momento vivenciou o abandono em decorrência do adoecimento pela hanseníase, na atualidade sofre o abandono por conta do avanço da idade.

Em consonância a esta discussão, a expressão velhice também foi mencionada pelos participantes da pesquisa no que se refere às suas percepções sobre o envelhecimento. A representatividade deste termo pode ser explicada pelo fato de 75% dos moradores do HCC apresentarem 60 anos ou mais, idade na qual o brasileiro é considerado legalmente idoso (Lei nº 10.741, 2003).

Ademais, esta evocação coincide com o achado de uma pesquisa anterior, na qual se constatou que os participantes representavam o envelhecimento como etapa – velhice - e não processo, sendo que a referida fase era objetivada, sobretudo, pela figura do velho em contraposição ao termo idoso – considerado mais positivo (Martins, Camargo & Biasus, 2009).

Exemplo oposto pode ser observado num outro estudo no qual os participantes, ao representarem o envelhecimento enquanto processo, ancoraram esta representação em conteúdos como modificações, adaptação e amadurecimento (Mendes et al., 2012). Fato que possibilitou a compreensão de que, para além das transformações físicas, o envelhecimento encerra também mudanças psíquicas frente às quais cada um se posiciona de forma singular.

Ao representarem o envelhecimento no significante velhice, além de evidenciarem uma associação da representação com a própria condição vivenciada, os moradores do HCC também apontam para uma compreensão limitada acerca do envelhecimento enquanto processo. Esta situação pode levar ao não reconhecimento e/ou valorização dos ganhos adquiridos com a passagem do tempo.

À semelhança do presente estudo, uma investigação na qual se analisou a história de hansenianos constatou que, para eles, após o momento da internação a rejeição sofrida passava a ser vista como “exterior” à colônia (Carvalho, 2009). Isto porque nesta instituição não se sentiam indesejáveis, mas pertencentes a uma comunidade baseada na identificação e reciprocidade entre seus membros. Em oposição estava a relação com os sadios, percebidos como externos à comunidade, demonstravam o medo do contágio pela doença e atualizavam, no doente, o trauma da rejeição.

Deste modo, a RS do HCC no significante comunidade implica, primeiramente, a construção da identidade do hanseniano em contraposição ao grupo das pessoas sadias e que se encontram externas à colônia. Por outro lado, esta RS também indica um modo característico de agir no cotidiano da instituição, já que, no interior de uma comunidade os membros se relacionam sob os laços de solidariedade e cooperativismo.

No entanto, para a maioria dos participantes da presente pesquisa, à questão da hanseníase e suas sequelas, assomou-se à condição de idoso, assim, a Colônia não abriga mais somente ex-hansenianos, mas pessoas idosas que não têm para onde ir. Neste âmbito, Debert (1999) acrescenta que com o avanço da idade, viver numa comunidade significa poder reformular os papéis sociais exercidos, bem como desenvolver uma rede de solidariedade e de troca de afeto capaz de prover gratificação e apoio emocional, o que favorece uma experiência bastante positiva no envelhecimento, principalmente para aqueles com vínculos familiares rompidos ou fragilizados.

No campo representacional dos moradores do HCC, os termos família e bem-estar apresentam proximidade semântica. Isto é assim porque a família desempenha um papel fundamental para a manutenção do bem-estar na vida das pessoas, pois é considerada a principal fonte de suporte, especialmente por sua responsabilidade em prover acolhimento e cuidados aos seus membros (Neri et al., 2012).

Contudo, ao aprofundar a discussão sobre o papel da família, é pertinente enfatizar que a centralidade desta instituição após o período da infância já vem sendo contestada. Esta concepção alternativa possibilita considerar que as novas configurações de sociabilidades, especialmente na velhice, não são apenas substitutas das relações vivenciadas no âmbito familiar, devendo, portanto, ser entendidas como diferentes formas de relação, marcadas por suas próprias singularidades (Debert, 1999).

Desta compreensão ampliada, depreende-se que embora os moradores do HCC não sejam biologicamente ou legalmente pertencentes à mesma família, concorda-se que a RS do HCC ancorada neste significante aponta para a percepção de relações permeadas por elementos como suporte, acolhimento, cuidado e sentimento de pertença. Isto também contribui para reforçar a RS do HCC como sendo uma comunidade.

Diante dos resultados deste estudo e levando em consideração o que Herzlich (2005) defende acerca do estudo das RS no campo da saúde e da doença é possível perceber que a RS dos moradores do HCC sobre a hanseníase se organiza de forma paralela ao binômio sadio-doente, revelando sua ancoragem em elementos ainda muito associados à RS tradicional da lepra, como o preconceito e as sequelas.

Por seu turno, a RS do envelhecimento elaborada e partilhada pelos moradores do HCC se ancora num esquema conceitual associado à fase da velhice enquanto marcada pelo abandono e que, por sua vez, objetiva-se na figura do velho. Finalmente, a RS sobre o HCC se diferencia das RS anteriores por se ancorar muito mais em componentes positivos, dentre os quais, comunidade e família.

Considerações finais

A presente pesquisa teve por objetivo analisar as redes semânticas das representações sociais da hanseníase, do envelhecimento e do Hospital Colônia do Carpina entre seus

moradores. Observou-se que as categorias, hanseníase, envelhecimento e HCC deram margem para o surgimento de RS associadas a conteúdos positivos e negativos, possibilitando assim, a compreensão da realidade do grupo investigado.

Neste sentido, é pertinente ressaltar que os moradores do HCC ainda ancoram as RS da hanseníase em conteúdos da representação da lepra, haja vista associarem o referido campo representacional, sobretudo, a aspectos negativos. Este achado é congruente ao estatuto da RS enquanto fenômeno dinâmico, mas não passível de alteração em curto e médio prazos.

Com relação ao envelhecimento, percebe-se que este processo biopsicossocial que perpassa toda a vida humana, foi representado pelos participantes da pesquisa como sendo apenas uma fase do desenvolvimento humano - a velhice. Este conhecimento limitado acerca da complexidade que envolve o envelhecimento pode ter relação com a baixa escolaridade dos participantes da pesquisa, bem como com o não reconhecimento dos ganhos adquiridos com a maturidade.

Em contraposição à conotação negativa presente nas RS anteriores, as RS do HCC se ancoram em aspectos mais positivos que negativos, evidenciando que para os moradores da instituição, o HCC tem sua objetivação materializada na imagem de comunidade. Isto pode se dever ao fato de que, na época em que o adoecimento por hanseníase ainda significava rejeição e exclusão social, o hospital-colônia foi o lugar onde estas pessoas encontraram acolhimento e aceitação.

Finalmente, apesar da relevância dos dados originados pelo presente estudo, salienta-se a existência de algumas limitações, haja vista se tratar de uma pesquisa transversal com dados por conveniência, o que impossibilita a generalização dos resultados para outros grupos de moradores de hospitais-colônia. Assim, sugere-se que novos estudos sejam realizados em outras instituições com recorte longitudinal para que se possam obter dados mais representativos e que ampliem a compreensão do fenômeno abordado.

Espera-se que estes resultados contribuam para a realização de intervenções que promovam a modificação dos elementos da RS da hanseníase a fim de distanciá-los dos conteúdos associados à RS da lepra. De forma similar, também se almeja contribuir para a mudança dos componentes da RS do envelhecimento objetivados na figura de velho, vinculados à dependência, inutilidade e limitação.

Referências

- Abric, J. C. (1998). A Abordagem estrutural das representações sociais. In A. S. P. Moreira, & D. C. Oliveira. (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 27-38). Goiânia: AB.
- Araújo, D. A. L., Brito, K. K. G., Santana, E. M. F., Soares, V. L., & Soares, M. J. G. O. (2016). Caracterização da qualidade de vida de pessoas com hanseníase em tratamento ambulatorial, *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental (Online)*, 8(4), 5010-5016. Doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5010-5016
- Barreto, J., Gasparoni, J. M., Politani, A. L., Rezende, L. M., Edilon, T. S., Fernandes, V. G., Lima, V. M. (2013). Hanseníase e Estigma. *Hansenologia Internationalis*, 38(1-2), 14-25. Recuperado de http://www.ils.br/revista/detalhe_artigo.php?id=12215
- Cardona-Castro, N. M., & Bedoya-Berrío, G. (2011). Lepra: enfermedad milenaria y actual Iatreia. *Iatreia*, 24(1), 51-64. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1805/180522540006.pdf>
- Carvalho, K. A. (2009). “Considerações em torno de um mesmo tema: memórias de leprosos”. *Aedos*, 5(2), 130-135. Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/aedos/article/viewFile/12021/7328>

- Chaves, A. M., & Silva, P. L. (2011). Representações sociais. In L. Camino, A. R. R. Torres, M. E. O. Lima, & M. E. Pereira. (Orgs.). *Psicologia social: temas e teorias* (pp. 299-350). Brasília: Technopolitik.
- Cruz, A. (2016). Uma cura controversa: a promessa biomédica para a hanseníase em Portugal e no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(1), 25-44. Doi: 10.1590/S0103-73312016000100004
- Debert, G. G. (1999). *A Reinvenção da Velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp.
- Farina, M., Lopes, R. M. F., & Argimon, I. I. L. (2016). Perfil de idosos através do modelo dos cinco Fatores de personalidade (*Big Five*): revisão sistemática. *Diversitas: perspectivas em psicologia*, 12(1), 97-108. Doi: 10.15332/s1794-9998.2016.0001.06
- Fernandes, J. S. G., Costa, B. H. R. & Andrade, M. S. (2017). Representações sociais de idosos sobre família. *Ciencias Psicológicas*, 11(1), 41-48. Doi: 10.22235/cp.v11i1.1345
- Fundação Oswaldo Cruz. (2013). *A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Recuperado de https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/miolo_saude_brasil_2030.pdf
- Fundo de Populações das Nações Unidas & HelpAge International. (2012). *Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio*. Nova York; Londres.
- Herzlich C. A. (2005). A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15(Supl), 57-70. Recuperado de <http://ecos.ufsc.br/files/2013/08/Claudine-Herzlich-A-problem%C3%A1tica-da-representa%C3%A7%C3%A3o-social-e-sua-utilidade-no-campo-da-doen%C3%A7a.pdf>

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Org.) *As representações sociais* (pp. 17-44). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Leandro, J. A. (2013). Em prol do sacrifício do isolamento: lepra e filantropia na Argentina e no Brasil, 1930-1946. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 20(3), 913-938. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v20n3/0104-5970-hcsm-20-03-0913.pdf>
- Lei nº10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Brasília: Senado Federal.
- Leite, S. C. C., Sampaio, C. A., & Caldeira, A. P. (2015). “Como ferrugem em lata velha”: o discurso do estigma de pacientes institucionalizados em decorrência da hanseníase. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(1), 121-138. Doi: 10.1590/S0103-73312015000100008
- Lins, A. U. F. A.. (2010). Representações sociais e hanseníase em São Domingos do Capim: um estudo de caso na Amazônia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(1), 171-194. Doi: 10.1590/S0103-73312010000100010
- Marin, M. J. S., Miranda, F. A., Fabbri, D., Tinelli, L. P., & Storniolo, L. V. (2012). Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(1), 147-154. Doi: 10.1590/S1809-98232012000100016
- Martins, C. R. M., Camargo, B. V., & Biasus, F. (2009). Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. *Universitas Psychologica*, 8(3), 831-847. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/627/388>
- Mendes, C. K. T. T., Alves, M. S. C. F., Silva, A. O., Paredes, M. A. S., & Rodrigues, T. P. (2012). Representações sociais de trabalhadores da atenção básica de saúde sobre

envelhecimento. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(3), 148-155. Doi: 10.1590/S1983-14472012000300020

Ministério da Saúde. (2014). Descrição da doença. Recuperado de <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/705-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/hanseníase/11294-descricao-da-doenca>

Morano, S., Morano, M., Paredes, S. N., & Iribas, J. L. (2016). Lepra en Santa Fe: Características clínico-epidemiológicas. *Revista argentina de dermatología*, 97(4), 19-29. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2016000400004&lng=es&tlng=es.

Moscovici, S. (2007). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes.

Neri, A. L. Yassuda, M. S., Fortes-Burgos, M. S., Mantovani, E. P., Arbex, F. S., Torres, S. V. S., . . . Guariento, M. E. (2012). Relationships between gender, age, family conditions, physical and mental health, and social isolation of elderly caregivers. *International Psychogeriatrics*, 24 (03), 472-483. Doi: 10.1017/S1041610211001700

Oliveira, M. L. W., Mendes, C. M., Tardin, R. T., Cunha, M. D., & Arruda, A. (2003). Social representation of Hansen's disease thirty years after the term 'leprosy' was replaced in Brazil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 10(Suppl. 1), 41-48. Doi: 10.1590/S0104-5970200300040000

Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. (12a ed.). Porto Alegre: AMGH.

Santos, A. D., Santos, M. B., Barreto, A. S., Carvalho, D. S., Alves, J. A. B., & Araújo, K. C. G. M. (2016). Análise espacial e características epidemiológicas dos casos de hanseníase em área endêmica. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 10(Supl. 5), 4188-4197. Doi: 10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201604

- Silveira, I. R., & Silva, P. R. (2006). As representações sociais do portador de hanseníase sobre a doença. *Saúde Coletiva*, 12(3), 112-117.
- Silveira, M. G. B., Coelho, A. R., Rodrigues, S. M., Soares, M. M., & Camillo, G. N. (2014). Portador de hanseníase: impacto psicológico do diagnóstico. *Psicologia & Sociedade*, 26(2), 517-527. Doi: 10.1590/S0102-71822014000200027
- Souza, J., & Sena, T. (2014). O envelhecer institucionalizado de sujeitos sequelados pela Hanseníase da U/E Abrigo João Paulo II. *Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*, 17,(1), Recuperado de <https://revistas.pucsp.br//index.php/kairos/article/view/19879/14790>
- Souza, M. R. (2017). Corpo, velhice e subjetividades: cartografias do envelhecimento no sertão piauiense. In C. M. R. G. Carvalho, & L. F. Araújo. (Orgs.). *Envelhecimento e práticas gerontológicas* (pp.339-356). Curitiba, CRV.
- Vera-Noriega, J. A. (2005). Redes semânticas: método y resultados. In A. S. P. Moreira (Org.), *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (pp. 489 – 509). João Pessoa: UFPB/Editora Universitária.

8 Estudo 3. Envelhecimento e hanseníase: representações sociais de moradores do Hospital Colônia do Carpina

Introdução

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de evolução crônica que afeta, sobretudo, a pele e o sistema nervoso periférico, acarretando a redução da sensibilidade e do potencial motor dos membros superiores e inferiores (Brasil, 2014; Muniz, Amaral, Dias, & Rodrigues, 2016; Queiroz et al., 2015). Atualmente, a hanseníase possui cura e seu tratamento segue um esquema padrão proposto pela OMS, em 1982 (Reyes, 2013).

Conhecida por séculos como lepra (Castro & Watanabe, 2009), no Brasil, desde a década de 1970, a palavra lepra deixou de figurar nos documentos oficiais para, em seu lugar, adotar-se a denominação hanseníase (Oliveira et al., 2003). O passado da hanseníase em associação à lepra e às deformidades que ela provocava quando ainda não tinha cura, aliado à falta de informação sobre a forma de contágio e tratamento da doença serviu de base para a tentativa de invisibilizá-la através do isolamento compulsório dos hansenianos nos chamados leprosários ou hospitais-colônia (Souza & Sena, 2014).

Destinados ao controle social dos leprosos, os hospitais-colônia eram instituições totais com capacidade de atender todas as necessidades básicas de seus moradores, a fim de evitar qualquer tipo de interferência exterior (Barreto et al., 2013; Palmeira, Queiroz & Ferreira, 2012). Foi com esta finalidade que também o HCC da cidade de Parnaíba foi construído em uma zona afastada da cidade, possuindo vários pavilhões e instituições, dentre elas, prefeitura, delegacia e pensões.

Em decorrência desta segregação efetiva e da consequente perda de vínculos com o mundo externo, muitos dos antigos internos destas instituições, embora tenham recebido alta por cura, decidiram permanecer asilados (Simpson et al., 2013; Souza & Sena, 2014). Neste sentido, ressalta-se que o adoecimento por hanseníase levou à institucionalização de muitas

peessoas mesmo antes da velhice e nesta condição envelheceram, situação significativamente diferente daquela vivenciada por indivíduos que são internados somente com idade avançada (Castro & Watanabe, 2009).

Um estudo realizado com pessoas que envelheceram institucionalizadas por conta da hanseníase evidenciou que a vida na colônia fez com que estes indivíduos reconstruíssem sua rede de relações sobre novo prisma, pois os valores, as possibilidades e as perspectivas que antes possuíam não se adequavam mais à nova realidade de restrição e reclusão (Souza & Sena, 2014).

Cabe salientar que os participantes da presente pesquisa também foram institucionalizados após o diagnóstico de hanseníase e, neste contexto particular, têm experienciado o processo de envelhecimento. Face a isto, torna-se pertinente compreender os principais aspectos que compõem o envelhecer humano.

Na literatura ainda persistem muitos debates acerca do curso seguido pelo envelhecimento (Torres, Camargo, Boulsifield, & Silva, 2015). Contudo, nesta investigação adota-se a perspectiva do desenvolvimento *life-span*, na qual o envelhecimento é considerado uma experiência heterogênea que pode ocorrer de modo diferente para indivíduos e coortes que vivem em contextos históricos distintos (Baltes, 1987).

Salienta-se que o envelhecimento se diferencia da velhice por se caracterizar como um processo enquanto aquela se refere a uma fase específica do desenvolvimento humano (Neri, 2008). O processo de envelhecimento é natural e existencial, ocorre de forma contínua e inflexível ao longo da vida, configurando-se como um direito da pessoa humana, devendo ser assegurado e respeitado (Carvalho, Paiva & Carvalho, 2017).

Levando em consideração que a hanseníase, o envelhecimento e a instituição asilar se entrelaçam numa complexa rede de significados que faz parte da história de vida de um grande número de brasileiros e que na literatura ainda são escassos estudos que articulem

estes três aspectos em uma perspectiva psicossocial. Adotou-se, nesta investigação, o enfoque da TRS.

Vale lembrar que as RS são “um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais, que funciona como uma espécie de teoria do senso comum (Moscovici, 1978, p.181)”. Em seu processo de elaboração, os atores sociais articulam informações com suas vivências e com os saberes arraigados na cultura (Santos, Tura, Arruda, 2013).

Logo, estudar as RS significa não somente apreender as cognições, mas principalmente evidenciar as funções que cumprem estes saberes práticos, bem como aclarar o contexto no qual são elaborados (Jodelet, 2001). Assim, foi em decorrência do potencial da TRS para compreender o senso comum, ou seja, a realidade social do cotidiano, que este estudo buscou analisar o campo semântico das representações sociais da hanseníase, do envelhecimento e do Hospital Colônia do Carpina entre seus moradores.

Método

Tipo da investigação

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa.

Participantes

A pesquisa contou com a participação de 16 das 22 pessoas que, na época, residiam no HCC, o que corresponde a 80% de adesão. Entre os não participantes, três se recusaram a participar da investigação e outros três não se enquadravam nos critérios de inclusão da pesquisa: um deles apresentava comprometimento cognitivo; o outro estava na instituição há apenas três meses; e ainda havia um morador que, a despeito de viver no HCC, nunca vivenciou o adoecimento por hanseníase.

A idade dos participantes variou de 48 a 85 anos ($M = 67,0$ anos; $DP = 9,7$) e todos já se encontram curados da hanseníase. O tempo de diagnóstico da hanseníase evidenciado pelos participantes foi entre 4 e 63 anos ($M = 36,42$; $DP = 17,1$); a idade quando da internação no HCC variou entre 13 e 66 anos ($M = 37,56$ anos e $DP = 16,20$); sendo que o morador mais recente vive na instituição há 2 anos e o mais antigo há 56 anos ($M = 28,9$ anos; $DP = 17,8$). Os dados sociodemográficos podem ser verificados na Tabela 6.

