

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

**O QUE O CORPO REVELA E O QUE ESCONDE: mulheres com o corpo alterado pela
hanseníase e suas implicações para o cuidado de si**

**Rio de Janeiro
2011**

IACÍ PROENÇA PALMEIRA

**O QUE O CORPO REVELA E O QUE ESCONDE: mulheres com o corpo alterado pela
hanseníase e suas implicações para o cuidado de si**

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção ao título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Márcia de Assunção Ferreira

Rio de Janeiro - RJ
2011

Palmeira, Iací Proença

O que o corpo revela e o que esconde: mulheres com o corpo alterado pela hanseníase e suas implicações para o cuidado de si/ Iací Proença Palmeira. – Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2011. 236f.: 31 cm.

Orientadora: Márcia de Assunção Ferreira

Tese (Doutorado em Enfermagem) – UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2011.

Referências bibliográficas: f. 159-171.

1. Hanseníase. 2. Corpo humano. 3. Mulheres. 4. Psicologia social. 5. Autocuidado. 6. Cuidados de enfermagem. I. Ferreira, Márcia de Assunção. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 610.73

IACÍ PROENÇA PALMEIRA

O QUE O CORPO REVELA E O QUE ESCONDE: mulheres com o corpo alterado pela hanseníase e suas implicações para o cuidado de si.

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em 14/07/2011

_____ - Presidente
Dra Márcia de Assunção Ferreira - Profa. Titular EEAN/UFRJ

_____ - 1º Examinador
Dr. Antonio Marcos Tosoli Gomes – Prof. Adjunto FENF/UERJ

_____ - 2ª Examinadora
Dra. Marilda Andrade – Profa. Associado EEAAC/UFF

_____ - 3ª Examinadora
Dra. Elizabeth Teixeira – Profa. Adjunto DFCS/UEPA

_____ - 4ª Examinadora
Dra. Ana Beatriz Azevedo Queiróz – Profa. Adjunto EEAN/UFRJ

_____ - Suplente
Dra. Márcia Tereza Luz Lisboa – Profa. Associado EEAN/UFRJ

_____ - Suplente
Dr. Luiz Fernando Rangel Tura - Prof. Associado IESC/UFRJ

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Pojucan Carrêra Palmeira (in memoriam), Luiza Emilia Proença Palmeira (in memoriam), e Dindinha: Nêda Augusta de Campos Proença (in memoriam).

*Meus queridos, meus velhos, meus amigos. Ausentes fisicamente, mas presentes em tudo que faço. Vocês me deram vida, amor e educação, enveredaram-me nos caminhos da aprendizagem, da ética, da dedicação, da superação e da perseverança. Saudades de nosso convívio, de nossa família, e da segurança de acordar e estar com vocês. A vocês devo meu nome, quem sou e o que vou deixar como semente. Gostaria muito que estivessem comigo para partilharmos este momento e dedicar-lhes esta tese. Muito obrigada por serem meus pais. Por toda minha vida e para a eternidade eu vou amá-los!
Minha querida Dindinha: todo meu carinho em reconhecimento ao seu amor dedicado a nós com inigualável desvelo - um pouco de mãe, um pouco de avó. Obrigada, minha velhinha!*

*Aos meus irmãos Ceuci, Caubi, Tândira e Adalçimar Gallo (cunhado, pai e irmão querido),
Dedico a vocês, por me fazerem presente nos três anos ausente. Obrigada, meus irmãos, o amor e apoio de vocês foram fundamentais. Sabemos que podemos contar uns com os outros em todos os momentos de nossas vidas. Vocês cuidaram das minhas coisas e resolveram meus problemas, como se eu estivesse presente. Amo e me orgulho de vocês, obrigada!*

*Aos meus sobrinhos: Lú e Analú; Avany e Helinho, Caubi Jr. e Amaury; Cacá e André; Paty (sobrinha que a vida deu).
Dedico a vocês, que são os filhos que Deus deu para eu amar em lugar de meu Danilo. Obrigada pelos telefonemas, pelo apoio, pela torcida e pelas mensagens. Vocês sempre dizem ter orgulho de mim, e eu retribuo dizendo: Tenho orgulho e amo ser tia de cada um de vocês!*

*Às minhas tias Astria, Tracy, Amassy e Tamar.
Obrigada pela força, pelo amor, carinho, orações, solidariedade, incentivo, ajuda nos momentos mais difíceis de minha vida, e, principalmente, por serem minhas tias. Amo vocês e tenho orgulho de ser Proença e Palmeira!*

*À Dona Júlia (in memoriam), um anjo em nossas vidas.
Esta tese também é sua. Obrigada pelo seu amor, por sua bondade, pela sua dedicação, pela sua lealdade, pela sua amizade e pelas suas orações. A senhora semeou amor em cada lugar por onde passou. Eternamente querida, saudades!*

*À Nina, minha filhinha canina, fiel escudeira e amiga incondicional.
Desde 2010 partilha de cada momento de minha vida, ficando aos meus pés dia após dia quando eu amanhecia e anoitecia estudando sem me afastar do computador. Sempre do meu lado, sem passear e brincar como qualquer outro cãozinho. Obrigada por compartilhar de minhas angústias, meus choros e meu mau humor; retribuindo sempre com muitos beijinhos e deitando a cabeça em meu colo. Tenho certeza de que, se pudesse falar, diria: "Calma, eu te amo e estou contigo pro que der e vier.". Eu também te amo minha quase "dogtora"! Essa tese tem marcas de tuas patinhas!*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Meu agradecimento ao Criador, que é luz e energia em minha vida.

Meu agradecimento ao Universo, que sempre conspira a meu favor, reforçando minhas convicções de que "Eu quero. Eu posso. Eu consigo". Consegui, e venci!

A Nossa Senhora de Nazaré e Santa Rita de Cássia, a fé e a presença constante de vocês em minha vida me deu a certeza de que vocês, como eu, "pegaram um ita no norte e vieram pro Rio morar". Segurar suas mãos, pedir a bênção e pedir para passarem na minha frente, tornaram meus dias melhores e diminuiu minha solidão. Obrigada!

Márcia de Assunção Ferreira, minha orientadora segura e competente, que não mediu distância para compartilhar comigo seus renomados saberes. Acreditou na minha capacidade de luta, me guiou para a concretização de mais um sonho, me incentivando a produzir ciência e a crescer pessoal e profissionalmente. Após essa parceria, jamais serei a mesma. Obrigada!

A Bia, obrigada pela boa vontade, prontidão e disponibilidade em iluminar os caminhos para o conhecimento das nuances do ALCESTE, decisivos nas análises aqui empreendidas.

À comunidade da Escola de Enfermagem Anna Nery – EEAN | UFRJ. Em um trabalho conjunto, vem mantendo a tradição desta Escola numa referência nacional e internacional no ensino da graduação e pós-graduação em Enfermagem. Vocês abriram os braços e gentilmente me acolheram por três anos. Eu agradeço de coração, e, também, abraço cada um de vocês.

A Sônia Maria da R. Xavier e Jorge Anselmo, Secretaria da Pós-Graduação e Pesquisa da EEAN|UFRJ, obrigada pelo atendimento personalizado, pela educação, pela simpatia e pela competência com que me atenderam cada vez que precisei. O nome de vocês é competência e trabalho.

À Dra. Angela Arruda, muito obrigada por disponibilizar o Programa ALCESTE. Sua colaboração foi decisiva para esta tese. À Cristal Aragão (doutoranda de Psicologia), a quem estendo a minha gratidão por dispor de seu tempo precioso e pela boa vontade em submeter duas vezes os meus dados ao Programa. Obrigada!

Aos doutores Luiz Fernando Rangel Tura, Marilda Andrade, Elizabeth Teixeira e Ana Beatriz Zucóroz, agradeço por acompanharem as várias etapas desta pesquisa, lendo atentamente, opinando e dando valiosas contribuições ao projeto e exame de qualificação. Aos doutores Marcos Tosoli e Márcia Lisboa, por terem aceitado somar e compor a banca de defesa, se dispondo a ler, ouvir e contribuir, somando conhecimentos. Obrigada!

A toda a equipe da URE Marcello Cândia, em especial à diretora Renata Novaes e aos funcionários do arquivo e atendentes dos consultórios, muito obrigada por me receberem tão bem, me ajudarem e me apoiarem na captação dos sujeitos.

Às Enfermeiras Cristina e Patricia (meus dois anjos da guarda na URE Marcello Cândia), enfermeiras competentes e amigas. Muito obrigada pela forma carinhosa com que me acolheram e pela valorosa colaboração em todos os momentos da pesquisa de campo. Tenho orgulho de ter ajudado a formá-las.

Às mulheres do estudo, que me falaram sobre seus cotidianos de coração aberto e sem preconceito. Obrigada pelas lições de vida e por me revelarem a grandeza de suas histórias; mesmo nas adversidades, o desejo de mudança se sobrepõe aos desafios a que são submetidas cotidianamente. Vocês são exemplos de superação!

Ao Ribamar (CEDS), obrigada pelos boletins atualizados de hauseniase cada vez que eu precisava e solicitava, mesmo naqueles momentos de grande demanda de trabalho na Coordenação. Tua colaboração foi especial!

Ao Antonio Carlos Fausto da Silva Júnior (Cacá), jornalista competente e afilhado querido. Muito obrigada pela valorosa ajuda na transcrição de cada uma das 43 entrevistas desta pesquisa. Tua acurácia nessa etapa, somada às anotações do não dito verbalmente, fizeram a diferença nos resultados analisados. Obrigada!

A Lí e Paty, sobrinhas queridas. Agradeço o apoio irrestrito cada vez que ligava desesperada com problemas operacionais e, também, humanos no computador. Sempre me atenderam com calma e boa vontade, ficando horas a fio no celular Rio-Belem, ditando passo a passo o que eu deveria fazer no computador. Obrigada pela paciência!

A Tândira, por dispor de seu exíguo tempo e enfrentar dois bancos simultaneamente para transferir o meu dinheiro no dia do pagamento durante 3 anos seguidos. Muito obrigada minha irmã e, também, ao Antonio Carlos ("Batata") por te acompanhar nessa "verdadeira provação".

A Ceuci, Adalcimar e Caubi, muito obrigada por tudo; vocês foram essenciais para que tudo desse certo!

A Dedé, por cuidar do meu lar como se eu lá estivesse. Muito obrigada!

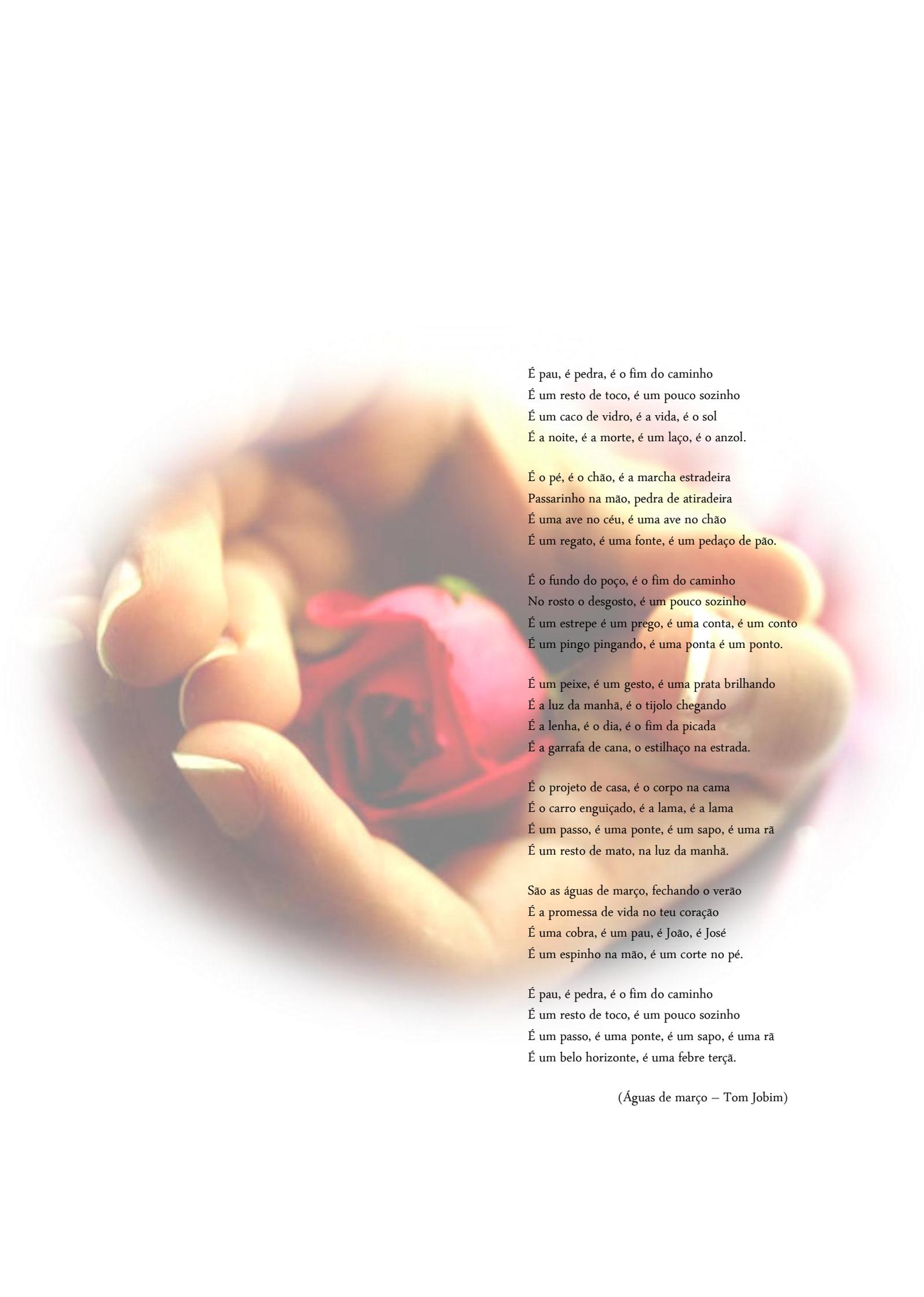
A Olga e Vicente, amigos de verdade são para sempre. Obrigada pela ajuda no lar que me acolheu nesses três anos; sem vocês como fiadores isso não seria possível. Obrigada pela amizade, solidariedade, confiança; pelos finais de semana juntos e pela presença de vocês nesses três anos longe de casa. Vocês fizeram minhas saudades, carências familiares, afetivas e regionais ficarem menores.