Tabela 6

Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa

	(f)	(%)		(f)	(%)
Sexo			Religião		
Masculino	14	87,5%	Católica	11	68,8%
Feminino	2	12,5%	Evangélica	1	6,3%
			Espírita	1	6,3%
			Não tem	3	18,8%
Estado civil			Renda		
Solteiro(a)	9	56,3%	Até 1 salário mínimo	5	31,3%
Casado(a)	1	6,3%	Entre 1 e 2 salários mínimos	2	12,5%
Separado(a) ou divorciado(a)	4	25,0%	Entre 2 e 3 salários mínimos	8	50,0%
Viúvo(a)	2	12,5%			
Escolaridade			Percepção de saúde		
Nunca frequentou escola	3	18,8%	Ótima	5	31,3%
Ensino Fundamental Incompleto	11	68,8%	Boa	3	18,8%
Ensino Fundamental Completo	1	6,3%	Regular	7	43,8%
Ensino Médio Completo	1	6,3%	Péssima	1	6,3%

Os critérios de inclusão da pesquisa contemplaram os participantes que possuíam diagnóstico ou vivenciaram o adoecimento por hanseníase, que moravam no HCC há pelo

menos um ano, eram maiores de dezoito anos e apresentavam discurso coerente e orientado no tempo e no espaço.

Instrumentos

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos. O primeiro foi um questionário sociodemográfico para caracterização dos participantes, com a finalidade de obter informações sobre idade, sexo, estado civil, religião, escolaridade, renda, época do diagnóstico, ano em que foi morar no HCC, diagnóstico de cura e percepção de saúde. O segundo foi uma entrevista semiestruturada, para compreender as percepções dos participantes sobre a hanseníase, o envelhecimento e sobre o HCC, com as seguintes questões norteadoras: “Para o(a) senhor(a), o que é hanseníase?”; “Como o(a) senhor(a) entende o envelhecimento?”; e, por fim, “O que o(a) senhor(a) pensa sobre o HCC?”.

Procedimentos éticos e de coleta de dados

A presente pesquisa foi submetida ao CEP da Universidade Federal do Piauí, apresentando CAEE: 69177017.3.0000.5669 e número do parecer de aprovação: 2.311.177. Após aprovação pelo Comitê, o pesquisador contatou o HCC a fim de solicitar a autorização para realizar a pesquisa no interior da instituição. Em seguida, foi iniciada a coleta de dados de forma voluntária e anônima, onde foram esclarecidos os objetivos do estudo e obtidas as devidas autorizações e o preenchimento dos TCLE, para que os participantes pudessem autorizar sua participação na pesquisa e responder aos instrumentos, como determinam as resoluções 466/12 e 510/16 do CNS. Estima-se que aproximadamente 30 minutos foram necessários para finalizar a participação na pesquisa.

Vale ressaltar que a coleta de dados foi realizada por um pesquisador previamente treinado e qualificado, que procedeu individualmente na residência de cada participante (no HCC, cada morador tem seu quarto ou casa) e neste momento assinaram o TCLE.

Análise de dados

Os dados sociodemográficos foram analisados a partir das estatísticas descritivas no *software* SPSS for Windows versão 21, objetivando caracterizar os participantes.

As entrevistas semiestruturadas foram analisadas com o auxílio do *software* Iramuteq. Inicialmente, procedeu-se à realização da CHD, análise que permite a obtenção de classes lexicais, caracterizadas por vocábulos específicos e pelos ST que possuem esses vocábulos em comum (Camargo, 2005).

Posteriormente, a CHD foi complementada com a realização da Nuvem de Palavras e da Análise de Similitude, o que possibilitou agrupar as palavras, organizando-as graficamente, em função da frequência. Embora estas análises sejam mais simples que a CHD, são relevantes para a rápida identificação das palavras-chave, bem como das comunidades de um *corpus* textual (Camargo & Justo, 2013).

Resultados

Pergunta 1 - Para o(a) senhor(a), o que é hanseníase?

O *corpus* geral foi constituído por 16 textos, separados em 232 ST, com aproveitamento de 181 ST (78,02%), satisfazendo o critério mínimo apontado pela literatura, a saber, 75% de aproveitamento do *corpus* (Camargo & Justo, 2016). Emergiram 8.001 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 1.335 palavras distintas e 665 com uma única ocorrência. Foram realizadas divisões sequenciais no *corpus* até se originarem 5 classes, porém, em razão do número de entrevistados, não foi possível estabelecer um perfil de pessoas em cada classe. A primeira partição deu origem a dois *subcorpus*, separando a Classe 5 das demais. A segunda divisão fragmentou o *subcorpus* maior, originando, por um lado, as classes 3 e 1 e, por outro, as classes 2 e 4. A partição do *corpus* em cinco classes pode ser observada

na

Figura

3.

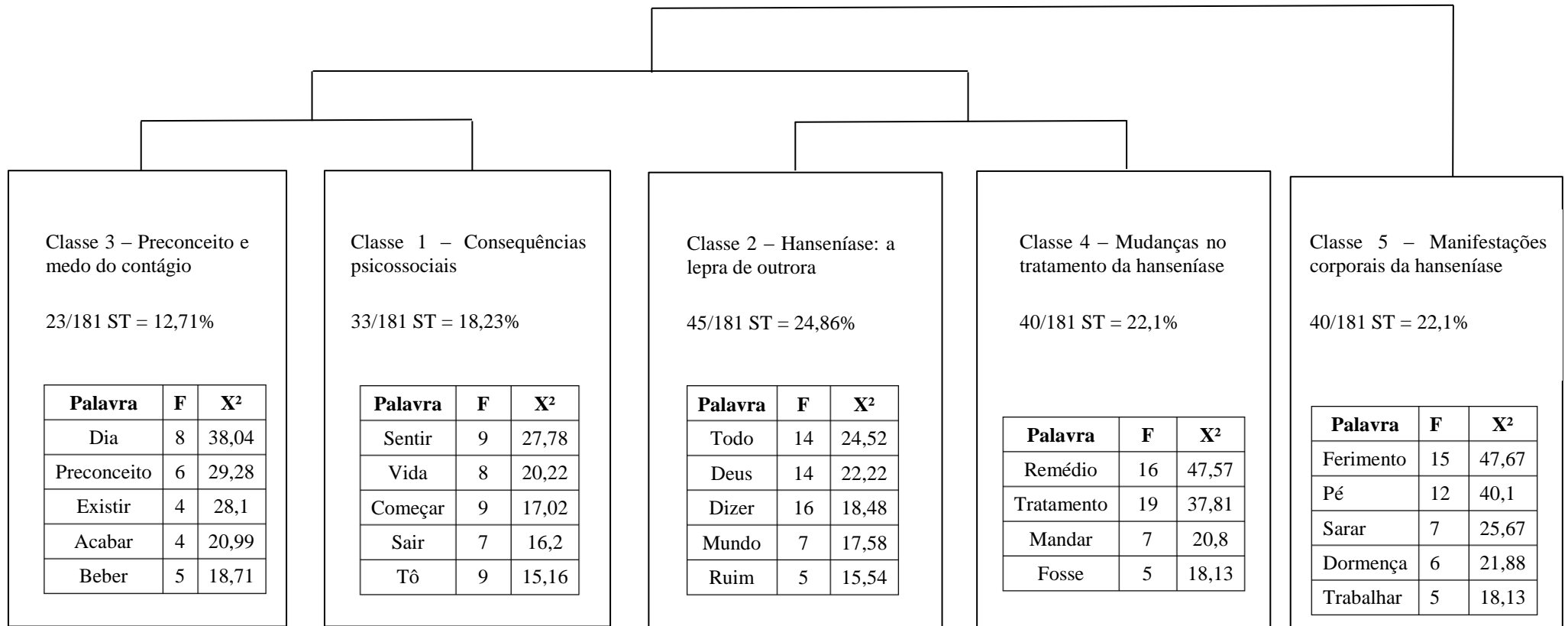


Figura 3 Dendograma de classes com verbetes mais significativos para o *corpus* hanseníase

A Classe 3 é composta por 23 ST (12,71% do total). Apresenta palavras e radicais no intervalo entre $x^2= 18,71$ (Beber) e $x^2= 38,04$ (Dia). Intitulada Preconceito e medo do contágio, observa-se que os discursos desta classe evidenciam episódios de preconceito e discriminação, motivados, principalmente, pelo medo de ser infectado pela hanseníase. Os ST mais representativos desta classe, com base na média dos X^2 das formas ativas em cada ST são:

“Eu deitado numa rede, pingando suor, meio **dia**, meu irmão **chegava** na janela, pedia: **rapaz, entra** aí pra me **dar** uma **aguinha** pra mim **beber**. Aonde que ele entrou?!”; “mas o **preconceito** ainda hoje **existe**. De **existir, existe**, não **acaba** não”; “ainda **existe** sim. **Preconceito existe**. Esse aí não se **acaba** assim fácil, não. Ainda **existe**”; “a pessoa **acabar** de **beber** a **água** e jogar o copo fora, então é assim como já **aconteceu** e isso aí é uma coisa que eu nunca esqueci e é uma coisa que **doi** na **gente**”.

A Classe 1, denominada Consequências psicossociais da hanseníase, compreende 18,23% (f= 33 ST) do *corpus* total analisado. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2= 15,16$ (Tô) e $x^2= 27,78$ (Sentir). Predomina, nesta classe, a ideia de que a hanseníase é uma doença que acarreta não apenas mal-estar físico, mas também impacta a esfera social e psicológica do indivíduo, o que se materializa pelo isolamento e pela tristeza. Os ST mais representativos desta classe, com base na média dos X^2 das formas ativas em cada ST são:

“Eu me **sentia** assim, **senti** triste, né? E **saí** me desanimando, né? Que não podia **ficar** perto das pessoas, **comecei** a me isolar, a me **afastar** das pessoas. Sentava e **ficava** lá longe”; “só que eu não **tô satisfeito** que eu não tenho dos meus [familiares], um que me visite”; “é aquela **coisa**, que a gente, às **vezes**, tá com aquele **problema**, aí as pessoas se **afasta** da gente, né? Quando eu **comecei**, muita gente não queria **ficar** perto de mim”.

A Classe 2, Hanseníase: a lepra de outrora, representa 24,86% (f= 45 ST) do *corpus* total, sendo a maior classe da CHD. Compõe-se por palavras e radicais no intervalo entre $x^2=$

15,54 (Ruim) e $\chi^2 = 24,52$ (Todo). O conteúdo desta classe estabelece uma cisão entre a lepra e a hanseníase, destacando que a primeira era marcada pelo medo do contágio e pela incurabilidade, enquanto a segunda configura-se como qualquer outra doença curável. Os ST mais representativos desta classe, com base na média dos χ^2 das formas ativas em cada ST são:

“Foi um pra São Paulo, foi não sei pra onde, aí quando vem com um jornal **dizendo** que não era lêlê, era **hanseníase**, aí mudaram a **hanseníase** e pronto. Aí colou **hanseníase**. Aí **todo mundo** ficou indo e foi e teve **cura** e tá tendo **cura, graças a Deus**”; “antigamente até as pessoas não **queria** nem vim aqui, tinha **medo, né? Disse** que **pegava**, era **doença contagiosa, né**, agora não é mais não. **Todo mundo** entra, **come** até com o **doente**, bebe”; “morriam, morriam, **né? E eu, graças a Deus** passei por isso e tô aqui, **né? Quer dizer** que a parte difícil ficou pra trás”; “agora tem o remédio certo”.

A Classe 4, Mudanças no tratamento da hanseníase, compreende 22,1% (f= 40 ST). Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 18,13$ (Fosse) e $\chi^2 = 47,57$ (Remédio). As palavras que melhor se relacionam com esta classe fazem menção à evolução sofrida pelo tratamento da hanseníase. Se num primeiro momento o tratamento era baseado na internação e pouca eficácia dos medicamentos, com os avanços científicos, desenvolveram-se remédios mais eficazes e o tratamento passou a ser ambulatorial. Os ST mais representativos desta classe, com base na média dos χ^2 das formas ativas em cada ST são:

“Porque tem o **acompanhamento**, né? Tem uma enfermeira que acompanha o **tratamento** daquele paciente que ele tá **tomando** o **remédio** direitinho. Tá **vindo** buscar as cartelas pra **tomar** o **remédio** e o **resultado** eu vejo aí”; “**tomava** outro tipo de **remédio** que eu não sei dizer o nome que era minha doutora que me dava. Aí, quando eu cheguei aqui, eu entrei na sulfinha, no talidomida, lamprem, predinizona. Fiz um **tratamento** brusco”; “a hanseníase, hoje em dia, tem o **remédio** pra fazer o **tratamento**. Naquela **época** não tinha”.

A Classe 5, Manifestações corporais da hanseníase, é constituída por 40 ST (22,1% do total). Composta por palavras e radicais no intervalo entre $x^2= 18,13$ (Trabalhar) e $x^2= 47,67$ (Ferimento). Predominam, nesta classe, concepções que associam a hanseníase a diferentes manifestações corporais, porém, ganhando destaque ferimentos que atingem os membros periféricos, que são difíceis de sarar e que podem levar a amputações. Os ST mais representativos desta classe, com base na média dos X^2 das formas ativas em cada ST são:

“Esse **ferimento sarou**. Era pequeno, **sarou**, mas eu **trabalhando** de **roça** aqui dentro. O **garrancho** arranhava, pronto”; “tem uns aqui que é **só** de **caroço**, mas o **caroço**, aquele **caroço** abre **ferimento**”; “se for **forma** de **caroço**, ela vai dar **caroço** de todo jeito. Se for **forma** de **ferimento**, é **ferimento** de todo jeito”; “se for **forma** de **ferimento**, ela **tira** os **pé**, **tira** as **mão**”; “abriu logo um **ferimento**, foi coisado um pedaço do meu **pé** e aí o **ferimento** nunca **sarou** que as últimas falanges do meu **dedo** tá dentro, né?”.

Com relação à segunda análise realizada, Nuvem de Palavras (Figura 4), observam-se as palavras “gente”, “hanseníase”, “estar”, “tratamento”, “doença” e “Deus” em destaque, indicando que estes são os termos que aparecem com maior frequência no *corpus* estudado.

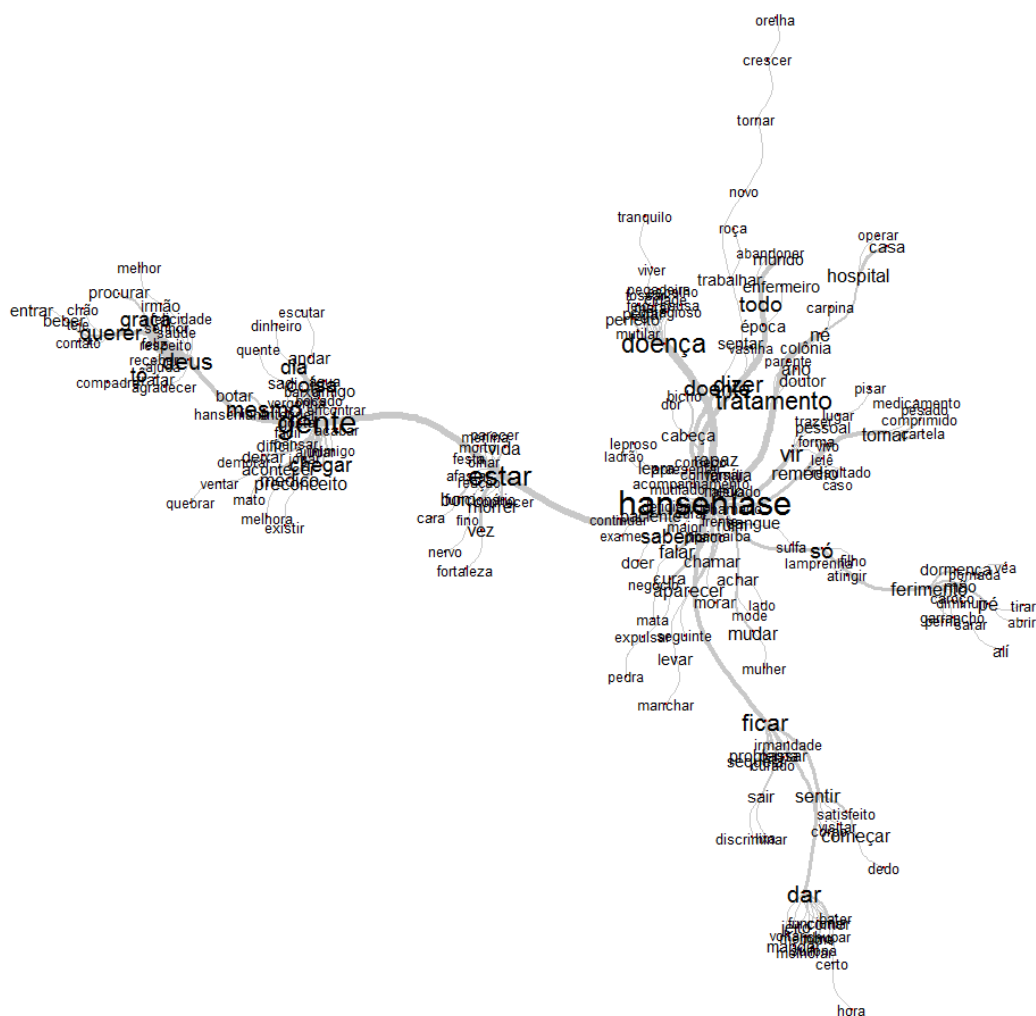


Figura 5: Análise de similitude para o *corpus* hanseníase

Pode-se observar a posição central ocupada pelo verbete “hanseníase”. Dele se ramificam outras palavras que apresentam expressão significativa e formam as principais comunidades, quais sejam, “doença”, “tratamento”, “ficar”, “dar”, “estar”, “gente”, e “Deus”.

Tendo por base estas associações, pode-se inferir que, de um modo geral, os discursos associam a hanseníase a uma doença contagiosa que pode levar ao abandono e à morte, bem como pode gerar discriminação. O tratamento encontra-se atrelado ao HCC e, apesar das dificuldades enfrentadas, os participantes destacam que o fato de ainda estarem vivos é uma graça divina.

Pergunta 2 - Como o(a) senhor(a) entende o envelhecimento?

O *corpus* geral foi constituído por 16 textos, separados em 98 ST, com aproveitamento de 79 ST (80,1%), satisfazendo o critério mínimo apontado pela literatura, a saber, 75% de aproveitamento do *corpus* (Camargo & Justo, 2016). Emergiram 3.323 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 708 palavras distintas e 376 hapax (palavras com uma única ocorrência). Foram formadas 5 Classes de aproximação semântica, porém, em razão do número de entrevistados, não foi possível estabelecer um perfil de pessoas em cada classe. Primeiramente, o *corpus* foi dividido em dois *subcorpus*, separando a Classe 1 do restante do material. Em seguida, o *subcorpus* maior foi dividido, originando a Classe 2. Posteriormente, a partição deu origem à Classe 5. Por fim, a divisão gerou as Classes 4 e 3. A partição do *corpus* em cinco classes pode ser observada na Figura 6.

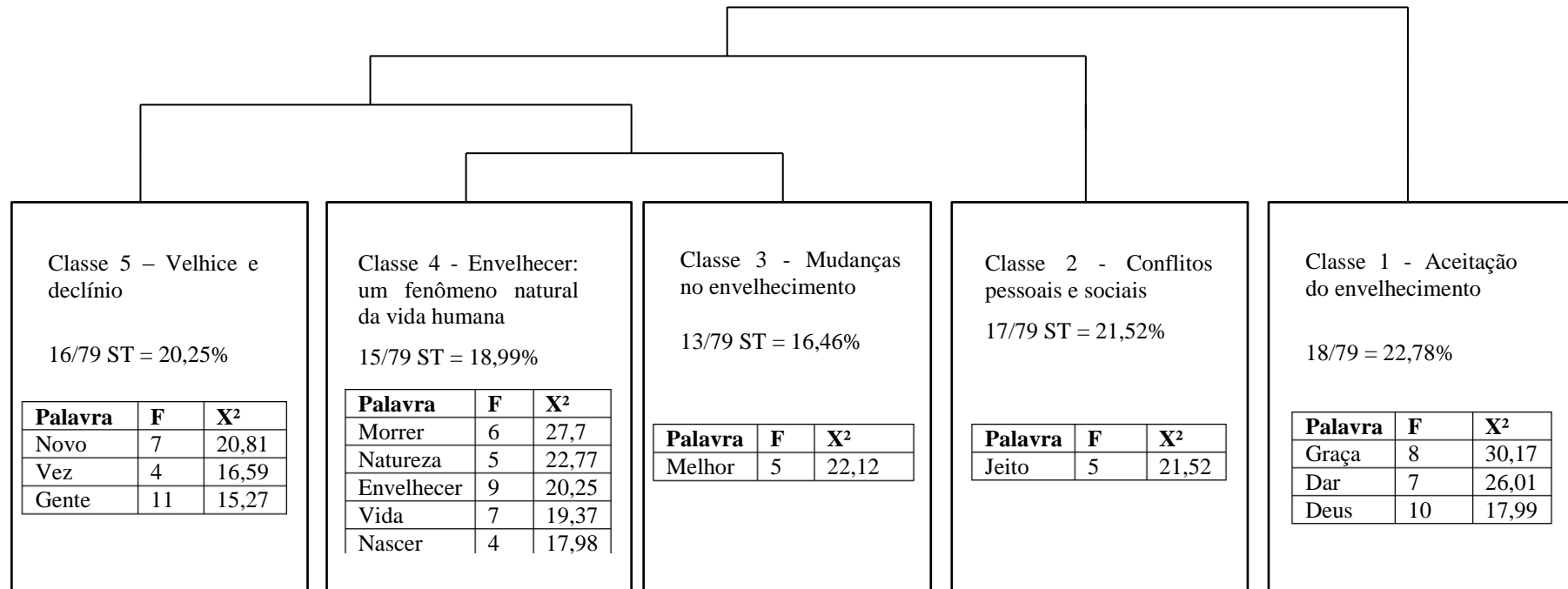


Figura 6. Dendograma de classes com verbetes mais significativos para o *corpus* envelhecimento

A Classe 5 é composta por 16 ST (20,25% do total do *corpus* analisado. Evidencia palavras e radicais no intervalo entre $x^2= 15,27$ (Gente) e $x^2= 20,81$ (Novo). Denominada Velhice e declínio, nesta classe, o envelhecimento é associado à velhice enquanto uma fase menos ativa que a juventude, pois é marcada por perdas funcionais que levam à dependência. Os ST mais representativos desta classe, com base na média dos X^2 das formas ativas em cada ST são:

“Vai **chegando** um momento que a **gente** vai ficando mais quieto. A **gente** vai parando mais de fazer o que fazia quando era mais **novo**”; “quando **chega** o tempo da **idade**, já fica já tendo que ser cuidado pelos outros, né?”; “agora que vai **chegando** pra **idade**, a **gente** vai parando mais. A gente vai ficando mais cansadim, vai ficando mais quieto, vai ficando mais reservado pra um canto, e vai **diminuindo certas** coisa que a **gente** faz”.

A Classe 4, Envelhecer: um fenômeno natural da vida humana, representa 15 ST (18,99%) do *corpus* total. Compõe-se por palavras e radicais no intervalo entre $x^2= 17,98$ (Nascer) e $x^2= 27,7$ (Morrer). O conteúdo desta classe remete à compreensão do envelhecimento como algo natural e, por isso, esperado para o curso de vida. Neste sentido, evidencia que o envelhecimento resulta da passagem dos anos, tendo seu ápice objetivado na condição do ser velho. Os ST mais representativos desta classe, com base na média dos X^2 das formas ativas em cada ST são:

“O envelhecimento eu entendo como uma coisa de Deus. É a natureza”; “feliz daquele que **envelhece** e **morre**, pois é a **natureza**”; “eu acho que **envelhecer** seja uma **felicidade** porque **vive** muito”; “aquele que tiver a **felicidade** de **viver** muito, tem que ficar velho. Aí, como diz: é **nascer**, **viver**, crescer, **viver** e **morrer**”.

A Classe 3, denominada Mudanças no envelhecimento, compreende 13 ST (16,46%) do *corpus* total, sendo a menor classe da CHD. A palavra mais significativa desta classe é “Melhor” ($x^2= 22,12$). Marcada por uma dimensão valorativa, predomina, nesta classe, a ideia

de que o envelhecimento encerra mudanças negativas que levam a hábitos de vida fundamentados no repouso e no autocuidado. Os ST mais representativos desta classe, com base na média dos X^2 das formas ativas em cada ST são:

“Se você era acostumado ter uma atividade, não vai ter mais. Então **muda** radicalmente, e não é pra **melhor** não”; “então ficando mais quieto a **gente** sabe que é o **melhor**. Ficando quieto, deixar de fazer certas **coisa** que fazia, procurar só se cuidar”; “então a **gente** vai ficando mais quieto. Mais quieto é **melhor** de que a **gente** ficar fazendo muitas **coisa** por aí que, de repente, não é bom pra **gente**”.

A Classe 2, Conflitos pessoais e sociais, é constituída por 17 ST (21,52% do total). A palavra mais significativa desta classe é “Jeito” ($x^2= 19,47$). O conteúdo desta classe evidencia concepções que associam a velhice ao abandono pela família e pelo poder público, fato que gera preocupação e tristeza. Os ST mais representativos desta classe, com base na média dos X^2 das formas ativas em cada ST são:

“É abandono pelos **filhos**, é abandono pelo setor público. Então envelhecer é como se fosse uma lepra, eu vejo desse **jeito**”; “aí eu penso: é, se Deus permitir de eu **ficar velho, né?** Passar mais uns anos, aí agradeço muito, mas eu **fico** pensando assim: eu nunca tive **filho** nem mulher e a pessoa **ficar velho** aqui”; “eu **fico** prestando atenção a muitos aqui, se sente triste, **acha** que já **tá ficando velho**”.

A Classe 1, intitulada Aceitação do envelhecimento, compreende 22,78% (f= 18 ST) e é a maior classe da CHD. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2= 17,99$ (Deus) e $x^2= 30,17$ (Graça). As palavras que melhor se relacionam a esta classe demonstram aceitação do processo de envelhecimento, o que se traduz no sentimento de gratidão a Deus pela possibilidade de envelhecer com saúde.

“**Deus** me **dá** essa coragem para mim viver até o fim da minha vida. Até que eu possa viver mais **anos**, essa felicidade que eu tenho aqui dentro do hospital”; “eu me **sinto** bem. **Graças** a **Deus**, não preciso **tomar** medicamento, né? Quase não **sinto** dor, só as dormença.

Ando bem, não **sinto** nada”; “a gente tem que se conformar, aceitar as coisas como elas são. **Graças a Deus**, eu aceito qualquer coisa que venha eu aceito, com carinho”.

Na Nuvem de Palavra (Figura 7), também oriunda do *corpus* da pergunta 2, observam-se as palavras “gente”, “ficar”, “velho”, “né”, “coisa”, e “envelhecer”, em destaque, indicando que estes são os termos que aparecem com maior frequência no *corpus* estudado.



Figura 7: Nuvem de palavras para o *corpus* envelhecimento

Nesta análise, o envelhecimento foi associado ao “ficar velho”, ou seja, predominou uma concepção que representa o envelhecimento como sendo a última fase do ciclo vital, a saber, a velhice. Além disso, também se ressaltou que esta condição (ficar velho) está ocorrendo com todos os moradores do HCC (a gente).

De forma bastante semelhante, também na Análise de Similitude (Figura 8), é possível identificar a posição central ocupada pelo verbete “gente”. Dele se ramificam os elementos organizadores que formam as principais comunidades: “coisa”, “só”, “envelhecer”, “né”, “ficar”, “tô” e “velho”.

a saber, 75% de aproveitamento do *corpus* (Camargo & Justo, 2016). Emergiram 5.902 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 993 palavras distintas e 504 hapax (palavras com uma única ocorrência). Foram formadas 6 Classes de aproximação semântica, porém, em razão do número de entrevistados, não foi possível estabelecer um perfil de pessoas em cada classe. A primeira partição deu origem a dois *subcorpus*, separando as Classes 2 e 1 das demais. Na segunda divisão o *subcorpus* maior foi fragmentado gerando, por um lado, as Classes 6 e 5 e, por outro, as Classes 4 e 3. A partição do *corpus* em seis classes pode ser observada na Figura 9.

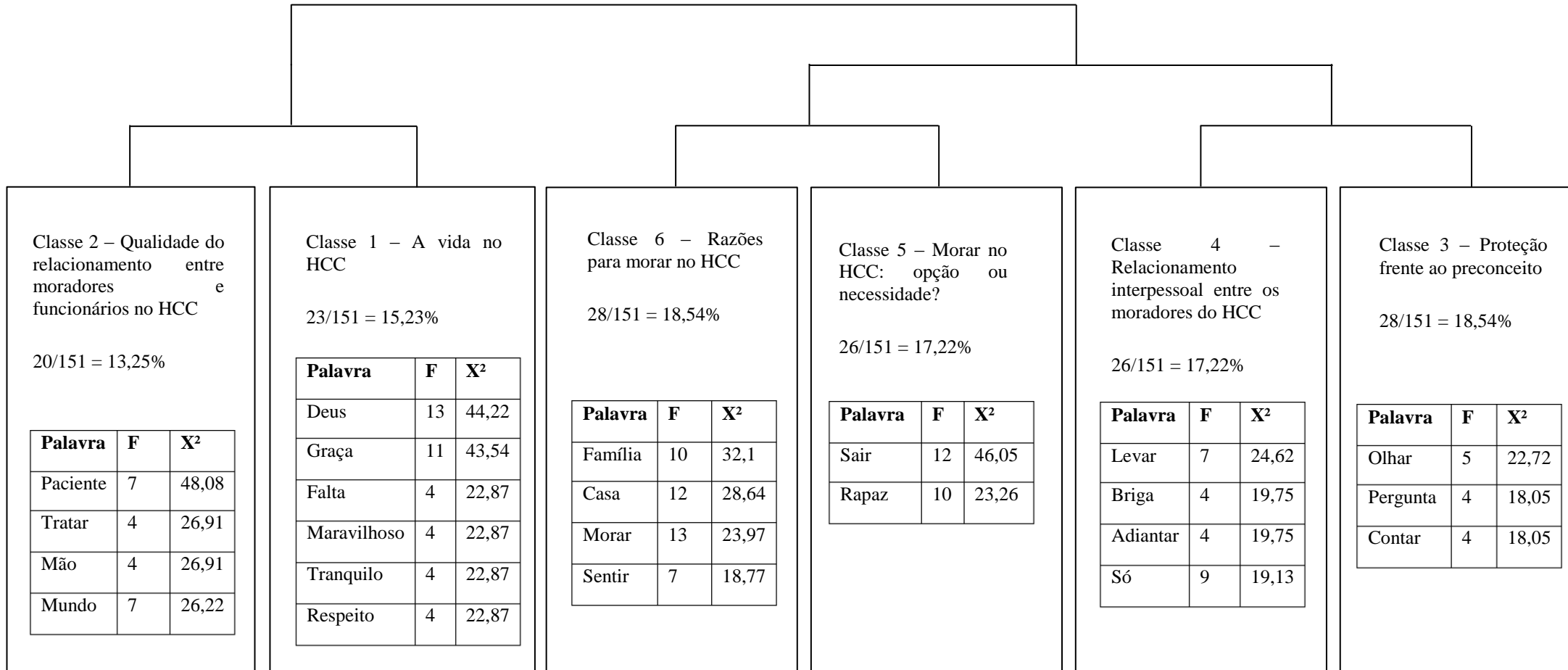


Figura 9 Dendograma de classes com verbetes mais significativos para o *corpus* HCC

A Classe 2, Qualidade do relacionamento entre moradores e funcionários no HCC, é constituída por 20 ST (13,25% do total). É composta por palavras e radicais no intervalo entre $x^2= 26,22$ (Mundo) e $x^2= 48,08$ e (Paciente). Nesta classe, predomina a concepção de que no HCC as relações interpessoais entre os moradores e os funcionários são baseadas no respeito e na consideração mútuos. Os ST mais representativos desta classe, com base na média dos X^2 das formas ativas em cada ST são:

“O relacionamento com os **funcionário** da Colônia, tudo pra mim **corre** tudo bem. Eles são umas boa pessoa, né? Recebe os **paciente** bem, **trata** bem todo **mundo**, e a gente **trata** eles também... Consideração e respeito e eles respeita a gente”; “num pode **tomar** satisfação com os **paciente** e nem discutir e nem brigar, que eles tão aí é pra isso. Têm que levar os **paciente**, **tratar** com delicadeza como a gente **trata** eles, é isso”; “tudo **corre** bem aqui, não tenho que dizer nada dos **funcionário**”.

A Classe 1, A vida no HCC, compreende 15,23% (f= 23 ST). É composta por palavras e radicais no intervalo entre $x^2= 22,87$ (Respeito) e $x^2= 44,22$ (Deus). As palavras que melhor se relacionam a esta classe descrevem o HCC como um lugar maravilhoso, que supre todas as necessidades de seus moradores e que desperta um sentimento de gratidão a Deus. Os ST mais representativos desta classe, com base na média dos X^2 das formas ativas em cada ST foram:

“Minha **vida** é **maravilhosa**, minha **vida** é **tranquila**, um mar de rosas. A **Colônia** aqui é muito **boa**”; “aqui a **vida** se torna **maravilhosa**, **graças** a **Deus**, com todos os meus irmãos, todos os funcionários bem aqui. O **hospital** funciona **maravilhoso**”; “não tenho o que me queixar. É agradecer a **Deus** que tem tudo para mim, que não **falta** nada, **graças** a **Deus**”; “aqui eu já tô acostumado, com 23 **ano** que eu tô aqui. **Graças** a **Deus**, tenho meus irmão de **sofrimento**”.

A Classe 6, Razões para morar no HCC, representa 18,54% (f= 28 ST) do *corpus* total. Constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2= 18,77$ (Sentir) e $x^2= 32,1$ (Motivo).

O conteúdo desta classe evidencia que as principais razões para a permanência no HCC, mesmo após o diagnóstico de cura da hanseníase, são: não ter casa, não ser casado e não poder morar sozinho. Vale ressaltar que, embora alguns mencionem possuir família, morar com os familiares parece não ser uma opção possível. Os ST mais representativos desta classe, com base na média dos X^2 das formas ativas em cada ST são:

“O **motivo** de eu **morar** aqui é porque é o **seguinte**, eu me **sinto** bem, não tenho **casa**, não sou casado, mas só que minha **família** toda me considera bastante, graças a Deus”; “eu não posso **morar sozinho**, e também eu não quero me envolver mais com uma pessoa pra ter dor de cabeça, quero viver a tranquilidade, **livre**”; “eu já pensei de sair daqui pra querer **morar** só, mas o **motivo** de eu **estar** aqui eu acho que foi o, preconceito, preconceito de **família**. Pra mim ir **morar sozinho**, eu num vou”.

A Classe 5, Morar no HCC: opção ou necessidade?, compreende 17,22% (f= 26 ST) do *corpus* total analisado. Esta classe é constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 23,26$ (Rapaz) e $x^2 = 46,05$ (Sair). Predomina, nesta classe, um antagonismo entre as representações, pois para uns, morar no HCC é uma opção pessoal, para outros, deve-se à inexistência de outro lugar para morar. Os ST mais representativos desta classe, com base na média dos X^2 das formas ativas em cada ST são:

“Porque a gente aqui não tem mais outro **lugar** pra ir não, **rapaz**. Se eu pudesse **sair** daqui pra mim morar noutro **lugar**, eu já tinha **saído**, mas não posso. Tenho que **ficar** aqui”; “**rapaz**, eu sinto, mas meu desejo é **ficar** aqui atéee. Só **sair** se fechar ou então morrer”; “**Sai** quem **quer**, não é obrigado **sair**”.

A Classe 4 é composta por 26 ST (17,22% do total). Esta classe é constituída por palavras e radicais no intervalo entre $x^2 = 19,13$ (Só) e $x^2 = 24,62$ (Levar). Intitulada Relacionamento interpessoal entre os moradores do HCC, observa-se que os discursos desta classe apontam as brigas e o hábito de falar mal dos outros como as principais ameaças para a

boa convivência. Os ST mais representativos desta classe, com base na média dos X^2 das formas ativas em cada ST são:

“Não **adianta** fazer a desunião, **briga**, porque **briga** não vai pra frente, **só** bota pra trás”; “tudo corre bem, e a pessoa **levando** tudo na confusão, é só desavença, **briga** e tristeza, **né?**”; “eu não ando **falando** da vida de A. Eu cuido **só** de mim mesmo, cuido da minha vida e deixo que os outros **vivam**. Não vou **atrapalhar**. Se eu puder ajudar, eu ajudo”; “não tenho nenhum intrigado, **só** algumas **coisinha** que justamente a **gente** vê que não tá certo, a **gente fala**”.

A Classe 3, Proteção frente ao preconceito, é constituída por 28 ST (18,54% do total). Esta classe é composta por palavras e radicais no intervalo entre $x^2= 18,05$ (Contar) e $x^2= 22,72$ (Olhar). Predomina, nesta classe, a concepção de que morar no HCC possibilita uma vida longe do preconceito, pois as relações sociais lá se estabelecem entre pessoas que também foram acometidas pela hanseníase. Os ST mais representativos desta classe, com base na média dos X^2 das formas ativas em cada ST são:

Eu me isolava, não queria **conversar** com ninguém, mas hoje, **acho** que viver aqui é uma **maravilha**. **Olha** essa natureza aqui! Esses cajueiros aí, mangueira já tá brotando, já tá dando manga”; “**olha**, de tudo que é **ruim**, aqui é o pedacinho do céu. Aqui você tá livre do preconceito porque todos são **doente**, então aqui ninguém pode falar um do outro”.

No que concerne à segunda análise, Nuvem de Palavras (Figura 10), observam-se as palavras “gente”, “estar”, “né”, “bom”, “casa”, “ficar”, “morar”, “dar”, e “vir” em destaque, indicando que estes são os termos que aparecem com maior frequência no *corpus* estudado.