Aos primos queridos Luiz Antonio, Tereza e filhos, amei reencontrá-los e conviver com vocês nesse último ano. Vocês são maravilhosos. Muito obrigada!

Às amigas que incentivaram e acompanharam de perto (ou nem tanto) a minha ausência com telefonemas, mensagens e verdadeiras torcidas organizadas para que tudo desse certo. Listo-as com carinho por fazerem parte do meu círculo de amizade, além de se tratar de seres humanos maravilhosos: Ângela (Gegê), Cristina Damasceno (Cris), Maria José (Zezê), Liduina (Liti), Elaine, Rosângela Brazão (Companheira, vou esperar voltares curada de Sampa para comemorarmos meu título e a tua saúde. Te gosto desde a infância!), Elma, Izabel, Tereza, Neuralice, Silvinha e Fátima goiana (Amei te reencontrar no Rio de Janeiro. Tua colaboração e paciência em me ouvir treinar a apresentação oral do exame de qualificação, foi muito valorosa. Muito obrigada, minha amiga!).

À companheira Ana Graecinda, sempre presente nas discussões intermináveis sobre nossas teses... e, também, nos muitos e agradáveis momentos de lazer partilhados. Muito Obrigada!

A toda a comunidade do Curso de Enfermagem da USP, em especial a Margareth Sá, Mary Elizabeth, Margareth Boulhosa, Liracy, Carmem (Obrigada pela companhia e prontidão em cuidar de minha Nina. Valeu!) e Laura. Muito obrigada a todos!



É pau, é pedra, é o fim do caminho
É um resto de toco, é um pouco sozinho
É um caco de vidro, é a vida, é o sol
É a noite, é a morte, é um laço, é o anzol.

É o pé, é o chão, é a marcha estradeira
Passarinho na mão, pedra de atiradeira
É uma ave no céu, é uma ave no chão
É um regato, é uma fonte, é um pedaço de pão.

É o fundo do poço, é o fim do caminho
No rosto o desgosto, é um pouco sozinho
É um estrepe é um prego, é uma conta, é um conto
É um pingo pingando, é uma ponta é um ponto.

É um peixe, é um gesto, é uma prata brilhando
É a luz da manhã, é o tijolo chegando
É a lenha, é o dia, é o fim da picada
É a garrafa de cana, o estilhaço na estrada.

É o projeto de casa, é o corpo na cama
É o carro enguiçado, é a lama, é a lama
É um passo, é uma ponte, é um sapo, é uma rã
É um resto de mato, na luz da manhã.

São as águas de março, fechando o verão
É a promessa de vida no teu coração
É uma cobra, é um pau, é João, é José
É um espinho na mão, é um corte no pé.

É pau, é pedra, é o fim do caminho
É um resto de toco, é um pouco sozinho
É um passo, é uma ponte, é um sapo, é uma rã
É um belo horizonte, é uma febre terça.

(Águas de março – Tom Jobim)

RESUMO

PALMEIRA, Iací Proença. **O que o corpo revela e o que esconde**: mulheres com o corpo alterado pela hanseníase e suas implicações para o cuidado de si. Rio de Janeiro, 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