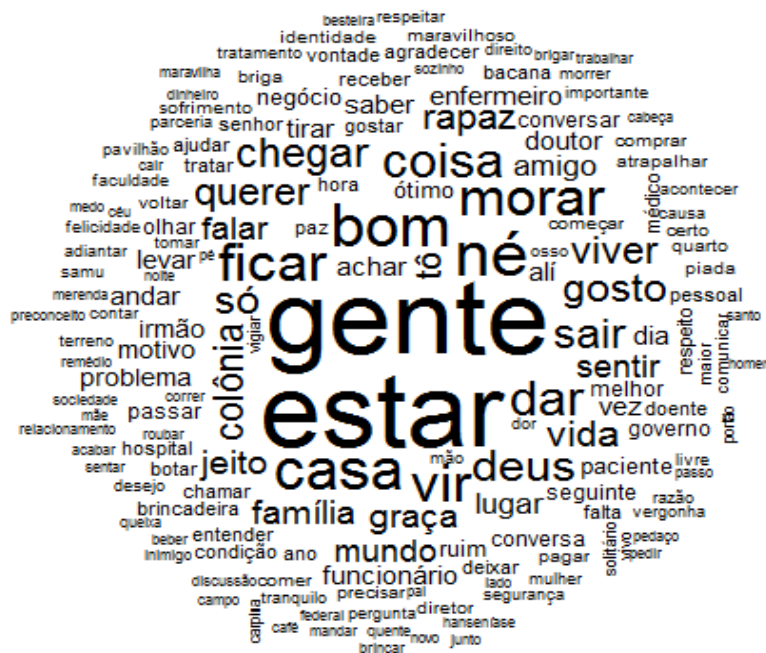


Figura 10: Nuvem de palavras para o *corpus* HCC

Mais uma vez o senso de comunidade aparece nas evocações dos participantes desta pesquisa. Ademais, percebe-se que o HCC representa não mais somente uma instituição asilar, mas o próprio lar das pessoas que lá vivem, por isso, evocam, sobretudo, aspectos positivos.

Por sua vez, na Análise de Similitude (Figura 11), pode-se observar a posição central ocupada pela palavra “gente”. Dela se ramificam outras palavras que apresentam expressão significativa e formam as principais comunidades, quais sejam, “estar”, “bom”, “Deus”, “né” e “morar”.



Figura 11: Análise de similitude para o *corpus* HCC

Corroborando os dados da CHD e da Nuvem de Palavras, na Análise de Similitude também sobressaem aspectos qualitativamente positivos na RS do HCC. Ainda ressalta-se que os participantes desta pesquisa permanecem morando no HCC porque não teriam com quem morar, caso saíssem da instituição. Por tudo isso, evidenciam gratidão a Deus e ao governo pela possibilidade de viver na colônia.

Discussão

A partir da consideração dos dados obtidos nesta pesquisa, é possível identificar as RS da hanseníase, do envelhecimento e do HCC entre pessoas que tiveram suas vidas marcadas

pela institucionalização decorrente do adoecimento por hanseníase. Assim, a seguir serão discutidos os conteúdos de cada representação.

Representações sociais da hanseníase

Uma das principais causas do preconceito enfrentado pelos hansenianos diz respeito ao medo do contágio (Zamparoni, 2017). Sem dúvida, a falta de conhecimento em torno da hanseníase contribuiu para que as pessoas infectadas com esta patologia fossem consideradas uma ameaça para a sociedade dos sadios, e deste modo, foram segregadas e isoladas do convívio social (Souza & Sena, 2014).

Neste contexto, é que surgem os chamados hospitais-colônia ou leprosários, instituições onde o hanseniano era internado, quase sempre, contra sua própria vontade e por meio de força policial (Fonseca, 2013). Este medo em relação ao contágio da hanseníase tem como base os vários mitos construídos sobre esta doença ao longo da história da humanidade e que, ainda nos dias atuais, contribuem para que a sociedade adote atitudes discriminatórias contra o hanseniano e sua família (Córdova & Garcia, 2012; Sales et al., 2013).

Assim, percebe-se que a inexistência de respostas efetivas com vistas ao entendimento do contágio da hanseníase, faz com que as pessoas continuem elaborando mecanismos cognitivos e afetivos para compreender e proteger-se desta patologia, de modo a afastarem-se simbolicamente do seu contágio (Palmeira et al., 2012).

Desta discussão, infere-se que o preconceito e o medo do contágio em relação à hanseníase têm sua ancoragem na RS da lepra, representação que tem sofrido pouca alteração ao longo do tempo (Silveira & Silva, 2006). Isto leva à conjectura de que esta é uma RS hegemônica, pois se apresenta de maneira homogênea, inquestionável e coercitiva, já que alicerçada em valores básicos e indiscutíveis.

Neste cenário, ainda que a hanseníase imponha graves repercussões físicas (Queiroz et al., 2015). Destaca-se que o maior desafio a ser enfrentado pelas pessoas com hanseníase se

encontra na esfera psicossocial materializada pela constante ameaça do preconceito, sofrimento e abandono (Araújo, Brito, Santana, Soares, & Soares, 2016; Monte & Pereira, 2015).

Vale mencionar que os impactos psicossociais causados pela doença podem ocasionar a perda ou fragilização das relações comunitárias, familiares e de trabalho (Muniz et al., 2016). Muito provavelmente, é por conta disso que os moradores do HCC desenvolveram um significativo senso de comunidade entre si, o que se verifica pela predominância das narrativas com utilização do “a gente”, em lugar do “eu”.

Ainda no âmbito das consequências psicossociais, estas também podem gerar medo, ansiedade, solidão e depressão, estados que influenciam na qualidade de vida, no autocuidado, na evolução da doença e de incapacidades físicas, no cuidado de si e, não raramente, no próprio sistema imunológico (Santos et al., 2015). Este contexto se agrava quando as alterações corporais da pessoa com hanseníase tornam-se visíveis ao olhar do outro, uma vez que isto acentua a discriminação no meio social, ampliando a possibilidade de que estes indivíduos elaborem RS negativas acerca de si mesmos (Palmeira, Queiroz e Ferreira, 2013).

Tendo em vista a função identitária das RS (Abric, 1998), constata-se que uma RS negativa acerca do próprio eu impacta diretamente na construção da identidade do grupo ao qual se pertence. No caso dos hansenianos, estabelece-se uma cisão entre os considerados saudáveis e os considerados doentes.

Um acontecimento bastante importante para a compreensão das RS da hanseníase no Brasil foi a alteração, na década de 1970, do nome lepra para o neologismo hanseníase (Oliveira et al., 2003). A introdução do termo “hanseníase” trouxe uma ajuda inesperada para ocultar a doença. Assim, menos do que uma denominação nova para a velha doença, a palavra foi entendida como significando uma doença nova, uma forma mais branda e menos estigmatizada da doença até então conhecida como lepra (Barreto et al., 2013).

Deste modo, a mudança semântica propicia a coexistência de elementos ancorados no senso comum e que remetem à memória social da lepra, como também de conteúdos ancorados no saber científico e que se associam à hanseníase. Com efeito, a lepra tem sido apontada como uma doença dos “antigos”, caracterizada por feridas que não cicatrizam e que levam a mutilações das extremidades do corpo (Lins, 2010). Ainda para esta autora, a ideia de que o termo hanseníase indica uma nova doença ancora-se na lógica atual da biomedicina, fato que traz novo entendimento sobre as causas do adoecimento, as normas para o diagnóstico e a possibilidade de cura.

Este antagonismo no campo representacional pode ser compreendido como uma tentativa de modernizar o senso comum a partir das novas informações veiculadas pela ciência e pelas campanhas publicitárias (ainda que em menor número). No entanto, certamente este processo não se efetivará em um curto período de tempo.

Tal como no estudo de Barreto et al. (2013), grande parte dos participantes da presente pesquisa também tem da sua doença uma história de resistência, marcada por conflitos e até por certa ambivalência, ao sofrimento, ao desespero e ao tratamento, às vezes brutal, de que foram vítimas e que se prolongou por vários anos de internação. De fato, no passado, o tratamento circunscreveu a hanseníase na espacialidade da colônia, já que era muito mais uma questão social que de saúde (Simpson et al., 2013).

Nesta perspectiva, é válido mencionar que, embora mudanças significativas no tratamento da hanseníase tenham se iniciado na década de 1960 (Castro & Watanabe, 2009). Foi apenas na década de 1980 que houve uma reviravolta na política de combate à lepra, com a desativação das colônias de hansenianos e consequente campanha de reintegração dos doentes às suas famílias, aliado ao tratamento ambulatorial da doença (Palmeira et al., 2012).

Em consonância a estas transformações, a RS dos entrevistados sobre o tratamento evidencia, de um lado, elementos negativos e que se associam ao tratamento da lepra

vinculado à internação compulsória. Por outro, apresenta aspectos positivos, pois se enfatiza que com o surgimento de remédios eficazes para tratar a hanseníase de forma ambulatorial, a necessidade do isolamento via internação deixou de ser uma prescrição válida.

Desta maneira, percebe-se que a valorização do novo modelo terapêutico emerge da representação da hanseníase ancorada no saber biomédico, a qual concebe o tratamento como um meio capaz de restabelecer a saúde, eliminar a doença e diminuir a possibilidade de sequelas decorrentes do diagnóstico e tratamento tardios (Palmeira et al., 2013).

Já numa perspectiva ligeiramente oposta, as manifestações corporais da hanseníase evidenciam sua ancoragem ora no discurso científico ora no significante da lepra. A partir do viés médico, a hanseníase é uma doença que conta com tratamento e cura. Sob um enfoque cultural, esta patologia remete a símbolos negativamente carregados em praticamente todas as sociedades humanas (Souza & Sena, 2014).

A literatura científica aponta que a hanseníase pode envolver ulcerações nas pernas e nos pés; caroços (nódulos) no corpo, às vezes, avermelhados e dolorosos; febre, inchaço e dor nas juntas; entupimento, sangramento, ferida e ressecamento do nariz; ressecamento nos olhos (Ministério da Saúde, 2017).

Por outro lado, a menção a ferimentos crônicos, bem como perdas de partes do corpo mostra uma representação que se ancora na memória da lepra e se objetiva em imagens repulsivas e assustadoras (Palmeira et al., 2013). Mas não apenas isso, estes discursos também indicam que o diagnóstico da hanseníase foi realizado tardiamente, situação ainda corriqueira nos dias atuais e que é responsável pelas sequelas e incapacidades deixadas pela doença (Santos et al., 2015).

Este quadro evidencia a necessidade de se intensificar o processo de socialização das informações científicas acerca da hanseníase, principalmente por meio de campanhas nos meios de comunicação de massa, bem como pelo desenvolvimento de ações de educação em

saúde. Deste modo, será possível atualizar os conhecimentos sobre a doença através da construção de novas RS, o que orientará novas práticas quanto à prevenção, diagnóstico e tratamento.

Representações sociais do envelhecimento

De maneira geral, observa-se, nas entrevistas, uma concepção restrita sobre o envelhecimento, uma vez que este processo não se reduz à fase da velhice (Farina, Lopes & Argimon, 2016). Entretanto, cabe mencionar que esta indiferenciação é bastante recorrente nas pesquisas de RS da velhice, do idoso e do envelhecimento, pois o conhecimento do senso comum não diferencia estes objetos, ancorando-os e objetivando-os, de maneira similar ou até mesmo igual (Biasus, Demantova, & Camargo, 2011).

Além disso, também depreende-se uma visão estereotipada e negativa acerca da velhice, pois o acentuado declínio físico e mental associados a esta fase do desenvolvimento não passam de mitos, o que pode ser comprovado pelo fato de várias pessoas idosas manterem-se ativas e saudáveis (Falcão & Carvalho, 2009; Vieira, Coutinho, & Saraiva, 2016).

Nesta perspectiva, é relevante reportar que um estudo realizado com idosos de diferentes regiões do Brasil demonstrou que apenas 9,7% eram considerados frágeis (Neri, 2013). Vale mencionar que a fragilidade é uma síndrome clínica geriátrica que envolve declínio das reservas energéticas, desregulação neuroendócrina e rebaixamento imunológico e que, por isso, predispõe a doenças que podem levar à incapacidade, ao aumento de hospitalizações ou, até mesmo, à morte (Neri, 2013).

Outra pesquisa que também corrobora este panorama (Kuchemann, 2012), esclareceu que, no Brasil, apenas cerca de 10% das pessoas acima de 65 anos necessitam de ajuda para realizar as AVDs. Aquelas são atividades referentes aos comportamentos de tomar banho, vestir-se, alimentar-se e locomover-se (Barros & Falcão, 2014).

Com base nestes dados, e tendo em conta que metade dos entrevistados relata a percepção de saúde como ruim ou péssima (Tabela 6), sugere-se que, tal como no estudo de Santos et al. (2013), a representação da velhice apresentada pelos entrevistados associa-se a conteúdos relativos a perdas ou limitações porque estes fazem parte de suas vivências. Isto denota que a ancoragem tem como fundamento as identidades sociais, culturais e experiências vividas no dia a dia (Jodelet, 2001).

Assim como representado pelos participantes deste estudo, uma pesquisa recente também constatou que o envelhecimento era significado como algo natural e que, apesar das dificuldades enfrentadas, não devia ser evitado, mas aceito e valorizado como qualquer outra etapa do ciclo vital, principalmente por associar-se ao avanço da idade (Castro, Antunes, Brito, & Camargo, 2016).

Neste sentido, e tendo em vista que o envelhecimento é um processo individual, particular, socialmente localizado e historicamente datado (Fernandes & Andrade, 2016), nota-se que a ancoragem do envelhecimento numa concepção quantitativa de anos vividos reflete a trajetória de vida dos entrevistados enquanto ex-hansenianos. Vale lembrar que grande parte dos respondentes foi diagnosticada com hanseníase num período no qual o tratamento ainda era monoterapêutico e, por isso, menos efetivo.

Antes da introdução do tratamento poliquimioterapêutico na década de 1980 (Cruz, 2016), os hansenianos eram submetidos à terapia sulfônica, tratamento prolongado, com muitos efeitos colaterais, frequente resistência medicamentosa do bacilo de Hansen, o que, muitas vezes, impossibilitava a cura da doença (Batista, 2014). Neste panorama, denota-se que, para os entrevistados, envelhecer e morrer velho significa a superação das dificuldades de uma vida marcada por uma doença que não acarretava apenas consequências psicossociais, mas que, até bem pouco tempo, poderia levar à morte, fato que torna a vivência dos anos uma fonte de felicidade.

Por outro lado, é importante destacar que envelhecer não envolve apenas o critério quantitativo de acúmulo de anos vividos, mas também comporta dimensões como: qualidade de vida, bem-estar subjetivo e social, participação comunitária, reconhecimento e respeito, fatores que contribuem para uma velhice saudável e ativa (Neri, 2008; Papalia & Feldman, 2013; Vieira et al., 2016).

Nos discursos dos participantes, também foi possível perceber que o envelhecimento é representado como sendo marcado por intensas mudanças que, por sua vez, relacionam-se à interrupção das atividades realizadas quando mais jovem e, ao aumento do cuidado consigo mesmo. Resultados semelhantes foram encontrados numa pesquisa sobre as RS do envelhecimento para idosos, pois os entrevistados relataram a importância da prevenção da saúde por meio da adoção de um novo estilo de vida, de forma que o repouso surgiu como um fator protetivo à saúde e os vícios (alcoolismo e tabagismo) como fatores agravantes à saúde (Sousa, Belucci, Gório & Soler, 2008).

Outro estudo também embasado na TRS (Silva & Menandro, 2014) constatou que na representação elaborada por pessoas mais velhas sobre o cuidado em saúde, o repouso remete à responsabilidade que cada um deve ter com a própria saúde, pois é ancorado na concepção de que pode evitar a fadiga e até mesmo o surgimento de patologias acarretadas pelo envelhecimento.

De fato, envelhecer, mesmo de forma saudável (senescência), significa mudar a capacidade de fazer frente a uma sobrecarga funcional ou a um desafio (Sousa et al., 2008). Por outro lado, é preciso ressaltar que velhice não significa apenas perdas, haja vista que esta etapa é influenciada por diversos fatores que interagem nas dimensões individuais, intersubjetivas, coletivas e normativas, o que evidencia a complexidade da abordagem desta temática (Silva, Silveira & Freitas, 2017).

Assim, embora os discursos apontem o que o idoso deve ou não fazer, deste modo, elegendo a pessoa que envelhece como a grande responsável por sua situação na velhice. É preciso ressaltar que as limitações físicas, muitas vezes se tornam um fator de exclusão não somente por questões individuais, mas por uma infraestrutura insuficiente para circulação nos espaços públicos e por desrespeito aos direitos dos idosos (Santos et al., 2013).

Face a isto, nota-se que o envelhecimento é um processo cumulativo e individual que deve ser focado a partir de sua relação com o meio ambiente no qual o indivíduo envelhece, pois o estilo de vida, os recursos de enfrentamento e a assistência adequada durante o processo de envelhecimento são essenciais para que a senescência se sobreponha à senilidade (Sousa et al., 2008).

No que tange à associação da RS do envelhecimento a aspectos conflituais, evidencia-se uma concepção de velhice ancorada em conteúdos que se relacionam à vulnerabilidade subjetiva e social. Deste modo, indignação, preocupação e tristeza são sentimentos que dão uma tonalidade afetiva e pessoal a esta dimensão da RS. Para Arruda (2014), não se representa socialmente aquilo que é indiferente, aquilo que não provoca o desejo de comunicação, de compreender. Logo, afetos são ingredientes incontornáveis da dinâmica inerente às RS.

Em pesquisas anteriores que também tiveram como foco as RS do envelhecimento, observa-se que o significante abandono se associou a conteúdos distintos, porém complementares. Em um dos estudos, vinculou-se a uma perspectiva de denúncia dos maus-tratos praticados pela sociedade contra os idosos (Sousa et al., 2008). Em outra investigação percebeu-se que esta postura crítica, na verdade, encontra-se imersa num modo de sentir e reagir passivamente a uma situação de isolamento (Santos et al., 2013).

Levando em consideração a vida pregressa dos participantes desta pesquisa enquanto pessoas que foram atingidas pela hanseníase, é pertinente salientar que o abandono era uma

experiência vivenciada por muitos hansenianos, pois a internação nos hospitais-colônia, quase sempre, significava a extinção dos vínculos sociais e familiares (Barreto et al., 2013).

Nesta perspectiva, o significativo abandono evidencia que a ancoragem da RS do envelhecimento para este grupo se associa diretamente a uma trajetória de vida perpassada pelo adoecimento por hanseníase, de modo que nos anos de mocidade a doença foi a causa do abandono, já na atualidade, o abandono ocorre por conta da velhice.

Neste âmbito, cabe mencionar que o apoio familiar é um elemento que ajuda a pessoa idosa a enfrentar os conflitos que surgem na fase da velhice (Fernandes & Andrade, 2016). Assim, envelhecer no próprio lar e na própria comunidade é um anseio dos mais velhos, e constitui um dos fatores do envelhecimento ativo. Isto porque o lar não se caracteriza somente por um ambiente físico, mas, principalmente, pelas pessoas que ali coabitam, pelos sentimentos entre os moradores e pelas recordações dos momentos vividos naquele lugar (Prado & Perracini, 2007).

Congruente a esta discussão, percebe-se que os participantes desta pesquisa, por estarem institucionalizados e, conseqüentemente, afastados de suas comunidades e familiares, enfrentam mais desafios psicossociais para a vivência de um envelhecimento saudável e, por isso, tendem a evocar mais elementos conflituosos em suas RS sobre a velhice.

Com relação aos conflitos sociais, destaca-se que tal como nesta pesquisa, também apareceram de forma significativa num estudo recente, no qual os participantes idosos referiram as principais tensões no âmbito social. Entre as queixas, surgiram: a inadequação dos sistemas de saúde, a depreciação do aspecto estético da velhice, a possibilidade da finitude, a inexistência de conexão com os jovens e a dificuldade de acessar as ferramentas tecnológicas atuais (Fernandes & Andrade, 2016).

Estes achados são pertinentes porque, com efeito, envelhecer de maneira saudável requer não apenas manutenção da saúde física, mas também reconhecimento, respeito e

estímulo. Isto, tendo em vista que o idoso precisa se sentir participante de sua comunidade, disponibilizar sua experiência adquirida e ser aceito como pessoa, com necessidades e potencialidades, livre de discriminação (Sousa et al., 2008).

Contudo, tão importante quanto ser aceito é aceitar o próprio envelhecimento. Para tanto, entre os respondentes desta pesquisa, dois aspectos que surgiram com bastante intensidade, foram: a espiritualidade – entendida como a crença numa força superior que, em suas falas, objetiva-se na imagem de Deus - e, ainda, a percepção de se estar com boa saúde.