A hanseníase é uma das principais causas de incapacidade permanente no mundo. Embora não fatal, os sintomas crônicos, em geral, atingem os indivíduos em seus estágios de vida mais produtivos, impondo à sociedade um ônus socioeconômico significativo. Objetivou-se analisar as representações sociais do corpo por mulheres com o corpo alterado pela hanseníase; caracterizar as práticas de cuidado de si adotadas por tais mulheres; descrever as relações existentes entre a forma como as mulheres lidam com seus corpos, as práticas de cuidado de si adotadas e as representações sociais do corpo alterado pela hanseníase; e discutir a problemática dessas mulheres para o alcance de ações de saúde a elas dirigidas e a seus conviventes, que relevem suas subjetividades. Pesquisa qualitativa, descritiva, utilizando a Teoria das Representações Sociais. Participaram 43 mulheres com o corpo alterado pela hanseníase, matriculadas em uma Unidade de Referência Especializada no Pará, Brasil. As técnicas de produção de informações foram: a entrevista semiestruturada, a observação em sala de espera, e a captação do perfil sociodemográfico e clínico-terapêutico das mulheres. Aplicou-se a estatística simples e percentual na análise dos dados deste perfil. As entrevistas foram processadas pelo Programa ALCESTE. Estudo aprovado por um Comitê de Ética de Pesquisa, Protocolo 31/2009. Resultados do perfil sociodemográfico: 37,21% das mulheres estavam na faixa etária entre 29 e 38 anos, residiam em Marituba/Pará (53,81%) e 58,14% possuíam renda entre um e dois salários mínimos nacionais. Quanto ao tratamento, 79,07% das mulheres eram multibacilares, 53,49% tinham grau zero de incapacidade e 62,79% tinham reações hansênicas. Quanto ao ALCESTE, o Programa selecionou 710 u.c.e., perfazendo 83% de aproveitamento, sendo estas agrupadas em quatro classes lexicais: Classe 1 – Cuidando do corpo que eu sou para voltar ao corpo que eu fui: o cuidado de si; Classe 2 – A prática do cuidado prescrito e o cuidado de si na reabilitação; Classe 3 – Marcas em si: vivenciando a dor do (auto)preconceito; Classe 4 – Marcas causadas pelos outros: vivenciando o medo do contágio. As classes 1 e 2 têm como ideia central o cuidado de si, a primeira com um corpo sem incapacidades e a segunda com um corpo incapacitado. Por sua vez, nas classes 3 e 4 o sentido semântico aponta o (auto)preconceito como o organizador das representações sociais sobre o tratamento e o contágio, respectivamente. Conclui-se que as representações sociais do corpo alterado objetivam-se em imagens metafóricas (bichos de sete cabeças), de animais com aspecto repulsivo (cobras, sapo), e de alimentos que não devem ser consumidos e sim desprezados (feijão podre), e ancoram-se na história da lepra, do curso do câncer e da recente Aids. As representações orientam os comportamentos das mulheres ante a hanseníase, os quais são significantes para protegê-las de comportamentos estigmatizantes (dos outros). Tentando ressignificar seus corpos, mobilizam afetos que as impulsionam ao cuidado de si, visando interromper a doença e voltarem ao corpo anterior, resguardando-se do preconceito. Aos enfermeiros cabe considerar as subjetividades destas mulheres, relativas aos seus corpos, para atuarem na promoção e realização de cuidados que atendam mais propriamente as necessidades femininas.

Palavras-Chave: Hanseníase. Corpo humano. Mulheres. Psicologia Social. Autocuidado. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

PALMEIRA, Iací Proença. **What the body reveals and what it hides:** women whose bodies Hansen's disease has altered and its implications for self-care. Rio de Janeiro, 2011. Doctoral Dissertation in Nursing – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

Hansen's disease is one of the main causes of permanent disability around the world. Although not fatal, chronic symptoms generally affect individuals in their most productive stages of life, imposing a significant socioeconomic burden on society. The goal was to analyze the social representation of the body among women whose body Hansen's disease has altered; to characterize the self-care practices these women have adopted; to describe the relations between the way these women deal with their bodies, the self-care practices they adopt and the social representations of the body altered by Hansen's disease; and to discuss these women's problem to reach health actions for them and their relatives which take into account their subjectivities. A qualitative and descriptive research was carried out, based on the Theory of Social Representations. Participants were 43 women whose bodies Hansen's disease had altered, enrolled at a Specialized Referral Unit in Pará, Brazil. The following information production techniques were used: semistructured interview, observation at the waiting room, and survey of the women's socio-demographic and clinical-demographic profile. Simple and percentage statistics were applied to analyze these profile data. Interviews were processed in ALCESTE software. Approval was obtained from an Institutional Review Board, protocol 31/2009. Socio-demographic profile results: 37.21% of the women are between 29 and 38 years old, live in Marituba/Pará (53.81%) and 58.14% gain between one and two minimum wages. As for treatment, 79.07% were multibacillary, the disability level was zero in 53.49% and 62.79% suffered leprosy reactions. ALCESTE software selected 710 elementary context units, totaling 83% of exploitation, which were grouped in four lexical classes: Class 1 – Taking care of the body I am to return to the body I was: self-care; Class 2 – The practice of prescribed care and care of themselves in rehabilitation; Class 3 - Marks on oneself: experiencing the pain of (self)prejudice; Class 4 - Marks caused by others: experiencing the fear of contagion. The central idea of classes 1 and 2 is self-care, the former as a non-disabled body and the latter as a disabled body. In classes 3 and 4, in turn, the semantic meaning appoints (self) prejudice as the structuring element of social representations about treatment and contagion, respectively. In conclusion, social representations of the altered body take the form of metaphorical images (rocket science), repulsive animals (snakes, frogs), and foods that should not be consumed but cast away (rotten beans), based on the history of Hansen's disease, the course of cancer and, recently, Aids. The representations orient the women's behaviors towards Hansen's disease, which are significant to protect them against (other people's) stigmatizing behaviors. In the attempt to grant a new meaning to their bodies, they mobilize affections that drive them towards self-care, with a view to interrupting the disease and returning to their previous bodies, protecting themselves from prejudice. Nurses fit consider subjectivities of these women, concerning their bodies, to act on the promotion and realization of care that meet women's needs more properly.

Keywords: Hansen's disease. Human body. Women. Social Psychology. Self-care. Nursing care.

RESUMEN

PALMEIRA, Iací Proença. **Lo que el cuerpo revela y lo que oculta:** mujeres con el cuerpo alterado por la lepra y sus implicaciones para el autocuidado. Río de Janeiro, 2011. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Río de Janeiro, Río de Janeiro, 2011.