O surgimento da dimensão espiritual se coaduna com o achado de uma pesquisa onde se comparou as RS de idosos de alto nível socioeconômico e escolaridade com as RS de idosos em situação oposta (Fernandes & Andrade, 2016). Os referidos autores averiguaram que os idosos com baixa escolaridade e nível econômico, à semelhança dos entrevistados deste estudo (Tabela 6), tendem a buscar na fé elementos de consolo, proteção e esperança, pois a crença é a principal estratégia para lidar com os conflitos desta fase da vida.

Deste modo, a espiritualidade se manifesta na velhice como um dos principais recursos de enfrentamento para situações adversas, constituindo-se de aspectos emocionais e motivacionais que possibilitam atribuir um sentido à existência (Gutz & Camargo, 2013; Vieira & Aquino, 2016). Assim, a religiosidade e a espiritualidade, por possuírem um sistema de significado para a vida, para o sofrimento e para a morte, podem contribuir para o bem-estar, além de reduzir os níveis de depressão, morbidade, angústia e mortalidade (Duarte, Lebrão, Tuono, & Laurenti, 2008).

Embora presente durante todo o curso do desenvolvimento, na velhice, a relação entre espiritualidade e enfrentamento de questões existenciais por meio da busca ou do aumento do sentido da vida se torna mais significativa. Isto por conta de uma maior consciência da finitude humana (Vieira & Aquino, 2016).

Ainda que para alguns entrevistados a aceitação do envelhecimento e da velhice tenha mais a ver com conformidade do que com satisfação pessoal, concorda-se que este posicionamento é um sinal de maturidade, sendo a sabedoria a qualidade que mais claramente exemplifica o significado de virtude atribuído à maturidade (Neri, 2008). Ao surgir na meia idade e na velhice, a sabedoria é o desfecho do conflito entre geratividade e estagnação e tem como principais tarefas evolutivas, a aceitação de si, da morte e o desenvolvimento da espiritualidade (Erikson & Erikson, 1998).

Tendo em conta que o contexto desempenha efeito significativo na ideia e na representação que se faz da velhice, do idoso e do envelhecimento, uma vez que varia de aspectos negativos associados à velhice a aspectos positivos e valorizados para o envelhecimento e a velhice saudável, destaca-se que o fato de metade dos participantes terem evidenciado uma percepção de saúde positiva pode ter contribuído para a aceitação do envelhecimento e da velhice (Biasus et al., 2011).

Finalmente, os resultados deste estudo apontam que, embora os moradores do HCC aceitem a chegada à velhice, ancoram esta RS na contínua redução da capacidade funcional e não veem esta fase de forma otimista (Fernandes & Andrade, 2016). Assim, as RS do envelhecimento envolvem aspectos relacionados ao declínio, à dependência e aos conflitos de ordem pessoal e social.

Representações sociais do Hospital-Colônia do Carpina

Conforme já reportado por outros estudos com moradores de antigos hospitais-colônia (Maciel, 2017; Rocha, Landim, Caprara, Lefèvre, & Lefèvre, 2011), também nesta investigação a vida no interior deste tipo de instituição foi representada de forma bastante positiva. Dentre as razões para este achado, foram elencadas a qualidade do relacionamento estabelecido entre os moradores e os funcionários, bem como a capacidade do HCC de suprir as necessidades de seus residentes.

O relacionamento amistoso entre funcionários e moradores dos hospitais-colônia pode ser compreendido como algo recente e uma possível consequência da abertura dos portões das colônias. Ilustrando este contexto, um estudo apontou que o isolamento nas colônias era marcado pelo preconceito e pela discriminação, materializados até mesmo em simples atividades do cotidiano como o não compartilhamento de utensílios domésticos, principalmente entre pacientes e funcionários (Palmeira et al., 2012).

Consoante a este achado, outro estudo revelou que a memória dos ex-internos de um hospital-colônia representava este espaço como marcado pelo controle, pela segregação e exclusão, com prevalência do saber científico e do poder institucional (Simpson et al., 2013). Assim, era principalmente a intervenção biomédica, com suas recomendações pró-isolamento, que fundamentava a repressão Estatal e atualizava a cisão entre doentes e “sadios”, mesmo no interior das colônias.

Ainda no âmbito do relacionamento morador-funcionário é possível perceber em algumas falas, a manifestação de uma consciência crítica em relação à função dos funcionários e ao modo como eles devem tratar os pacientes. Com efeito, desde o surgimento do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), em 1981, houve um maior empoderamento das pessoas com hanseníase ou que vivem com suas sequelas, o que favorece a autonomia e o exercício da cidadania (Mendonça, 2012; Santos et al., 2015).

Nesta acepção, salienta-se que o Morhan teve sua fundação decorrente da presença massiva e impositiva do Estado, na medida em que a aversão social causada pela então “lepra” foi legitimada e intensificada por longo período pela Política de Isolamento Compulsório do extinto Departamento de Profilaxia da Lepra, o DPL (Vieira, 2008).

Também é interessante notar que o fato de os moradores terem relatado a satisfação com a estrutura do HCC contrasta com o cenário vivenciado pela maioria dos 33 hospitais-

colônia remanescentes do período de isolamento compulsório (Morhan, 2004). De modo geral, estas instituições têm vivenciado diversos problemas, dentre os quais: desassistência a seus moradores, depredações de suas construções e a falta de equipamentos e medicamentos para aqueles que precisam de atenção à saúde (Vieira, 2008).

Outro dado significativo no campo representacional do HCC é a centralidade da função justificadora, a qual se materializa na tentativa de explicar a permanência na Colônia, tendo em vista que todos os moradores já estão curados da hanseníase. Neste âmbito, as concepções dos entrevistados ancoram-se por um lado, numa perspectiva de carência: não possuir casa, um cônjuge ou até mesmo saúde para poder morar sozinho. E, por outro lado, no bem-estar sentido em viver na colônia, resultado das relações estabelecidas com os demais moradores e da vivência longe do preconceito.

A falta de recursos e de uma rede sociofamiliar que possibilite ao ex-hanseniano construir uma vida longe da colônia é a realidade de grande parte dos remanescentes do isolamento compulsório. Esta situação se justifica, sobretudo, porque a pessoa com hanseníase, ao ser recolhida na colônia, era impedida de viver junto aos familiares e amigos, bem como não podia estudar ou trabalhar fora dos seus limites geográficos (Rocha et al., 2011).

A outra face deste modelo de cuidado restritivo e isolacionista se refere ao fato de que muitos dos ex-internos não desejam sair dos hospitais-colônia. Entre as principais razões subjetivas para a permanência nestas instituições, destaca-se a noção de pertencimento ao local de internação, a indisposição de desfazer os laços sociais construídos no isolamento e a proteção diante do preconceito sofrido fora dos muros da colônia (Maciel, 2017).

Sem dúvida, um dos principais dificultadores da reinserção social e, mesmo, familiar, refere-se ao preconceito. Neste sentido, é que os moradores do HCC tendem a representar esta

instituição como um local livre do preconceito, haja vista que seus residentes possuem condição semelhante, a saber, o adoecimento e isolamento por conta da hanseníase.

O fato de o preconceito ser representado como exterior à colônia corrobora com os resultados de outros estudos (Carvalho, 2009; Maciel, 2017; Rocha et al., 2011). Neste âmbito, ressalta-se um achado bastante interessante obtido num estudo com moradores de um antigo hospital-colônia (Carvalho, 2009), onde foi possível identificar que a identidade destas pessoas, pelo menos em parte, ancorava-se numa dicotomia expressa pelo binômio colônia *versus* sociedade. Assim, a colônia representava o espaço de acolhimento, de identificação com um grupo e a sociedade representava o lugar de onde foram expulsos, lugar onde não eram desejados.

A partir disso, depreende-se que as RS influenciam, diretamente, na construção da identidade. Isto ocorre porque os grupos sociais possuem representações deles mesmos, assim como têm representações da posição que ocupam em relação aos demais grupos, o que contribui para que estas representações desempenhem um papel fundamental no sentimento de identidade, uma vez que é por meio delas que os indivíduos apreendem sua diferença e sua semelhança em relação ao outro (Deschamps & Moliner, 2014).

Deste modo, possuírem uma vida marcada pelo adoecimento, isolamento e preconceito decorrentes da hanseníase faz com que os moradores do HCC construam suas identidades ancoradas em representações que opõem doentes (moradores) e sadios (sociedade), ainda que esta representação não esteja mais em alinhamento com a realidade, pois todos os moradores do HCC já estão curados da hanseníase e, portanto, não são mais doentes.

Diante destas discussões, percebe-se o caráter ambíguo da função exercida pela colônia, pois embora tenha servido de abrigo para os doentes e tenha possibilitado seus “cuidados”. Esta instituição também desempenhou importante papel para a construção de RS

negativas acerca destas pessoas, o que se constituiu como sério entrave para a reinserção social.

Considerações finais

Os dados obtidos nesta pesquisa possibilitaram a apreensão de RS sistematizadas nas ferramentas gráficas da Nuvem de Palavras e da Análise de Similitude, bem como, na Classificação Hierárquica Descendente.

Observou-se que a categoria hanseníase deu margem para o surgimento de um vasto campo de RS associadas, sobretudo, a elementos historicamente associados ao acometimento pela lepra, como: o preconceito, o medo do contágio, a mutilação e as feridas crônicas. Isto porque, como parte da modernização do senso comum, o significante “hanseníase” não exime a lepra de toda a sua carga negativa.

Por outro lado, também se constatou a existência de elementos mais atuais, ancorados no conhecimento científico e que representam a hanseníase como qualquer outra doença passível de tratamento e cura. Face a isto, denota-se que a RS da hanseníase entre os moradores do HCC apresenta-se marcada por ideias centrais antagônicas, refletindo as particularidades do grupo estudado, uma vez que a maioria dos entrevistados pertence a uma geração de pacientes que passou pela internação compulsória com o diagnóstico de lepra e, portanto, vivenciou a transição para o novo modelo de tratamento, agora, ambulatorial para o diagnóstico de hanseníase.

Desta maneira, os moradores do HCC ainda utilizam, essencialmente, suas experiências e impressões pessoais para compreender e interpretar o fenômeno da hanseníase enquanto acontecimento capaz de gerar medo, angústia e ruptura entre o hanseniano e sua rede de relações familiares e comunitárias.

Quanto às concepções referentes ao envelhecimento, percebe-se que os moradores do HCC representam este fenômeno como uma etapa (velhice) e não como um processo. Ainda

que os pontos de ancoragem das representações demonstrem elementos de aceitação da velhice, este termo encerra um *status* ambíguo, haja vista que se associa a aspectos positivos e negativos.

O conteúdo mais positivo evocado pelos participantes se refere, essencialmente, ao aspecto quantitativo da velhice, pois ficar velho significa ter uma vida longa. Destarte, percebe-se que a trajetória de vida destas pessoas associada ao adoecimento por hanseníase serve para ancorar este aspecto da representação.

Por outro lado, qualitativamente, os entrevistados não concebem a velhice de forma positiva, pois associam esta etapa a perdas físicas e sociais, à dependência e ao maior cuidado consigo mesmo. Como reflexo desta concepção, evocam elementos afetivos que indicam a vivência de conflitos pessoais, objetivados no abandono, na preocupação e na tristeza, bem como aspectos que denotam conflitos sociais que se objetivam na indignação diante da situação de invisibilidade a que é relegada a pessoa velha.

Depreende-se que a magnitude da dimensão conflitual presente na RS dos entrevistados sobre o envelhecimento se deve, sobretudo, ao histórico de internação no hospital colônia, uma vez que isto acarretou o rompimento e/ou fragilização dos vínculos sociais e familiares, limitando a rede de suporte na velhice.

Vale destacar também a importância da dimensão espiritual, objetivada na imagem de Deus, como um importante fator para aceitação da velhice e da finitude que se torna cada vez mais próxima. Assim, constata-se que a crença é capaz de oferecer um sentido para a existência e de funcionar como um recurso para lidar com os desafios desta etapa da vida.

Com relação à terceira categoria investigada, evidenciou-se que as RS do HCC entre seus moradores ancoram-se, sobretudo, em aspectos positivos, salientando-se o elevado nível de satisfação pela possibilidade de morar nesta instituição. Apesar disso, também é notório

que esta representação não é totalmente homogênea, principalmente, no que tange à sua função justificadora da permanência na Colônia.

As razões para morar no HCC, mesmo após a cura da hanseníase, dividem-se entre aquelas de caráter objetivo e as de caráter subjetivo. Entre as primeiras, ressalta-se uma perspectiva em que o ex-hanseniano não tem recursos, sejam materiais ou físicos, para sair do HCC, de modo que morar neste local se configura como uma necessidade.

Numa perspectiva oposta, os moradores da instituição evocam justificativas de cunho subjetivo para a permanência no HCC. Consoante a isto, esta instituição passa a ser representada como o local onde reconstruíram a vida após a internação, com o estabelecimento de relações centradas na identificação e no acolhimento e distantes do preconceito e da discriminação sofridos fora do HCC.

Salienta-se que os resultados desta pesquisa retratam a realidade de um grupo específico e que, por isso, não podem ser generalizados. Neste sentido, sugere-se que sejam empreendidas pesquisas com moradores de outras colônias, em diferentes regiões do Brasil e com diferentes estratégias metodológicas. Apesar das limitações, percebe-se a necessidade de se intensificar a difusão de informações científicas acerca da hanseníase, tendo em vista oportunizar a elaboração de RS mais alinhadas ao *status* atual da doença de Hansen e, assim, diminuir os impactos psicossociais causados pelo preconceito e pelo medo do contágio.

Também se ressalta a importância de se desmistificarem crenças negativas sobre o envelhecimento e a velhice, especialmente entre pessoas mais vulneráveis (institucionalizadas e com baixa escolaridade e nível socioeconômico), pois com uma visão mais realista destes fenômenos, estas pessoas poderão vivenciá-los de forma mais tranquila e saudável. Assim como ainda se aponta a necessidade de se reconhecer a importância do HCC para seus moradores, haja vista a vivência de grande parte de suas vidas no interior desta instituição.

Referências

- Abric, J. C. (1998). A Abordagem estrutural das representações sociais. In A. S. P. Moreira, & D. C. Oliveira (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 27-38). Goiânia: AB.
- Araújo, D. A. L., Brito, K. K. G., Santana, E. M. F., Soares, V. L., & Soares, M. J. G. O. (2016). Caracterização da qualidade de vida de pessoas com hanseníase em tratamento ambulatorial, *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental (Online)*, 8(4), 5010-5016. Doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5010-5016
- Arruda, A. (2014). Representações sociais: dinâmicas e redes. In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos & Z. A. Trindade. (Orgs.). *Teoria das representações sociais: 50 anos* (442-491). Brasília: Scribd.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-625. Doi: 10.1037/0012-1649.23.5.611
- Barreto, J., Gasparoni, J. M., Politani, A. L., Rezende, L. M., Edilon, T. S., Fernandes, V. G., & Lima, V. M. (2013). Hanseníase e Estigma. *Hansenologia Internationalis*, 38(1-2), 14-25. Recuperado de http://www.ils.br/revista/detalhe_artigo.php?id=12215
- Barros, S., & Falcão, P. (2014). Atividades fora da nucleação familiar: Uma experiência de independência no desempenho das Atividades de Vida Diária vivenciada pela Terceira Idade. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 12(2), 444-457. <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v12i2.1603>
- Batista, T. V. G. (2014). Representações sociais do corpo para pessoas acometidas pela hanseníase: processos saúde/doença. 183 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Humano, Políticas sociais e Formação) – Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Humano: formação, políticas e práticas sociais da Universidade de

Taubaté. Taubaté, São Paulo. Recuperado de: <http://mpemdh.unitau.br/wp-content/uploads/2012/dissertacoes/Talitha-Vieira.pdf>

Biasus, F., Demantova, A., & Camargo, B. V. (2011). Representações sociais do envelhecimento e da sexualidade para pessoas com mais de 50 anos. *Temas em Psicologia*, 19(1), 319-336. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100025&lng=pt&tlng=pt.

Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>

Camargo, B. V., & Justo, A. M. (2016). Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. *Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição (LACCOS)*, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Recuperado de: http://iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf

Carvalho, A. B. G., Paiva, A. Z., & Carvalho, C. M. R. G. (2017). Evidências das políticas em favor da pessoa idosa: conquistas e perspectivas. In C. M. R. G. Carvalho, & L. F. Araújo (Orgs.). *Envelhecimento e práticas gerontológicas* (pp.153-168). Curitiba, CRV.

Carvalho, K. A. (2009). Tempo de lembrar: as memórias dos portadores de lepra sobre o isolamento compulsório. *Aedos*, 2(3), 238-255. Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/index.php/aedos/article/view/10592/6241>

Castro, A., Antunes, L., Brito, A. M. M., & Camargo, B. V. (2016). Representações sociais do envelhecimento e do rejuvenescimento para mulheres que adotam práticas de rejuvenescimento. *Psico*, 47(4), 319-330. <https://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.4.22495>

- Castro, S. M. S., & Watanabe, H. A. W. (2009). Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 16(2), 449-487. Doi: 10.1590/S0104-59702009000200010
- Córdova, C. A. B., & Garcia, T. C. (2012). Lepra: Impacto psicossocial. *Enfermería. Global*, 11(25), 287-298. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n25/reflexion2.pdf>
- Cruz, A. (2016). Uma cura controversa: a promessa biomédica para a hanseníase em Portugal e no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(1), 25-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100004>
- Deschamps, J., & Moliner, P. (2014). *A identidade em psicologia social* (2a ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Duarte, Y. A. O., Lebrão, M. L., Tuono, V. L., & Laurenti, R. (2008). Religiosidade e Envelhecimento: Uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. *Revista de Saúde Coletiva*, 5, 173-177. Recuperado de: http://www.fsp.usp.br/sabe/Artigos/2008_Yeda_Religiosidade_SCol.pdf
- Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1998). O ciclo de vida completo. Porto Alegre: Artmed.
- Falcão, D. V. S., & Carvalho, I. S. (2009). Idosos e saúde mental: demandas e desafios. In D. V. S. Falcão, & L. F. Araújo (Orgs.). *Idosos e saúde mental*. (pp. 11-32). Campinas, São Paulo: Papyrus editora.
- Farina, M., Lopes, R. M. F., & Argimon, I. I. L. (2016). Perfil de idosos através do modelo dos cinco Fatores de personalidade (*Big Five*): revisão sistemática. *Diversitas: perspectivas em psicologia*, 12(1), 97-108. Doi: 10.15332/s1794-9998.2016.0001.06
- Fernandes, J. S. G., & Andrade, M. S. (2016). Representações sociais de idosos sobre velhice. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 68(2), 48-59. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672016000200005&lng=pt&tlng=pt.