La lepra es una de las principales causas de incapacidad permanente en el mundo, aunque no se fatal, los síntomas crónicos, en general, atingen los individuos en sus estadios de vida más productivos, causando a la sociedad un onus socioeconómico significativo. Se objetivo analizar las representaciones sociales del cuerpo por mujeres con el cuerpo alterado por la lepra; caracterizar las prácticas de autocuidado adoptadas por tales mujeres; describir las relaciones existentes entre la manera como las mujeres conviven con sus cuerpos, las prácticas de autocuidado adoptadas y las representaciones sociales del cuerpo alterado por la lepra; y discutir la problemática de esas mujeres para el alcance de acciones de salud dirigidas a ellas y a sus convivientes, que consideren sus subjetividades. Investigación cualitativa, descriptiva, utilizando la Teoría de las Representaciones Sociales. Participaron 43 mujeres con el cuerpo alterado por la lepra, matriculadas en una Unidad de Referencia Especializada en Pará, Brasil. Las técnicas de producción de informaciones fueron: la entrevista semiestructurada, la observación en sala de espera, y la captación del perfil sociodemográfico, clínico y terapéutico de las mujeres. En el análisis de los datos de este perfil, se aplicó la estadística simple y porcentual. Las entrevistas se procesaron en el Programa ALCESTE. Estudio aprobado por un Comité de Ética de Investigación, protocolo 31/2009. Resultados del perfil sociodemográfico: 37,21% de las mujeres están en la faja etárea entre 29 y 38 años, viven en Marituba/Pará, Brasil (53,81%) y 58,14% viven con uno o dos salarios mínimos nacionales. Cuanto a terapéutica, 79,07% de las mujeres tenían varios bacilos, 53,49% tenían grado cero de incapacidad y 62,79% tenían reacciones de la lepra. Cuanto al ALCESTE, el Programa seleccionó 710 u.c.e., con 83% de aprovechamiento, siendo estas agrupadas en cuatro clases léxicas: Clase 1 - Cuidando del cuerpo que yo soy para volver al cuerpo que yo fue: el autocuidado; Clase 2 – La práctica de la atención prescrita y el autocuidado en la rehabilitación; Clase 3 - Marcas en si mismas: vivenciando el dolor del (auto)prejuicio; Clase 4 - Marcas causadas por los otros: vivenciando el miedo del contagio. Las clases 1 y 2 tienen como idea central el autocuidado, la primera con un cuerpo sin incapacidades y la segunda con un cuerpo con incapacidades. A su vez, en las clases 3 y 4 el sentido semántico apunta el (auto)prejuicio como elemento que estructura las representaciones sociales sobre la terapéutica y el contagio respectivamente. Se concluye que las representaciones sociales del cuerpo alterado se objetivan en imágenes metafóricas (bichos-de-siete-cabezas), de animales con aspectos repulsivos (cobras, sapo), y de alimentos que no deben ser consumidos, pero despresados (fréjol pútrido), y se anclan en la historia de la lepra, del cáncer y de la reciente Sida. Las representaciones orientan los comportamientos de las mujeres frente a la lepra, los cuales son significantes para protegerlas de comportamientos estigmatizantes (de los otros). Intentando resignificar sus cuerpos, movilizan afectos que las llevan al autocuidado, objetivando interromper la enfermedad y volvieran al cuerpo anterior, se protegiendo del prejuicio. Los enfermeros deben considerar las subjetividades de estas mujeres, relativas a sus cuerpos, para actuaren en la promoción y realización de atenciones volcadas, más efectivamente, a las necesidades femeninas.

Palabras claves: Lepra. Cuerpo humano. Mujeres. Psicología Social. Autocuidado. Atención de enfermería.

LISTA DE FIGURAS

p.

Figura 1	Mapa de localização da região metropolitana de Belém/PA.....	55
Figura 2	Mapa de localização da antiga Colônia de Marituba/PA.....	56
Figura 3	Fotografia do <i>kit</i> de cuidados pessoais.....	67
Figura 4	Fotografia da pesquisadora com o <i>kit</i> de cuidados pessoais e uma mulher do estudo.....	67
Figura 5	Representação gráfica dos resultados do processamento do texto pelo Programa ALCESTE – número de u.c.e. e número de palavras analisáveis por classe.....	70
Figura 6	Divisão das classes - Classificação Hierárquica Descendente.....	70
Figura 7	Dendograma – Organização das classes a partir da análise lexical das entrevistas pelo Programa ALCESTE.....	71
Figura 8	Esquema explicativo das representações sociais do tratamento da hanseníase.....	107
Figura 9	Esquema explicativo das representações sociais sobre o contágio.....	120
Figura 10	Esquema explicativo sobre as demandas de cuidado de si com o corpo alterado sem deformidades.....	135
Figura 11	Esquema explicativo sobre as demandas de cuidado de si com o corpo alterado e com incapacidades físicas.....	149
Figura 12	Campo das representações sociais do corpo por mulheres com alterações corporais pela hanseníase e suas implicações e demandas de cuidado de si.....	157

LISTA DE QUADROS

		p.
Quadro 1	Classificação e codificação das variáveis do <i>corpus</i> submetido ao Programa ALCESTE.....	69
Quadro 2	Classes produzidas pelo Programa ALCESTE com as respectivas nomações.....	73
Quadro 3	Palavras representativas da classe 3.....	86
Quadro 4	Palavras representativas da classe 4.....	108
Quadro 5	Palavras representativas da classe 1.....	122
Quadro 6	Palavras representativas da classe 2.....	136

LISTA DE TABELAS

		p.
Tabela 1	Distribuição de mulheres segundo a faixa etária. Marituba/PA-2009.	76
Tabela 2	Distribuição de mulheres segundo o município de residência. Marituba/PA- 2009.....	77
Tabela 3	Distribuição de mulheres segundo a religião. Marituba/PA-2009.....	77
Tabela 4	Distribuição de mulheres segundo a presença ou ausência de relacionamento estável. Marituba/PA- 2009.....	78
Tabela 5	Distribuição de mulheres segundo o nível de escolaridade Marituba/PA- 2009.....	78
Tabela 6	Distribuição de mulheres segundo a renda familiar baseada no salário mínimo nacional vigente. Marituba/PA- 2009.....	79
Tabela 7	Distribuição de mulheres segundo a atividade laboral remunerada fora do domicílio. Marituba/PA- 2009.....	79
Tabela 8	Distribuição de mulheres segundo a classificação operacional no tratamento poliquimioterápico. Marituba/PA- 2009.....	80
Tabela 9	Distribuição de mulheres segundo a forma clínica com que fizeram ou faziam tratamento poliquimioterápico. Marituba/PA-2009.....	81
Tabela 10	Distribuição de mulheres segundo o grau de incapacidade física no momento da pesquisa. Marituba/PA- 2009.....	81
Tabela 11	Distribuição de mulheres segundo a presença ou ausência de estado reacional. Marituba/PA- 2009.....	82
Tabela 12	Distribuição de mulheres segundo os critérios de alta curada normatizados pelo Ministério da Saúde. Marituba/PA-2009.....	82

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

ABEN	Associação Brasileira de Enfermagem
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ALCESTE	Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte
AVD	Atividades da vida Diária
BCG	Baccille Calmette-Guérin ou vacina contra tuberculose
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEDS	Coordenação Estadual de Dermatologia Sanitária
CEPEN	Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
ENH	Eritema Nodoso Hansênico
LDI	Laboratório de Dermato-Imunologia
MB	Multibacilar
MMII	Membros Inferiores
MORHAN	Movimento de Reintegração dos Hansenianos
MPP	Mal Perfurante Plantar
NAEA	Núcleo de Altos Estudos Amazônicos
NUCLEARTE	Núcleo de Pesquisa em Fundamentos do Cuidado e Enfermagem
OMS	Organização Mundial de Saúde
PB	Paucibacilar
PQT	Poliquimioterapia

RR	Reação Reversa
RS	Representação Social
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SEGEP	Secretaria Geral de Planejamento e Gestão
SESPA	Secretaria Executiva de Saúde Pública
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Sistema de Vigilância Sanitária
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde
u.c.e.	Unidade de Contexto Elementar
u.c.i.	Unidade de Contexto Inicial
UEPA	Universidade do Estado do Pará
UFPA	Universidade Federal do Pará
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
URE	Unidade de Referência Especializada
χ^2	Qui-Quadrado

SUMÁRIO

		p.
CAPÍTULO 1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	18
1.1	CIRCUNSTÂNCIAS DO ESTUDO.....	18
1.2	A PROBLEMÁTICA E A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	22
	Pressuposto de tese.....	24
	O objeto de estudo	24
	As questões de Pesquisa	24
	Os objetivos do estudo	25
1.3	JUSTIFICATIVA	26
1.4	RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO	28
CAPÍTULO 2	REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL.....	31
2.1	TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS) E SUA APLICABILIDADE À PESQUISA	31
2.2	DOENÇA E CORPO: OBJETOS DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA HANSENÍASE.....	37
2.3	O CUIDADO	45
CAPÍTULO 3	METODOLOGIA	53
3.1	TIPO DE ESTUDO	53
3.2	CAMPO DE ESTUDO	54
3.2.1	A Unidade de Referência Especializada: antecedentes históricos e o momento atual	54
3.2.2	A exploração do campo de pesquisa	58
3.3	OS SUJEITOS	59
3.4	AS TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES.....	61
3.5	AS DIFICULDADES ENCONTRADAS NA PESQUISA DE CAMPO E AS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA A CAPTAÇÃO DOS SUJEITOS	65
3.6	ORGANIZAÇÃO E TRATAMENTO DAS INFORMAÇÕES.....	67
	O preparo do <i>corpus</i> e a submissão ao Programa ALCESTE	68
	Figuras de rodagens.....	69
3.7	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS APÓS O PROCESSAMENTO DOS CONTEÚDOS DAS ENTREVISTAS PELO PROGRAMA ALCESTE.....	72
3.8	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	74

CAPÍTULO 4	CONHECENDO AS MULHERES	75
4.1	O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	76
4.2	O PERFIL CLÍNICO TERAPÊUTICO DAS MULHERES.....	80
4.3	RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA: A SALA DE ESPERA.....	83
CAPÍTULO 5	MARCAS DA HANSENÍASE: QUANDO O PRECONCEITO MARCA MAIS QUE A DOENÇA.....	85
5.1	CLASSE 3 – MARCAS EM SI: VIVENCIANDO A DOR DO (AUTO)PRECONCEITO	86
5.2	CLASSE 4 – MARCAS CAUSADAS PELOS OUTROS: VIVENCIANDO O MEDO DO CONTÁGIO.....	108
CAPÍTULO 6	O CUIDADO DE SI COMO ESTRATÉGIA DE RESGATE AO CORPO ANTERIOR.....	121
6.1	CLASSE 1 – CUIDANDO DO CORPO QUE EU SOU PARA VOLTAR AO CORPO QUE EU FUI: A PRÁTICA DO CUIDADO DE SI.....	122
6.2	CLASSE 2 – A PRÁTICA DO CUIDADO PRESCRITO E O CUIDADO DE SI NA REABILITAÇÃO:.....	136
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	151
	REFERÊNCIAS	159
	APÊNDICES	172
	ANEXOS	182



CAPÍTULO 1

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

CAPÍTULO 1

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 CIRCUNSTÂNCIAS DO ESTUDO

A hanseníase, também chamada doença de Hansen ou Morbus Hansen (MH), é considerada uma das mais antigas doenças do homem. É uma doença infecciosa de evolução crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, que lesa principalmente os nervos periféricos, a pele, a mucosa nasal e os olhos. Apesar dos avanços quanto ao tratamento, cura e controle do portador, ainda se constitui num problema social grave e atual.

Como principal causa de incapacidade permanente no mundo, embora não fatal, os sintomas crônicos geralmente atingem os indivíduos em seus estágios de vida mais produtivos e, portanto, impõem à sociedade um ônus social e econômico significativo. A associação da hanseníase com o termo “lepra” é uma das principais origens dos preconceitos atribuídos à doença.

Na hanseníase, as incapacidades físicas são classificadas em três graus: 0, 1 e 2. Classifica-se como grau 0 o portador que não apresenta problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase. Como grau 1, quando apresenta diminuição ou perda de sensibilidade nos olhos e/ou nas mãos e/ou nos pés (ao utilizar-se o estesiômetro, o usuário não sente o monofilamento lilás (2,0 g) ou toque de caneta). No que tange ao grau 2 de incapacidade, o portador apresenta um ou mais dos seguintes comprometimentos: olhos – lagofalmo e/ou ectrópio, triquíase, opacidade corneana central, acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 m; mãos – lesões tróficas e/ou lesões traumáticas, garras, reabsorção, mão caída; pés – lesões tróficas e/ou traumáticas, garras, reabsorção, pé caído, contratura do tornozelo (BRASIL, 2008).

O fato é que a hanseníase instiga, não só pela magnitude de seu problema na saúde pública do Brasil e do Estado do Pará, que contribui com uma grande fatia dos casos que fazem deste país o segundo em números absolutos de casos, mas, também, pelo seu aspecto estigmatizante e as formas como os portadores se veem diante de uma sociedade preconceituosa, apesar das campanhas educativas enfatizarem os sinais precoces e a cura da doença em, no máximo, 18 meses.

Mesmo sendo comprovada cientificamente a possibilidade de cura, ainda é uma doença endêmica nacional e, por isso, se constitui em um problema de saúde pública para o país, que continua com altos índices de detecção.

Em 2009 foram descobertos 37.610 casos novos de hanseníase no Brasil, o que equivale a um coeficiente de detecção de 19,64/100.000 habitantes. No que tange ao tratamento, 38.179 pessoas estavam fazendo poliquimioterapia, originando um coeficiente de prevalência de 1,99/10.000 habitantes (BRASIL, 2010a).

O Brasil foi o segundo país com o maior número de casos registrados em 2009, tendo um alto coeficiente de detecção, sendo a doença considerada como um relevante problema de saúde pública. Quanto à população menor de 15 anos, em 2009 foram detectados 2.669 novos casos no Brasil, com um coeficiente de detecção de 5,49/100.000 habitantes (BRASIL, 2010a), considerado um parâmetro muito alto pelo Ministério da Saúde.