- Fonseca, C. (2013). Sexualidade, gênero e afeto nos hospitais-colônias de hanseníase. *Cadernos Pagu*, 41, 29-40. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n41/04.pdf>
- Gutz, L., & Camargo, B. V. (2013). Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(4), 793-804. <https://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000400013>
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Org.) *As representações sociais* (pp. 17-44). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Lima, M. R. & Santos, D. T. (2014). Memórias da colônia do carpina: entre a “lepra” e o cotidiano. *UECE*, 1-14. Recuperado de www.uece.br/eventos/2encontrointernacional/.../138-27953-02112014-113544.doc
- Lins, A. U. F. A.. (2010). Representações sociais e hanseníase em São Domingos do Capim: um estudo de caso na Amazônia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(1), 171-194. Doi: 10.1590/S0103-73312010000100010
- Maciel, L. R. (2017). Memórias e narrativas da lepra/hanseníase: uma reflexão sobre histórias de vida, experiências do adoecimento e políticas de saúde pública no Brasil do século XX. *História oral*, 20(1), pp. 33-54.
- Mendonça, R. F. (2012). Táticas cotidianas e ação coletiva: a resistência das pessoas atingidas pela hanseníase. *Varia Historia*, 28(47), 341-360. Doi: 10.1590/S0104-87752012000100016
- Ministério da Saúde. (2014). *Descrição da doença*. Brasília: Autor. Recuperado de <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/705-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/hansenise/11294-descricao-da-doenca>
- Ministério da Saúde. *Sintomas*. 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/hansenise>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

- Monte, R. S., & Pereira, M. L. D. (2015). Hanseníase: representações sociais de pessoas acometidas. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 16 (6), 863-871. Doi: 10.15253/2175-6783.2015000600013
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan). (2004, Agosto/Setembro). *Jornal do Morhan*, pp. 04-15.
- Muniz, L. S., Amaral, I. G. S., Dias, T. S., & Rodrigues Júnior, J. L. (2016). The influence of assistive technology on occupational performance and satisfaction of leprosy patients with grade 2 disabilities. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 49(5), 644-647. Doi: 10.1590/0037-8682-0097-2016
- Neri, A. L. (2008). *Palavras-chave em gerontologia* (3a ed.). Campinas: Editora Alínea.
- Oliveira, M. L. W., Mendes, C. M., Tardin, R. T., Cunha, M. D., & Arruda, A. (2003). Social representation of Hansen's disease thirty years after the term 'leprosy' was replaced in Brazil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 10(Suppl. 1), 41-48. Doi: 10.1590/S0104-5970200300040000
- Palmeira, I. P., Queiroz, A. B. A., & Ferreira, M. A. (2012). Quando o preconceito marca mais que a doença. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(3), 187-199. Recuperado de <https://doaj.org/article/afdda26121664b729d560b61e89b5e04>
- Palmeira, I. P., Queiroz, A. B. A., & Ferreira, M. A. (2013). Marcas em si: vivenciando a dor do (auto) preconceito. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(6), 893-900. Doi: 10.1590/S0034-71672013000600013
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. (12a ed.). Porto Alegre: AMGH.

- Prado, A. R. A., & Perracini, M. R. (2007). A construção de ambientes favoráveis ao idoso. In A. L. Néri (Org.). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar* (pp.221-229). Campinas, SP: Alínea.
- Queiroz, T. A., Carvalho, F. P. B., Simpson, C. A., Fernandes, A. C. L., Figueirêdo, D. L. A., & Knackfuss, M. I. (2015). Perfil clínico e epidemiológico de pacientes em reação hansênica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(spe), 185-191. Doi: 10.1590/1983-1447.2015.esp.57405
- Reyes, E. R. (2013). Lepra assunto de preocupação de salud mundial. *Revista de ciencias médicas La Habana*, 19(3), 421-432. Recuperado de <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/617/1066>
- Rocha, A. C. R. P., Landim, F. L. P., Caprara, A., Lefèvre, A., & Lefèvre, F. (2011). O discurso coletivo de ex-hanseniano morador de um antigo leprosário no nordeste do Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(36), 213-223. doi: 10.1590/S1414-32832011000100017
- Sales, J. C. S., Luz, V. L. E. S., Castelo-Branco, F. M. F., Araújo, M. F. F., Castro, S. H. T. S., Silva, T. C. A. (2013). O significado da hanseníase para o agente comunitário de saúde. *Revista Interdisciplinar*, 6(1), 17-24. Recuperado de http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/5/pdf_5
- Santos, K. S., Fortuna, C. M., Santana, F. R., Gonçalves, M. F. C., Marciano, F. M., Matumoto, S. (2015). Significado da hanseníase para pessoas que viveram o tratamento no período sulfônico e da poliquimioterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(4), 620-627. Doi: 10.1590/0104-1169.0323.2596
- Santos, V. B., Tura, L.F.R., & Arruda, A.M.S. (2013). As representações sociais de “pessoa velha” construídas por idosos. *Saúde e Sociedade*, 22(1), 138-147. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000100013>

- Silva, H. S., Silveira, M. H., & Freitas T. H. S. (2017). Práticas gerontológicas e os desafios da gerontologia como ciência e profissão. In C. M. R. G. Carvalho, & L. F. Araújo (Orgs.). *Envelhecimento e práticas gerontológicas* (pp.133-152). Curitiba: CRV.
- Silva, S. P. C., & Menandro, M. C. S. (2014). As representações sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos. *Saúde e Sociedade*, 23(2), 626-640. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902014000200022>
- Silveira, I. R., & Silva, P. R. (2006). As representações sociais do portador de hanseníase sobre a doença. *Saúde Coletiva*, 12(3), 112-117.
- Simpson, C. A., Miranda, F. A. N., Meneses, R. M., Carvalho, I. H. S., Cabral, A. M. F., & Santos, V. R. C. (2013). No habitus do antigo hospital colônia - representações sociais da hanseníase. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 5(3), 104-113. Doi: 10.9789/2175-5361.2013.v5i3.104-113
- Sousa, G. M., Belucci, M. B., Gório, R. A. A., & Soler, V. M. (2008). O processo de envelhecimento na percepção de um grupo de idosos. *CuidArte enfermagem*, 2(1), 11-22. Recuperado de: <http://fundacaopadrealbino.org.br/facfipa/ner/pdf/ed02enfpsite.pdf>
- Souza, J., & Sena, T. (2014). O envelhecer institucionalizado de sujeitos sequelados pela Hanseníase da U/E Abrigo João Paulo II. *Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*, 17,(1), Recuperado de <https://revistas.pucsp.br//index.php/kairos/article/view/19879/14790>
- Torres, T. L., Camargo, B. V., Boulsifield, A. B., & Silva, A. O. (2015). Representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(12), 3621-3630. Doi: 10.1590/1413-812320152012.01042015
- Vieira, D. C. R., & Aquino, T. A. A. (2016). Vitalidade subjetiva, sentido na vida e religiosidade em idosos: um estudo correlacional. *Temas em Psicologia*, 24(2), 483-494. <https://dx.doi.org/9788/TP2016.2-05Pt>

- Vieira, K. F. L., Coutinho, M. P. L., & Saraiva, E. R. A. (2016). A Sexualidade Na Velhice: Representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(1), 196-209. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703002392013>
- Vieira, M. L. (2008). Hanseníase X lepra: o passado da morte social. In: Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan). *Cadernos do Morhan: a prática do serviço social no Morhan* (pp.70-92). Rio de Janeiro: Morhan.
- Zamparoni, V. (2017). Lepra: doença, isolamento e segregação no contexto colonial em Moçambique. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 24(1), 13-39. Doi: 10.1590/s0104-59702016005000028

9 Considerações Finais

Esta dissertação versou sobre as RS da hanseníase, do envelhecimento e do Hospital-Colônia do Carpina para seus moradores. Diante disso, percebeu-se que estas representações evidenciaram as particularidades das trajetórias de vida de um grupo de pessoas que, em decorrência do adoecimento por hanseníase, foram institucionalizadas e, nesta condição, estão envelhecendo.

As RS da hanseníase não se mostraram de forma homogênea, pois embora associadas aos significantes da lepra, os moradores também evocaram aspectos que se ancoram numa perspectiva biomédica. Para a construção desta nova concepção de hanseníase, contribuíram diretamente a mudança do nome lepra para hanseníase e a implantação de um tratamento capaz de elevar à cura da doença.

Por outro lado, é preciso ressaltar que a perspectiva dominante da representação permanece sendo a que confere à hanseníase qualitativos associados à RS da lepra. Isto porque o preconceito, as sequelas e o medo do contágio ainda compõem o esquema conceitual que serve de base para interpretar o acometimento por hanseníase.

Neste ínterim, salienta-se que o medo do contágio está relacionado, essencialmente, à inexistência de respostas efetivas com vistas ao entendimento científico da hanseníase, pois, logo no início do tratamento o bacilo da hanseníase deixa de ser transmitido. Ademais, o contágio da doença também só se realiza a partir de um contato direto e prolongado.

No que concerne à menção a sequelas, destaca-se que esta evocação se associa diretamente ao diagnóstico tardio da hanseníase, situação ainda corriqueira nos dias atuais. Vale lembrar que a demora no diagnóstico é a principal responsável pelo desenvolvimento das incapacidades deixadas pela hanseníase e, conseqüentemente, pela intensificação dos prejuízos sociais, econômicos, laborais e psicológicos.

Atenção especial deve ser dispensada à dimensão do preconceito, haja vista sua centralidade no campo representacional da hanseníase, o que lhe confere o *status* de principal consequência psicossocial. Além disso, também se pode depreender que o preconceito é uma das maiores barreiras para a reinserção social dos moradores do HCC, pois se manifesta, inclusive, no âmbito familiar.

Embora seja verdade que as RS possuem certa estabilidade e que não se alteram em curto espaço de tempo, também é verdade que a permanência do significante lepra na RS da hanseníase evidencia um baixo investimento em comunicação social para a divulgação ampla da nova terminologia. Assim, faz-se premente atualizar os conhecimentos sobre a doença através da construção de novas RS, pois isto orientará novas práticas quanto à prevenção, diagnóstico e tratamento.

No que tange às RS do envelhecimento, foi possível constatar que este processo foi representado enquanto velhice – a última fase do ciclo vital. Além disso, observou-se que os moradores representam o envelhecimento como algo que deve ser aceito, principalmente por significar a vivência de uma grande quantidade de anos.

Deste modo, depreende-se que a ancoragem do envelhecimento numa concepção quantitativa de anos vividos reflete a trajetória de vida dos entrevistados enquanto ex-hansenianos, pois, na medida em que grande parte destas pessoas foi diagnosticada numa época na qual a cura não era uma certeza, chegarem à velhice indica uma vitória pessoal.

Outro fator que contribuiu para a aceitação do envelhecimento foi a espiritualidade. Entendida como a crença numa força superior que, em suas falas, objetivou-se na imagem de Deus, a espiritualidade parece ser uma importante estratégia para lidar com os conflitos pessoais e sociais vivenciados na velhice.

Apesar de aceitarem o curso do envelhecimento, este processo foi representado, sobretudo, com qualidades negativas. Neste campo, ganham relevância a experiência do

abandono e das perdas funcionais que acarretam limitações e, quase sempre, levam ao estado de dependência.

A prevalência do significativo abandono tem a ver com a própria trajetória de vida dos entrevistados, uma vez que, se num primeiro momento vivenciaram o abandono em decorrência do adoecimento pela hanseníase. Na atualidade, sofrem o abandono por conta do avanço da idade.

Ao destacarem a redução da funcionalidade, alude-se que esta condição seja influenciada não apenas pelo envelhecimento, mas, sobretudo, pelas sequelas deixadas pela hanseníase e que, com o passar do tempo, terminaram por gerar incapacidades e por dificultar uma vida independente. Desta maneira, percebe-se que o processo de envelhecimento dos moradores do HCC encontra-se diretamente influenciado pelo acometimento por hanseníase, situação que os leva a vivenciarem um maior número de dificuldades psicossociais.

Neste contexto em que prevalecem as dificuldades decorrentes da hanseníase e do envelhecimento, não é de se estranhar que a vida no interior do HCC tenha sido representada de forma bastante positiva. Isto porque é no interior desta instituição que os participantes desta pesquisa têm suas necessidades atendidas, bem como vivenciam relacionamentos sociais de intimidade e se sentem protegidos contra o preconceito.

Por partirem deste cenário, as RS do HCC são fortemente marcadas pela função justificadora da permanência na instituição, a qual se ancora, por um lado, em razões de ordem objetiva como: não ter casa, não ser casado ou ainda não poder morar sozinho. E, em outra via, o morar no HCC ancora-se em justificativas mais subjetivas, dentre elas, no bem-estar e no apego ao lugar e às relações estabelecidas com os demais moradores.

Portanto, nota-se o caráter dual deste tipo de instituição, pois, se por uma via serviu de base para os cuidados dispensados aos hansenianos. Por outra, também serviu de matéria-

prima para a construção de RS negativas acerca destas pessoas, o que muito dificultou a reinserção social dos ex-hansenianos.

Diante desta discussão, percebe-se que o HCC não cumpre mais a função social de segregação e isolamento, mas de abrigar pessoas, eminentemente idosas, que não têm para onde ir. Assim sendo, desabrigar estes moradores não parece ser uma medida humanitária e, muito menos, viável. Destarte, o fato de o HCC ainda manter estas pessoas também não pode ser utilizado como justificativa para o acolhimento de novos moradores ou para a defesa do sistema asilar, haja vista a superação deste modelo de tratamento e sua incongruência com os princípios de uma sociedade que se pretende democrática.

Dada a relevância da temática e a existência de um significativo contingente de pessoas que vivenciam este mesmo tipo de situação, sugere-se a realização de mais pesquisas de cunho psicossocial, pois, na literatura, ainda se verifica uma certa escassez de estudos com esta abordagem. A ampliação do conhecimento acerca deste segmento populacional possibilitará a elaboração e implementação de políticas públicas que atendam suas necessidades.

Especialmente para o atendimento das necessidades psicossociais, é importante o desenvolvimento de estratégias que promovam mudanças capazes de alterar os elementos negativos que estruturam as RS não somente entre os moradores do HCC, mas principalmente na sociedade de modo geral, já que é neste ambiente que o preconceito é mais intenso.

Apesar da relevância dos achados desta pesquisa, apontam-se algumas limitações. A principal delas é a impossibilidade de generalização, haja vista as especificidades regionais e socioculturais do grupo estudado. Neste sentido, estudos futuros podem ampliar a compreensão das RS da hanseníase e do envelhecimento para moradores de outras colônias, em diferentes regiões do Brasil e com a utilização de diferentes estratégias metodológicas.

Referências

- Abric, J. (2001). O estudo experimental das representações sociais. In D. Jodelet (Org.). *As representações sociais* (pp. 155-172). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Abric, J. C. (1998). A Abordagem estrutural das representações sociais. In A. S. P. Moreira, & D. C. Oliveira. (Orgs.). *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 27-38). Goiânia: AB.
- Almeida, A. M. O. (2009). Abordagem societal das representações sociais. *Sociedade e Estado*, 24(3), 713-737. Doi: 10.1590/S0102-69922009000300005
- Amaral, L. S. & Alves, M. S. (2013). Nó ou núcleo central e esquema periférico. *Cadernos Cespuc de Pesquisa*, (23), 30-36. Recuperado de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/cadernoscespuc/article/viewFile/8300/711>
- Araújo, D. A. L., Brito, K. K. G., Santana, E. M. F., Soares, V. L., & Soares, M. J. G. O. (2016). Caracterização da qualidade de vida de pessoas com hanseníase em tratamento ambulatorial, *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental (Online)*, 8(4), 5010-5016. Doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5010-5016
- Araújo, L. F., & Carvalho, V. A. M. L. (2005). Aspectos Sócio-Históricos e Psicológicos da Velhice. *Mneme – Revista de Humanidades* 6(13), 1-9. Recuperado de <https://periodicos.ufrn.br/mneme/article/view/278>
- Arruda, A. (2009). Teoria das representações sociais e ciências sociais: trânsito e atravessamentos. *Sociedade e Estado*, 24(3), 739-766. Doi: 10.1590/S0102-69922009000300006
- Avelleira, J. C. R., Bernardes, F., Fº., Quaresma, M. V., & Vianna, F. R. (2014). History of leprosy in Rio de Janeiro. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 89(3), 515-518. Doi: 10.1590/abd1806-4841.20142781

- Awofeso, N. (2011). Leprosy control, public health paradigms and stigma. *Australian and New Zealand journal of public health*, 35(1), 9-11. Doi: 10.1111/j.1753-6405.2010.00662.x
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-625. Doi: 10.1037/0012-1649.23.5.611
- Banchs, M. A. (2014). Leitura epistemológica da Teoria das Representações Sociais: reflexões rumo a um sentido comum menos comum e com mais sentido. In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos & Z. A. Trindade. (Orgs.). *Teoria das representações sociais: 50 anos* (pp. 297-343). Brasília: Scribd.
- Barreto, J., Gasparoni, J.M., Politani, A.L., Rezende, L.M., Edilon, T.S., Fernandes, V.G., Lima, V.M. (2013). Hanseníase e Estigma. *Hansenologia Internationalis*, 38(1-2), 14-25. Recuperado de http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=12215
- Barros, S., & Falcão, P. (2014). Atividades fora da nucleação familiar: Uma experiência de independência no desempenho das Atividades de Vida Diária vivenciada pela Terceira Idade. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 12(2), 444-457. Doi: 10.5892/ruvrd.v12i2.1603
- Batista, T. V. G. (2014). *Representações sociais do corpo para pessoas acometidas pela hanseníase: processos saúde/doença*. (Dissertação de mestrado). Universidade de Taubaté, Taubaté, São Paulo, Brasil. Recuperado de <http://mpemdh.unitau.br/wp-content/uploads/2012/dissertacoes/Talitha-Vieira.pdf>
- Batista, T. V. G., Vieira, C. S. C. A., & Paula, M. A. B. (2014). A imagem corporal nas ações educativas em autocuidado para pessoas que tiveram hanseníase. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(1), 89-104. Doi: 10.1590/S0103-73312014000100006

- Batistoni, S. M. T., & Neri, A. L., Cupertino, A. P. F. B. (2009). In D. V. S. Falcão & L. F. Araújo (Orgs.). *Idosos e saúde mental*. (pp. 53-70). Campinas, São Paulo: Papirus editora.
- Camargo, B. (2016). Um primeiro estudo histórico e conceitual do seminário “Epistemologia e representações sociais”, conduzido por Serge Moscovici e Denise em 1994. *Psicologia & Saber Social*, 5(1), 5-17.
- Cardona-Castro, N. M., & Bedoya-Berrío, G. (2011). Lepra: enfermedad milenaria y actual Iatreia. *Iatreia*, 24(1), 51-64. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1805/180522540006.pdf>
- Carvalho, A. B. G., Paiva, A. Z., & Carvalho, C. M. R. G. (2017). Evidências das políticas em favor da pessoa idosa: conquistas e perspectivas. In C. M. R. G. Carvalho, & L. F. Araújo (Orgs.). *Envelhecimento e práticas gerontológicas* (pp.153-168). Curitiba, CRV.
- Carvalho, C. R. A., & Hennington, E. A. (2015). A abordagem do envelhecimento na formação universitária dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(2), 417-431. Epub 00 de abril de 2015. Doi: 10.1590/1809-9823.2015.14054
- Carvalho, K. A. (2015). Discussões em torno da reconstrução do significado da lepra no período pós-sulfônico, Minas Gerais, na década de 1950. *História, Ciências*, 22(2), 541-557. Doi: 10.1590/S0104-59702014005000026
- Castro, G. G. S. (2016). O idadismo como viés cultural: refletindo sobre a produção de sentidos para a velhice em nossos dias. *Galáxia (São Paulo)*, (31), 79-91. Doi: 10.1590/1982-25542016120675
- Castro, R. V. (2014). Prefácio. In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos & Z. A. Trindade. (Orgs.). *Teoria das representações sociais: 50 anos* (p. 7-19). Brasília: Scribd.