No cenário nacional, destaca-se o Pará, que também mantém a tendência da doença e contribui significativamente para o índice brasileiro. Em 2009 foram detectados 4.076 casos, e a taxa de detecção de 55,70/100.000 habitantes (BRASIL, 2010a) o coloca na 5^a posição, ficando atrás de Mato Grosso, Tocantins, Rondônia e Maranhão, respectivamente.

Outro indicador capaz de evidenciar a gravidade dessa endemia no estado é a taxa de 19,11/100.000 habitantes de casos detectados em menores de 15 anos no ano de 2009 (BRASIL, 2010a), evidenciando a magnitude da doença devido à alta carga bacilar existente, favorecendo o adoecimento precoce deste grupo da população, podendo ser explicado pela diminuição da resposta imunitária vinculada ao estado nutricional das crianças, além do elevado potencial de transmissão em áreas com altas densidades demográficas.

A hanseníase está inserida entre as prioridades do Pacto pela Vida (BRASIL, 2006). A assistência integral à pessoa com hanseníase requer a organização de equipes multidisciplinares na rede pública de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), na Atenção Básica à média e alta complexidade; no entanto, todos os casos de hanseníase podem ser diagnosticados, tratados e curados na Atenção Básica.

Dentre as ações de controle da hanseníase, a vigilância de contatos (BRASIL, 2009) é fundamental para a interrupção da cadeia de transmissão da doença, pois permite o diagnóstico precoce dos casos. Contudo, no Pará, no ano de 2009, somente 52,5% dos contatos registrados foram avaliados (BRASIL, 2010a). Ora, devido ao contágio da doença requerer um contato “íntimo e prolongado”, o convívio do portador com seus contatos

domiciliares aumenta a probabilidade destes virem a adoecer; sendo, portanto, este o grupo sobre quem as ações devem ser redobradas, pois geralmente aí está a fonte de infecção.

Dessa forma, a negligência relativa à vigilância desse grupo acarreta a detecção tardia de casos, muitas vezes diagnosticados com incapacidades já instaladas, levando ao surgimento de alterações corporais visíveis que podem se traduzir em representações negativas sobre si e discriminação social.

A investigação epidemiológica de todo caso novo visa identificar a fonte de contágio do doente, descobrir novos casos de hanseníase entre os conviventes no mesmo domicílio e administrar uma dose da vacina BCG, utilizada para aumentar a imunidade contra as formas multibacilares (MB) da hanseníase.

Infelizmente a hanseníase está longe de ser controlada no Brasil e no Pará. Assim, a doença tem alta magnitude nas regiões menos abastadas. Por conta disso, o Norte, o Nordeste e parte do Centro-Oeste do país apresentam grande concentração de casos, uma vez que essas regiões concentram grandes bolsões de populações carentes e vulneráveis, com muitas dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Um fator muito importante para a redução da carga bacilar e social da doença está relacionado à capacidade de se diagnosticar os casos de hanseníase mais precocemente, reduzindo as incapacidades físicas, além de fornecer um tratamento adequado para as incapacidades já instaladas. Dessa forma, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde servem de óbice ao diagnóstico precoce.

Segundo Oliveira; Gomes; Oliveira (1999), a hanseníase desencadeia vários problemas que aparecem antes mesmo de seu diagnóstico definitivo, os quais decorrem dos comprometimentos dermatológicos e das manifestações neurológicas que comprometem a capacidade laboral. Para os autores, quando é revelado o nome da doença ocorre um impacto no convívio familiar e a intensidade desse impacto está intimamente ligada aos conhecimentos prévios sobre a doença.

Imagens de corpos com áreas anestésicas causadas pela hanseníase são veiculadas pela mídia em campanhas do Ministério da Saúde como estratégia para a detecção precoce de casos, com vistas a alertar a população para a auto-observação e busca dos serviços de saúde em casos de suspeição. O certo é que essas campanhas conseguem aumentar a procura aos serviços de saúde por essa causa; entretanto, reforçam as representações sociais da doença no imaginário social (OLIVEIRA *et al.*, 2003).

Nessa perspectiva, ser portador de hanseníase configura-se numa vivência desencadeante de grande vulnerabilidade psicológica não só por se tratar de uma doença potencialmente incapacitante, mas, também, porque sua trajetória terapêutica induz, muitas vezes, a alterações estigmatizantes na imagem corporal (reações hansênicas) que repercutem na autoestima e na identidade desses portadores.

Compreender que impacto o imaginário da lepra teve sobre as práticas sociais e como se produziram as representações sobre a hanseníase permite localizar a herança que nos foi legada por aquela, tendo em vista os grupos sociais compartilharem de memória social comum ou central sobre a doença.

Levando em conta o simbolismo que essa doença assumiu historicamente no contexto ocidental e que conduziu à segregação sistemática desses doentes, cabe referir Foucault (2008a), que destacou que no século XIX aplicaram-se técnicas de poder disciplinar ao espaço de exclusão no qual o “leproso” era o habitante simbólico e utilizaram-se processos de individualização para marcar quem era “leproso”, de modo a incidir contra ele os mecanismos da exclusão, assumidos como medir, controlar e corrigir os anormais. A lepra passou a ser um adjetivo, e leproso tornou-se sinônimo de estigmatizado, ou mesmo de intocável.

Com base nessas reflexões, admite-se que o portador de hanseníase ainda produz representação sobre “ser leproso”, e ele mesmo participa da construção social dessas representações, inclusive hoje, quando não mais a doença se denomina lepra e sim hanseníase. Assim, seus conceitos, crenças e valores sobre a doença modelam suas representações. Nesse sentido:

O indivíduo sofre a pressão das representações dominantes na sociedade e, é nesse meio que pensa ou exprime seus sentimentos. Essas representações diferem de acordo com a sociedade em que nascem e são moldadas (MOSCOVICI, 2001, p. 64-65).

Desse modo, a mudança de nomenclatura fez com que a doença, de altamente contagiosa, ao ponto de transformar um toque num interdito, passasse a ser pouco contagiosa. De incurável passou a ser facilmente curável, e a ênfase das ações de controle deixou de ser sobre a segregação dos doentes e passou a ser sobre o diagnóstico precoce.

Quanto a essa questão, Cruz *et al.* (1998) dizem que a hanseníase é uma doença infecto-contagiosa causada por um bacilo que apresenta alta infectividade, daí infectar muitas pessoas; porém, com baixa patogenicidade, ou seja, pouco poder de produzir doença, e alta virulência devido o seu alto potencial incapacitante. Por isso se dizer que, apesar do bacilo de

Hansen infectar muitas pessoas, destas poucas adoecem e as que adoecem têm uma grande chance de desenvolver incapacidades caso não sejam detectadas e tratadas precocemente.