- Castro, S. M. S., & Watanabe, H. A. W. (2009). Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 16(2), 449-487. Doi: 10.1590/S0104-59702009000200010
- Chaves, A. M., & Silva, P. L. (2011). Representações sociais. In L. Camino, A. R. R. Torres, M. E. O Lima, & M. E. Pereira. (Orgs.). *Psicologia social: temas e teorias* (pp. 299-350). Brasília: Technopolitik.
- Coelho, J. S., Giacomini, K. C., & Firmo, J. O. A. (2016). O cuidado em saúde na velhice: a visão do homem. *Saúde e Sociedade*, 25(2), 408-421. Doi: 10.1590/S0104-12902016142920
- Córdova, C. A. B., & Garcia, T. C. (2012). Lepra: Impacto psicossocial. *Enfermería. Global*, 11(25), 287-298. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n25/reflexion2.pdf>
- Coutinho, M. P. L., Araújo, L. F., & Saraiva, E. R. A. (2013). Revisitando a teoria das representações sociais. In M. E. Cruz, & E. E. S. Gusmão. (Orgs.). *Psicologia Social: conceitos, técnicas e pesquisas* (Vol. 2, pp.11-24). Curitiba: CRV.
- Couto, M. C. P. P., Novo, R. F., & Koller, S. H. (2011). Relações entre rede de apoio social, bem-estar psicológico e resiliência na velhice. In D. V. S. Falcão, & L. F. Araújo. (Orgs.). *Psicologia do envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados* (2a ed. pp. 27-44). Campinas: Editora Alínea.
- Cruz, A. (2016). Uma cura controversa: a promessa biomédica para a hanseníase em Portugal e no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 26(1), 25-44. Doi: 10.1590/S0103-73312016000100004
- Cruz, W. F. O. (2011) Notas sobre o envelhecimento na contemporaneidade. In M. R. G. Carvalho, & L. F. Araújo (Orgs.). *As faces do envelhecimento humano: uma abordagem biopsicossocial* (pp. 149-160). Teresina, Piauí: EDUFPI.

- Dawalibi, N. W., Goulart, R. M. M., & Prearo, L. C. (2014). Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3505-3512. Doi: 10.1590/1413-81232014198.21242013
- Debert, G. G. (1999). *A Reinvenção da Velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp.
- Doise, W. (2001). Atitudes e representações sociais. In D. Jodelet (Org.) *As representações sociais* (pp. 187-204). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Doise, W. (2002). Da psicologia social à psicologia societal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(1), 027-035. Doi: 10.1590/S0102-37722002000100004
- Eichelmann K., González S. E., Salas-Alanís J. C., Ocampo-Candiani J. (2013). Leprosy. An update: definition, pathogenesis, classification, diagnosis, and treatment. *Actas Dermosifiliogr*, 104 (7), 554-563. Doi: 10.1016/j.adengl.2012.03.028
- Eidt, L. M. (2004). Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 13(2), 76-88. Doi: 10.1590/S0104-12902004000200008
- Ericeira, V. V. L., Costa Filho, M. R., Aquino, D. M. C., Paiva, M. F. L., Corrêa, R. G. C. F., Costa, L. L. N. (2016). Secondary or reactive depressive symptoms in adult patients with leprosy. *Journal of Nursing UFPE online*, 10(9), 3251-3258. Doi: 10.5205/reuol.9571-83638-1-SM1009201609
- Falcão, D. V. S. & Carvalho, I. S. (2009). Idosos e saúde mental: demandas e desafios. In D. V. S. Falcão, & L. F. Araújo (Orgs.). *Idosos e saúde mental*. (pp. 11-32). Campinas, São Paulo: Papyrus editora.
- Farina, M., Lopes, R. M. F., & Argimon, I. I. L. (2016). Perfil de idosos através do modelo dos cinco Fatores de personalidade (*Big Five*): revisão sistemática. *Diversitas: perspectivas em psicologia*, 12(1), 97-108. Doi: 10.15332/s1794-9998.2016.0001.06

- Farr, R. M. (2002). *As raízes da psicologia social moderna (1872-1954) (5ª ed.)*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes.
- Fechine, B. R. A. & Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: As principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace*, 1(7), 106-132. Doi: 10.6020/1679-9844/2007
- Felipe, T. W. S. S. & Sousa, S. M. N. (2014). A construção da categoria velhice e seus significados. *Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP*, 7(2), 19-33. Recuperado de <https://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/article/view/1384/thayzav7n2.pdf>
- Fernandes, M. G. M., & Garcia, L. G. (2010). O sentido da velhice para homens e mulheres idosos. *Saúde e Sociedade*, 19(4), 771-783. Doi: 10.1590/S0104-12902010000400005
- Ferreira, M. C. (2010). A Psicologia Social contemporânea: principais tendências e perspectivas nacionais e internacionais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(spe), 51-64. doi: 10.1590/S0102-37722010000500005
- Ferreira, P. M. (2015). Envelhecimento e direitos humanos. *Conjectura: Filosofia e Educação*, Lisboa/Portugal, 20 (número especial), 183-197. Recuperado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20272/1/ICS_PMFerreira_Envelhecimento_ARI.pdf
- Flament, C. Estrutura e dinâmica das representações sociais. In: D. Jodelet (Org.) *As representações sociais* (pp. 173-184). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Fonseca, C. (2013). Sexualidade, gênero e afeto nos hospitais-colônias de hanseníase. *Cadernos Pagu*, 41, 29-40. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n41/04.pdf>
- Franco, M. L. P. B. (2004). Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência. *Cadernos de Pesquisa*, 34(121), 169-186. Doi: 10.1590/S0100-15742004000100008

- Freire, S. A., & Neri, A. L. (2011). Metas de vida e investimentos pessoais na perspectiva de jovens, adultos e idosos. In D. V. S. Falcão, & L. F. Araújo (Orgs.). *Psicologia do envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados* (2ª ed. pp. 155-174). Campinas: Editora Alínea.
- Fundação Oswaldo Cruz. (2013). *A saúde no Brasil em 20130 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Recuperado de https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/miolo_saude_brasil_2030.pdf
- Fundo de Populações das Nações Unidas & HelpAge International. (2012). *Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio*. Nova York; Londres.
- Grize, J. (2001). Lógica natural e representações sociais. In D. Jodelet (Org.) *As representações sociais* (pp. 123-138). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Günther, I. A. (2011). Envelhecimento, relações sociais e ambiente. In D. V. S. Falcão, & L. F. Araújo (Orgs.). *Psicologia do envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados* (2ª ed. pp. 11-26). Campinas: Editora Alínea.
- Hamester, C. (2016). *A hanseníase na experiência de vida de pessoas atendidas em ambulatório de referência no Distrito Federal*. (Dissertação de mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil. Recuperado de http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/22493/1/2016_CristinaHamester.pdf
- Ilha, S., Argenta, C., Silva, M. R. S. 3, Cezar-Vaz, M. R., Pelzer, M. T., & Backes, D. S. (2016). Envelhecimento ativo: reflexão necessária aos profissionais de enfermagem/saúde. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental (Online)*, 8(2), 4231-4242. Doi: 10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4231-4242

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2008). Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050: revisão 2008. *Estudos e Pesquisas*, n. 24. Recuperado de <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv41229.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2011). Sinopse de censo demográfico 2010. Brasília. Recuperado de: <http://www.ibge.gov.br>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2013). PROJEÇÃO da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060; PROJEÇÃO da população das unidades da federação por sexo e idade 2000-2030. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015. Coordenação de População e indicadores Sociais. IBGE: Rio de Janeiro. Recuperado de <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>
- Jesuino, J. C. (2014). Um conceito reencontrado. In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos & Z. A. Trindade. (Orgs.). *Teoria das representações sociais: 50 anos* (pp. 27-38). Brasília: Scribd.
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Org.) *As representações sociais* (pp. 17-44). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Jodelet, D. (2014). A fecundidade múltipla da obra “A Psicanálise, sua imagem e seu público”. In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos & Z. A. Trindade. (Orgs.). *Teoria das representações sociais: 50 anos* (pp. 260-297). Brasília: Scribd.

- Jovchelovitch, S. (2014). Representações sociais e polifasia cognitiva: notas sobre a pluralidade e sabedoria da razão. In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos & Z. A. Trindade. (Orgs.). *Teoria das representações sociais: 50 anos* (pp. 211-236). Brasília: Scribd.
- Kalache, A. (2008). O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1115-1117. Doi: 10.1590/S1413-81232008000400005
- Lahlou, S. (2014). Difusão das representações e inteligência coletiva distribuída. In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos & Z. A. Trindade. (Orgs.). *Teoria das representações sociais: 50 anos* (pp. 77-130). Brasília: Scribd.
- Leandro, J. A. (2013). Em prol do sacrifício do isolamento: lepra e filantropia na Argentina e no Brasil, 1930-1946. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 20(3), 913-938. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v20n3/0104-5970-hcsm-20-03-0913.pdf>
- Ledermann, W. (2016). Notas para una Historia de la Higiene tomadas de la Biblia. *Revista chilena de infectología*, 33(4), 457-461. Doi: 10.4067/S0716-10182016000400012
- Leeson, G. w. (2011). Prepared or Not. *Latin America Faces the Challenge of Aging, Current History* 75-80. Recuperado de <http://www.currenthistory.com/Article.php?ID=868>
- Lei nº10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Brasília: Senado Federal.
- Leite, S. C. C., Sampaio, C. A., & Caldeira, A. P. (2015). “Como ferrugem em lata velha”: o discurso do estigma de pacientes institucionalizados em decorrência da hanseníase. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(1), 121-138. Doi: 10.1590/S0103-73312015000100008

- Lima, M. R. & Santos, D. T. (2014). Memórias da colônia do carpina: entre a “lepra” e o cotidiano. *UECE*, 1-14. Recuperado de www.uece.br/eventos/2encontrointernacional/.../138-27953-02112014-113544.doc
- Lins, A. U. F. A. (2010). Representações sociais e hanseníase em São Domingos do Capim: um estudo de caso na Amazônia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(1), 171-194. Doi: 10.1590/S0103-73312010000100010
- Magalhães, C. P., Fernandes, A., Antão, C., & Anes, E. (2010). Repercussão dos Estereótipos sobre as Pessoas Idosas. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, (3)2, 7-16. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10198/2606>
- Mendonça, R. F. (2012). Táticas cotidianas e ação coletiva: a resistência das pessoas atingidas pela hanseníase. *Varia Historia*, 28(47), 341-360. Doi: 10.1590/S0104-87752012000100016
- Ministério da Saúde. (1948). *História da Lepra no Brasil*. Período Republicano (1889-1946), Álbum das Organizações Antileprosas pelo Dr. Heráclides-César de Souza-Araújo, vol. II, Rio de Janeiro.
- Ministério da Saúde. (1956). *História da Lepra no Brasil*. Período Republicano (1896-1952), Álbum das Organizações Antileprosas pelo Dr. Heráclides-César de Souza-Araújo, vol. III, Rio de Janeiro.
- Ministério da Saúde. (2014). Descrição da doença. Recuperado de <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/705-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/hanseniase/11294-descricao-da-doenca>
- Ministério da Saúde. (2017a). Taxa de detecção geral de hanseníase por 100.000 habitantes Estados e regiões, Brasil, 1990 a 2016. Sinan/SVS-MS, Recuperado de <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/10/Taxa-de-detec----o-geral-de-hansen--ase-1990a2016-.pdf>

- Ministério da Saúde. (2017b). Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase Brasil 2001 – 2016. Sinan/SVS-MS, Recuperado de <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/10/Indicadores-epidemiologicos-e-operacionais-de-hansen--ase.%20Brasil,%202001-.pdf>
- Monte, R. S., & Pereira, M. L. D. (2015). Hanseníase: representações sociais de pessoas acometidas. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 16 (6), 863-871. Doi: 10.15253/2175-6783.2015000600013
- Moquillaza-Risco M., León, E., Dongo, M., & Munayco, C. V. (2015). Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores en situación de calle en Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 32(4), 693-700. Recuperado de <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/1760/1678>
- Morano, S., Morano, M., Paredes, S. N., & Iribas, J. L. (2016). Lepra en Santa Fe: Características clínico-epidemiológicas. *Revista argentina de dermatología*, 97(4), 19-29. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2016000400004&lng=es&tlng=es.
- Moreira, J. O. (2012). Mudanças na percepção sobre o processo de envelhecimento: reflexões preliminares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(4), 451-456. Doi: 10.1590/S0102-37722012000400003
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Moscovici, S. (2001). Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In D. Jodelet (Org.) *As representações sociais* (pp. 45-66). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Moscovici, S. (2007). *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes.

- Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase. (2010). *Dossiê - A história dos filhos órfãos de pais vivos no Brasil*. Rio de Janeiro. Recuperado de http://www.morhan.org.br/views/upload/Dossie_Filhos.pdf
- Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase. (2008). *Jornal do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase*. Rio de Janeiro. fev./dez. n. 47. Recuperado de http://www.morhan.org.br/views/upload/jornal_47.pdf
- Muniz, L. S., Amaral, I. G. S., Dias, T. S., & Rodrigues Júnior, J. L. (2016). The influence of assistive technology on occupational performance and satisfaction of leprosy patients with grade 2 disabilities. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 49(5), 644-647. Doi: 10.1590/0037-8682-0097-2016
- Neri, A. L. (2008). Envelhecimento. In A. L Neri (Org.). *Palavras-chave em gerontologia* (3a ed. pp. 68-70). Campinas: Editora Alínea.
- Neri, A. L. (2008). Gerontologia. In A. L Neri (Org.). *Palavras-chave em gerontologia* (3a ed. pp. 95-103). Campinas: Editora Alínea.
- Neri, A. L. (2008). Teoria da atividade. In A. L Neri (Org.). *Palavras-chave em gerontologia* (3a ed. pp. 199-200). Campinas: Editora Alínea.
- Neri, A. L. (2008). Teoria da seletividade socioemocional. In A. L Neri (Org.). *Palavras-chave em gerontologia* (3a ed. pp. 200-202). Campinas: Editora Alínea.
- Neri, A. L. (2008). Teoria do afastamento. In A. L Neri (Org.). *Palavras-chave em gerontologia* (3a ed. pp. 202-204). Campinas: Editora Alínea.
- Nova Bíblia Pastoral. (2014). Levítico. (P. Bazaglia, Trad.). São Paulo: Paulus Editora.
- Nunes, J. M., Oliveira, E. N., & Vieira, N. F. C. (2011). Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida de pessoas acometidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl 1), 1311-1318. 10.1590/S1413-81232011000700065

- Oliveira, M. (2012). O conceito de representações coletivas: uma trajetória da divisão do trabalho às formas elementares. *Debates do NER*, (22), 67-94. Recuperado de <file:///C:/Users/MI/Downloads/30352-143997-1-PB.pdf>
- Oliveira, M. L. W., Mendes, C. M., Tardin, R. T., Cunha, M. D., & Arruda, A. (2003). Social representation of Hansen's disease thirty years after the term 'leprosy' was replaced in Brazil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 10(Suppl. 1), 41-48. Doi: 10.1590/S0104-5970200300040000
- Opromolla, D. V. A. (2002). O Estigma. *Hansen Internationalis*, 27(1), 89-90. Recuperado de http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10613#
- Organização Mundial da Saúde. (2016). Estratégia global para hanseníase 2016-2020: aceleração rumo a um mundo sem hanseníase. World Health Organization. Recuperado de https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3250850/mod_resource/content/1/9789290225201-Portuguese.pdf
- Palmeira, I. P., Queiroz, A. B. A., & Ferreira, M. A. (2012). Quando o preconceito marca mais que a doença. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(3), 187-199. Recuperado de <https://doaj.org/article/afdda26121664b729d560b61e89b5e04>
- Palmeira, I. P., Queiroz, A. B. A., & Ferreira, M. A. (2013). Marcas em si: vivenciando a dor do (auto) preconceito. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(6), 893-900. Doi: 10.1590/S0034-71672013000600013
- Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. (12a ed.). Porto Alegre: AMGH.
- Pelarigo, J. G. T., Prado, R. B. R., Nardi, S. M. T., Quaggio, C. M. P., Camargo, L. H. S., Marciano, L. H. S. C. (2014). Declínio cognitivo, independência funcional e sintomas

- depressivos em idosos com hanseníase. *Hansenologia Internationalis*, 39(1), 30-39.
Recuperado de http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=12228#
- Pereira, A. A. S., Couto, V. V. D., & Scorsolini-Comin, F. (2015). Motivações de idosos para participação no programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 16(2), 207-217. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902015000200011&lng=pt&tlng=pt.
- Pereira, D. S., Nogueira, J. A. D., & Silva, C. A. B. (2015). Quality of life and the health status of elderly persons: a population-based study in the central sertão of Ceará. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(4), 893-908. Doi: 10.1590/1809-9823.2015.14123
- Perez, A. J., Fiorin, A., Robers, D. S., Tavares, O., & Farinatti, P. T. V. (2012). Estudo comparativo da autonomia de ação de idosas residentes em áreas rurais e urbanas. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 14(1), 11-22. Doi: 10.5007/1980-0037.2012v14n1p11
- Pinheiro, F., Fº. (2004). A noção de representação em Durkheim. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, (61), 139-155. Doi: 10.1590/S0102-64452004000100008
- Pinto, E. P., Jr., Silva, I. T., Vilela, A. B. A., Casotti, C. A., Pinto, F. J. M., & Silva, M. G. C. (2016). Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24(4), 404-412. Doi: 10.1590/1414-462x201600040229
- Queiroz, T. A., Carvalho, F. P. B., Simpson, C. A., Fernandes, A. C. L., Figueirêdo, D. L. A., & Knackfuss, M. I. (2015). Perfil clínico e epidemiológico de pacientes em reação hanseníca. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(spe), 185-191. Doi: 10.1590/1983-1447.2015.esp.57405

- Rabelo, D. F., Davi, & E. H. D. (2017). Preconceito e discriminação contra o idoso e as práticas gerontológicas. In C. M. R. G. Carvalho, & L. F. Araújo (Orgs.). *Envelhecimento e práticas gerontológicas* (pp.101-114). Curitiba, CRV.
- Raman, R., Buckingham, J. & Raman, A. (2013). On the etiology of leprosy in nineteenth century Madras, India. *Indian Journal dermatology Venerologyand Leprology*, 79(2), 261-273. Doi: 10.4103/0378-6323.107660
- Reyes, E. R. (2013). Lepra asunto de preocupación de salud mundial. *Revista de ciencias médicas La Habana*, 19(3), 421-432. Recuperado de <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/617/1066>
- Ribeiro, G. C., & Lana, F. C. F. Incapacidades físicas em hanseníase: caracterização, fatores relacionados e evolução. *Cogitare Enfermagem*, 20(3), 496-503. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i3.41246>
- Sá, C. P. (1996). *Núcleo Central das Representações Sociais*. Petrópolis, Vozes.
- Sá, C. P. (2007). As representações sociais na história e na atualidade da Psicologia Social. In A. M. Jacó-Vilela, A. A. Ferreira, & F. T. Portugal. (Orgs.). *História da psicologia: rumos e percursos* (pp. 587-602). Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Sales, J. C. S., Luz, V. L. E. S., Castelo-Branco, F. M. F., Araújo, M. F. F., Castro, S. H. T. S., Silva, T. C. A. (2013). O significado da hanseníase para o agente comunitário de saúde. *Revista Interdisciplinar*, 6(1), 17-24. Recuperado de http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/5/pdf_5
- Santos, A. D., Santos, M. B., Barreto, A. S., Carvalho, D. S., Alves, J. A. B., & Araújo, K. C. G. M. (2016). Análise espacial e características epidemiológicas dos casos de hanseníase em área endêmica. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 10(Supl. 5), 4188-4197. Doi: 10.5205/reuol.9284-81146-1-SM.1005sup201604

- Santos, G. A. & Vaz, C. E. (2011). Relacionamento interpessoal e capacidade de iniciativa de homens e mulheres que vivenciam o envelhecimento bem-sucedido. In C. M. R. G. Carvalho, & L. F. Araújo (Orgs.). *As faces do envelhecimento humano: uma abordagem biopsicossocial* (pp. 29-44). Teresina, Piauí: EDUFPI.
- Santos, G. L. A., Santana, R. F., & Broca, P. V. (2016). Capacidade de execução das atividades instrumentais de vida diária em idosos: Etnoenfermagem. *Escola Anna Nery*, 20(3), e20160064. Epub June 07, 2016. Doi: 10.5935/1414-8145.20160064
- Santos, G. T., & Dias, J. M. B. (2015). Teoria das representações sociais: uma abordagem sociopsicológica. *PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP*, 8(1), 173-187. Recuperado de file:///C:/Users/MI/Downloads/1416-7098-1-PB.pdf
- Santos, K. S., Fortuna, C. M., Santana, F. R., Gonçalves, M. F. C., Marciano, F. M., Matumoto, S. (2015). Significado da hanseníase para pessoas que viveram o tratamento no período sulfônico e da poliquimioterapia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(4), 620-627. Doi: 10.1590/0104-1169.0323.2596
- Schimidt, T. C. G., & Silva, M. J. P. (2012). Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 612-617. Doi: 10.1590/S0080-62342012000300012
- Scoralick-Lempke, N. N., & Barbosa, A. J. G. (2012). Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29(Supl. 1), 647-655. Doi: 10.1590/S0103-166X2012000500001
- Silva, H. S., Silveira, M. H., & Freitas T. H. S. (2017). Práticas gerontológicas e os desafios da gerontologia como ciência e profissão. In C. M. R. G. Carvalho, & L. F. Araújo (Orgs.). *Envelhecimento e práticas gerontológicas* (pp.133-152). Curitiba, CRV.

- Silva, L. S. R., Silva, T. M., Rocha, J. T., Andrade, W. G., Lessa, E. C., & Correia, N. S. (2016). A assistência de enfermagem aos portadores de hanseníase assistidos pelo programa de saúde da família. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 10(11), 4111-4117. Doi: 10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201637
- Silva, R. S. O., Serra, S. M. F. S., Gonçalves, E. G. R., Silva, A. R. (2012). Hanseníase no Município de Buriticupu, Estado do Maranhão, Brasil: estudo de incapacidades em indivíduos no pós-alta. *Hansenologia Internationalis*, 37(2), 54-60. Recuperado de http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=12014
- Silveira, M. G. B., Coelho, A. R., Rodrigues, S. M., Soares, M. M., & Camillo, G. N. (2014). Portador de hanseníase: impacto psicológico do diagnóstico. *Psicologia & Sociedade*, 26(2), 517-527. Doi: 10.1590/S0102-71822014000200027
- Simpson, C. A., Miranda, F. A. N., Meneses, R. M., Carvalho, I. H. S., Cabral, A. M. F., & Santos, V. R. C. (2013). No habitus do antigo hospital colônia - representações sociais da hanseníase. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 5(3), 104-113. Doi: 10.9789/2175-5361.2013.v5i3.104-113
- Sommerhalder, C. & Erbolato, R. M. P. L. Sentido de vida e relacionamentos significativos na velhice. In C. M. R. G. Carvalho, & L. F. Araújo (Orgs.). *As faces do envelhecimento humano: uma abordagem biopsicossocial* (pp. 113-128). Teresina, Piauí: EDUFPI.
- Sousa, C. S., & Rodríguez-Miranda, F. P. (2015). Envelhecimento e Educação para Resiliência no Idoso. *Educação & Realidade*, 40(1), 33-51. Doi: 10.1590/2175-623645562
- Souza, E. A., Fº. (1993). Análise de Representações Sociais. In M. J. P. Spink (Org.). *O conhecimento no cotidiano*. São Paulo, Editora brasiliense.
- Souza, E. B., Neves, T. V., Diniz, A. P. M., Reis, I. B., Valentim, I. M., Rocha, E. S .D., . . . Castro, J. G. D. (2013). Percepções da doença e do tratamento pelos pacientes tratados de

- hanseníase residentes em Palmas-Tocantins. *Hansenologia Internationalis*, 38(1-2), 56-60.
- Souza, J., & Sena, T. (2014). O envelhecer institucionalizado de sujeitos sequelados pela Hanseníase da U/E Abrigo João Paulo II. *Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*, 17,(1), Recuperado de <https://revistas.pucsp.br//index.php/kairos/article/view/19879/14790>
- Souza, M. R. (2017). Corpo, velhice e subjetividades: cartografias do envelhecimento no sertão piauiense. In C. M. R. G. Carvalho, & L. F. Araújo (Orgs.). *Envelhecimento e práticas gerontológicas* (pp.339-356). Curitiba, CRV.
- Spink, M. J. P. (1993a). O estudo empírico das Representações Sociais. In M. J. P. Spink (Org.). *O conhecimento no cotidiano* (pp. 85-108). São Paulo, Editora brasiliense.
- Spink, M. J. P. (1993b). O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 300-308. Doi: 10.1590/S0102-311X1993000300017
- Torres, T. L., Camargo, B. V., Boulsifield, A. B., & Silva, A. O. (2015). Representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(12), 3621-3630. Doi: 10.1590/1413-812320152012.01042015
- Trindade, Z. A., Santos, M. F. S., & Almeida, A. M. O. Ancoragem: notas sobre consensos e dissensos. In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos & Z. A. Trindade (Orgs.). *Teoria das representações sociais: 50 anos* (pp. 133-162). Brasília: Scribd.
- Vala, J. (2006). *Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano*. In J. Vala, & M. B. Monteiro (Orgs.). *Psicologia Social* (7a ed., pp. 187-225). Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Valença, T. D. C., Santos, W. S., Lima, P. V., Santana, E. S., & Reis, L. A. (2017). Deficiência física na velhice: um estudo estrutural das representações sociais. *Escola*

- Anna Nery*, 21(1), e20170008. Epub 16 de janeiro de 2017. Doi: 10.5935/1414-8145.20170008
- Valer, D. B., Bierhals, C. C. B. K., Aires, M., & Paskulin, L. M. G. (2015). The significance of healthy aging for older persons who participated in health education groups. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(4), 809-819. Doi: 10.1590/1809-9823.2015.14042
- Veras, R. (2011). Desafios e conquistas advindas da longevidade da população brasileira: o setor saúde e as mudanças necessárias. In C. M. R. G. Carvalho, & L. F. Araújo (Orgs.). *As faces do envelhecimento humano: uma abordagem biopsicossocial* (pp. 13-28). Teresina, Piauí: EDUFPI.
- Vieira, C. S. C. A., Soares, M. T., Ribeiro, C. T. S. X., & Silva, L. F. G. (2008). Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com hanseníase. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(spe), 682-688. Doi: 10.1590/S0034-71672008000700005
- Vieira, D. C. R., & Aquino, T. A. A. (2016). Vitalidade subjetiva, sentido na vida e religiosidade em idosos: um estudo correlacional. *Temas em Psicologia*, 24(2), 483-494. Doi: 10.9788/TP2016.2-05Pt
- Vieira, K. F. L., Coutinho, M. P. L., & Saraiva, E. R. A. (2016). A Sexualidade Na Velhice: Representações Sociais De Idosos Frequentadores de Um Grupo de Convivência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(1), 196-209. Doi: 10.1590/1982-3703002392013
- Vieira, R. S. S., & Lima, M. E. O. (2015). Estereótipos sobre os idosos: dissociação entre crenças pessoais e coletivas. *Temas em Psicologia*, 23(4), 947-958. Doi: 10.9788/TP2015.4-11
- Vilela, D. A., & Rocha, J. C. T. Moradores do Hospital Colônia no Norte do Piauí: um estudo dos perfis de pacientes de hanseníase. *Cadernos de Estudos e Pesquisas*, 15(33), 55-60.

- Recuperado de <http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=1studospesquisa2&page=article&op=view&path%5B%5D=339&path%5B%5D=220>
- Wachelke, J. F. R. & Camargo, B. C. (2007). Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento. *Interamerican Journal of Psychology*, Sin mes, 379-390. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28441313>
- Wachelke, J. F. R., Camargo, B. V., Hazan, J. V., Soares, D. R., Oliveira, L. T. P., & Reynaud, P. D. (2008). Princípios organizadores da representação social do envelhecimento: Um estudo realizado com coletas de dados em ambientes de internet. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 13(2), 107-116. Doi: 10.1590/S1413-294X2008000200002
- Windisch, U. Representações sociais, sociologia e sociolinguística. O exemplo do raciocínio e da fala cotidianos. In D. Jodelet (Org.) *As representações sociais* (pp. 187-204). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Wolter, R. M. C. P. (2014). Serge Moscovici: um pensador do social. In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos & Z. A. Trindade (Orgs.). *Teoria das representações sociais: 50 anos* (pp. 27-38). Brasília: Scribd.
- Wolter, R. P., & Sá, C. P. (2013). As relações entre representações e práticas: o caminho esquecido. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 23(1), 87-105. Recuperado de http://www.academia.edu/11700993/As_rela%C3%A7%C3%B5es_entre_representa%C3%A7%C3%B5es_e_pr%C3%A1ticas_o_caminho_esquecido
- Wolter, R. P., Wachelke, J., & Naiff, D. (2016). A abordagem estrutural das representações sociais e o modelo dos esquemas cognitivos de base: perspectivas teóricas e utilização empírica. *Temas em Psicologia*, 24(3), 1139-1152. Doi: 10.9788/TP2016.3-18

World Health Organization. (2015). Global leprosy update, 2014: need for early case detection. *Weekly Epidemiological Record*, 90(36) Recuperado de <http://www.who.int/wer/2015/wer9036.pdf?ua=1>

Zamparoni, V. (2017). Lepra: doença, isolamento e segregação no contexto colonial em Moçambique. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 24(1), 13-39. Doi: 10.1590/s0104-59702016005000028

Zanin, L. E., Melo, D. H. Carneiro, M. S. M., Mendes, J. G., Pinto, V. P. t., Silva, L. W. B. . . . Rodrigues, A. K. M. (2016). Proposta e validação de um protocolo de triagem para identificar as manifestações fonoaudiológicas na hanseníase *Revista brasileira em promoção a saúde (Impr.)*, 29(4), 564-573. Recuperado de <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/05/832705/11-artigo-proposta-e-validacao-loise.pdf>

Apêndices

Apêndice A – Questionário Sociodemográfico

Prezado(a) participante:

O seguinte instrumento objetiva a obtenção de informações pertinentes à identificação de demandas sociais envolvendo o **envelhecimento e a hanseníase**, a partir do ponto de vista de moradores do Hospital Colônia do Carpina. Desde então, agradecemos sua preciosa participação e convidamos, caso ache oportuno, a colaborar na aplicação de um breve questionário. Estamos disponíveis para sanar qualquer dúvida a respeito do mesmo, bem como da referida pesquisa em andamento. Assim reforçamos o caráter **voluntário** para participação e garantimos todo o **sigilo** e/ou **anonimato** da sua participação, como rege o Comitê de Ética em Pesquisa.

Cordialmente,

Ádilo Lages Vieira Passos;

Orientador: Prof. Dr. Ludgleydson Fernandes de Araújo

1. **Qual seu sexo?** () Masculino () Feminino
2. **Qual é sua data de nascimento?** _____
3. **Qual seu estado civil?** () Solteiro/a () Casado/a () Separado/a ou divorciado/a () Viúvo/a () Outro: _____
4. **Qual a sua religião?** _____
5. **Qual sua escolaridade?** () Nunca frequentou a escola () Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio incompleto () Ensino superior completo () Ensino superior completo
6. **Qual a sua renda mensal?** () Até 1 salário mínimo () Entre 1 e 2 salários mínimos () Entre 2 e 3 salários mínimos () 3 ou mais salários mínimos
7. **Há quanto tempo o(a) senhor(a) foi diagnosticado(a) com a hanseníase?** _____
8. **Há quanto tempo o(a) senhor(a) mora na Colônia do Carpina?** _____

09. O(a) senhor(a) já recebeu o diagnóstico de cura da hanseníase?

Sim Não

10. O(a) senhor(a) recebe visita de familiares?

Diariamente Semanalmente Mensalmente Anualmente Nunca

Apêndice B – Teste de Associação Livre de Palavras

Instruções: A pesquisa em questão trata-se de um estudo científico. Desta forma, garantimos aos colaboradores que estes dados serão tratados estatisticamente, bem como o anonimato e a confidencialidade dos dados serão resguardados. Por favor, fale as primeiras cinco palavras que lhe vierem à cabeça quando eu lhe digo as seguintes palavras:

Palavra-Estímulo I: HANSENÍASE

----- ()

----- ()

----- ()

----- ()

----- ()

Palavra-Estímulo II: ENVELHECIMENTO

----- ()

----- ()

----- ()

----- ()

----- ()

Palavra-Estímulo III: HOSPITAL COLÔNIA DO CARPINA

----- ()

----- ()

----- ()

----- ()

----- ()

Apêndice C - Entrevista Semiestruturada

- 1. Para o(a) senhor(a), o que é hanseníase?**
- 2. Como o(a) senhor(a) entende o envelhecimento?**
- 3. O que o(a) senhor(a) pensa sobre a Colônia do Carpina?**

Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que será utilizada para a Dissertação de Mestrado de Ádilo Lages Vieira Passos, intitulada “**Representações sociais, hanseníase e envelhecimento: um estudo com moradores do Hospital Colônia no Piauí**”. Sua participação é isenta de qualquer custo, em caso de eventuais danos, será garantido o ressarcimento das despesas e indenizações. Você tem liberdade de acessar o instrumento mesmo antes de confirmar a sua participação e tem o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade. A sua participação é livre e voluntária, não conta com remuneração. Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. O pesquisador deverá esclarecer todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar.

Trata-se de um estudo pioneiro com o qual espera-se subsidiar futuras investigações, a partir dos dados obtidos, com o escopo de conhecer o conhecimento acerca do envelhecimento e da hanseníase. Tem como objetivo analisar as representações sociais dos moradores do Hospital Colônia do Carpina da cidade de Parnaíba-PI sobre o envelhecimento, a hanseníase e o sobre a própria instituição. A participação nesta pesquisa ocorrerá na sua própria instituição e consistirá em responder um questionário sociodemográfico, seguido por um teste de associação livre de palavras e uma entrevista semiestruturada. As respostas serão gravadas e transcritas na íntegra mantendo a privacidade do participante, com garantia de anonimato e sigilo com relação a todo o conteúdo fornecido. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo que os resultados desta pesquisa sejam divulgados de alguma forma. É válido destacar que será respeitado, caso algum participante

desista de responder aos instrumentos em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum ônus para os mesmos.

Podem surgir riscos de ordem física e/ou psicológica entre os participantes desta pesquisa decorrentes do preenchimento dos instrumentos, como por exemplo: constrangimentos, ansiedades, somatizações, raivas e medos. Caso ocorram tais riscos, a participação na pesquisa será interrompida imediatamente e o participante será encaminhado aos serviços das clínicas-escola de psicologia das faculdades privadas, universidades públicas e/ou dispositivos de saúde pública na cidade de Parnaíba/PI. Em caso de indisponibilidade de atendimento nos serviços elencados acima, os participantes serão encaminhados, sem nenhum ônus, para estabelecimentos privados, tendo assegurada assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios, pelo tempo que for necessário. Como benefício, esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu,

_____, aceito participar desta pesquisa, assinando este termo de consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Parnaíba, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do Participante

Nº Identidade: _____

Prof. Dr. Ludgleydson Fernandes de Araújo
Pesquisador responsável

Ádilo Lages Vieira Passos
Pesquisador participante

Se você tiver alguma consideração ou dúvida, entre em contato com:

Pesquisador responsável: Prof. Dr. Ludgleydson Fernandes de Araújo

E-mail: ludgleydson@yahoo.com.br

Telefone para contato: (86) 99850-3506 (Disponível também para receber ligações “a cobrar”)

Pesquisador participante: Ádilo Lages Vieira Passos

E-mail: adilolp@hotmail.com

Telefone para contato: (86) 99818-6892 (Disponível também para receber ligações “a cobrar”)

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa - UFPI. Campus Universitário Ministro Reis Velloso

Avenida São Sebastião, 2819 – Bloco 16 – Sala 05 – Bairro Reis Velloso.

CEP: 64202-020 – Parnaíba-PI.

tel.: (86) 3323-5251

E-mail: cep.ufp.cmrv@gmail.com web: www.ufpi.br/cep

Anexos

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Representações sociais do envelhecimento e da hanseníase: um estudo com usuários da Colônia do Carpina

Pesquisador: LUDGLEYDSON FERNANDES DE ARAÚJO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69177017.3.0000.5669

Instituição Proponente: UFPI - Campus Ministro Reis Velloso

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.311.177

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PARNAIBA, 03 de Outubro de 2017

Assinado por:

**Baldomero Antonio Kato da Silva
(Coordenador)**

Anexo B – Capítulo de Livro**Hanseníase e representações sociais: uma revisão sistemática da literatura**

Ádilo Lages Vieira Passos
Emerson Diogenes de Medeiros
Anna Clara de Araújo Cardoso
Ludgleydson Fernandes de Araújo
Fauston Negreiros

Considerada um problema de saúde pública no Brasil, a hanseníase é uma doença infectocontagiosa, passível de tratamento e cura (Ministério da Saúde, 2014; Monte & Pereira, 2015). Seu agente etiológico é o bacilo *Mycobacterium leprae*, caracterizado por seu alto poder de infectividade e, ao mesmo tempo, baixo potencial patogênico, em outras palavras, o bacilo é capaz de infectar um grande número de pessoas, mas por conta da interação entre o *M. leprae*, os fatores individuais e socioambientais, apenas um pequeno contingente de pessoas infectadas, de fato, desenvolvem a doença

Anexo C – Submissão de Artigo à Revista Subjetividades



'Sr Ádilo Lages Vieira Passos' via Revista Subjetividades <revistasubjetividades@gmail.com>

Responder | v

qua 18/04, 20:23

Você v

Você encaminhou esta mensagem em 18/04/2018 22:27

Sr Ádilo Lages Vieira Passos,

Agradecemos a submissão do trabalho "Hanseníase e envelhecimento: representações sociais dos moradores de um hospital-colônia" para a revista Revista Subjetividades.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <http://periodicos.unifor.br/rmes/author/submission/7835>

Login: adilo25

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Regina Heloisa Maciel
Revista Subjetividades

Anexo D – Submissão de Artigo à Revista Interações



Mestrado e Doutorado em Desenvolvimento Local <interacoes@ucdb.br>

seg 23/04, 22:53

Você ▾

Responder | ▾

Ádilo Passos,

Agradecemos a submissão do trabalho "Representações sociais da hanseníase: um estudo psicossocial com moradores de um antigo hospital colônia" para a revista Interações (Campo Grande).

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <http://www.interacoes.ucdb.br/author/submission/1944>

Login: adilo25

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Mestrado e Doutorado em Desenvolvimento Local
Interações (Campo Grande)

Anexo E – Submissão de Artigo à Revista Psico



Prof. Dr. Rodrigo Grassi-Oliveira <revistapsico@pucrs.br>

sáb 14/04, 13:03

Você ▾

↩ Responder | ▾

Sr Ádilo Lages Vieira Passos,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO PARA OS MORADORES DE UM HOSPITAL COLÔNIA" para Psico.

Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/author/submission/30362>

Login: adilo24

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Prof. Dr. Rodrigo Grassi-Oliveira

Psico

Anexo F – Submissão de Artigo à Revista Psicologia: Teoria e Prática

Revista Psicologia: Teoria e Prática



revistapsico <revistapsico@mackenzie.br>

sex 13/07, 09:30

Você; ludgleydson@yahoo.com.br; revistapsico (revistapsico@mackenzie.br) ↕

Responder | ▾

Você respondeu em 13/07/2018 11:51.

São Paulo, 13 de julho de 2018.

Prezados autores,

Agradecemos pelo envio do artigo "**Hanseníase e Moradores de um Hospital-Colônia: análise psicossocial**" (código **1802003**) para nossa avaliação.