Considera-se que a marca mais profunda causada pelo diagnóstico de estar com a doença hanseníase seja o medo da rejeição. Nesse processo, a equipe de saúde pode ajudar a buscar a melhor maneira de lidar com o impacto emocional da experiência, acompanhando o doente e seus contatos, considerando-se os aspectos psicológicos e sociais que podem influenciar no processo da doença, seu tratamento e cuidado.

1.2 A PROBLEMÁTICA E A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O despertar para a hanseníase advém dos 31 anos de prática profissional como Enfermeira de Saúde Pública, na assistência, como técnica da Coordenação Estadual de Dermatologia Sanitária do Estado do Pará e como docente da disciplina Enfermagem em Doenças Transmissíveis da Universidade do Estado do Pará.

De 1982 a 1993 atuei exclusivamente no campo da prática assistencial de enfermagem, na área de saúde pública. Em 1993 deu-se meu ingresso na Universidade do Estado do Pará como docente, ministrando a disciplina Enfermagem em Doenças Transmissíveis. A docência, aliada às atividades técnicas da Coordenação de Dermatologia Sanitária, exercidas por sete anos, completaram as aspirações, pois conjugaram as atividades de controle da endemia com o ensino e a assistência propriamente dita.

Nesse sentido, o contato direto com o portador levou à busca de informações advindas de sua linguagem verbal, mas também não verbal, pela observação de seu corpo, pois as marcas na pele podem ser facilmente detectáveis se o profissional estiver capacitado para tal. Porém, relativo ao que não é visível, se o profissional não estiver sensibilizado, fixará sua atenção somente no corpo visível e no tratamento medicamentoso, deixando de lado os problemas psicossociais dos usuários, as orientações educativas e a detecção precoce das incapacidades físicas.

No decurso da prática profissional, ao atender portadores de hanseníase com alterações corporais, um fato que sempre chamava a atenção era que o cuidado dispensado pelas mulheres ao seu corpo alterado era diferente do realizado pelos homens.

Não que eles não se cuidassem ou não se incomodassem com tais alterações, mas era menos comum expressarem isso. A maioria das mulheres, no entanto, independente da situação financeira, se mostravam mais zelosas, demonstravam claramente suas inquietações com as alterações apresentadas e as repercussões na aparência; sempre questionavam o

porquê de terem piorado após o início do tratamento, evidenciando insatisfação com o que, para elas, era o novo.

Em atenção ao cuidado consigo, evitavam exposições solares e, quando inevitável, se protegiam com sombrinhas, e, mesmo com muitas dificuldades financeiras, davam um jeito de comprar um protetor solar e/ou um hidratante corporal para melhorar a aparência de suas peles.

Os homens também se cuidavam, porém o cuidado era diferenciado, eles não se atinham a cremes como protetores solares e hidratantes, e tampouco tinham o mesmo grau de preocupação com a exposição solar quanto às mulheres, apesar de receberem as mesmas orientações no que concernia aos cuidados com a pele e aos sinais e sintomas de alterações corporais. O uso de um boné para se proteger do sol era a conduta mais comum entre este grupo.

Nesse contexto, ao questionar duas senhoras que não estavam cumprindo o tratamento, funcionárias do ambulatório de uma antiga colônia de portadores de hanseníase, as mesmas informaram que não iriam tomar os remédios por estarem ficando “mais feias” em virtude de reações provenientes do tratamento, como acentuação de manchas e nódulos no corpo, e escurecimento da pele. A libido estava alterada e os companheiros quase não as procuravam mais. Além disso, o sexo já não era mais prazeroso, pois causava desconforto por conta da disseminação dos nódulos na genitália, além das dores generalizadas no corpo (neurites). Uma delas alegou que não queria ficar sem dedos e sem nariz.

Associe-se a isso o fato de que as mulheres em idade fértil, compreendida da menarca à menopausa (BRASIL, 1997), sem controle de natalidade comprovada e monitorada, não podem tomar talidomida, droga utilizada nas reações hansênicas do tipo 2 ou eritema nodoso hansênico (ENH), o que prolonga o tempo do estado reacional e respectivas alterações corporais, pois há o aparecimento brusco de nódulos eritematosos e dolorosos à palpação, que podem evoluir para vesículas, pústulas, bolhas ou úlceras, acompanhados de febre, astenia, mialgias, náuseas e dor articular.

Referindo-se às transformações sofridas pelo corpo doente, Ferreira (1999, p. 112) afirma que tal processo varia de acordo com o referencial de gênero:

[...] a mulher passa da representação de um corpo produtor-útil, do lazer, percebido e belo, para um corpo não produtor-inútil, não percebido e feio. No entanto, o desejo impulsiona a transformação da representação do seu corpo: a utilidade é resgatada pela possibilidade de retornar a sua função de cuidadora do lar, função essa socialmente valorizada no universo feminino. Além da projeção de alternativas para retornar o lazer. A beleza e a feiúra que marcam o feminino do

corpo desaparecem no corpo devir, pois a feminilidade do seu corpo, perdida no estado de doença, ressurgem com a possibilidade de cuidar da família e do lar.

Torna-se importante ressaltar que Minuzzo (2008) fez um recorte de gênero em seu estudo e optou por estudar homens com hanseníase; para tanto, se amparou em duas razões: 1) a doença pode atingir sua disposição física e alterar sua produtividade laboral; 2) a hanseníase marca visivelmente e funcionalmente o corpo, chegando inclusive a comprometer a saúde sexual. Segundo o autor, tais razões colocam em evidência duas faces essenciais da identidade masculina brasileira: o homem como provedor da família e o homem viril. Outra justificativa dada pelo autor se refere à predominância de casos entre o sexo masculino.

Essas questões marcam a especificidade da vivência masculina no que tange à hanseníase e explicam o porquê de a problemática ter emergido com força do grupo de sujeitos do sexo feminino, pois, do mesmo modo que Minuzzo (2008) optou por estudar o homem com hanseníase, neste estudo elegeu-se a mulher com o corpo alterado pela hanseníase.

O corpo marcado pela hanseníase pode ser encarado como a antítese do ideal corporal moderno, pelas sequelas que exterioriza e pelo medo do contágio. Os significados que entremeiam o discurso sobre a doença podem elucidar não só a representação social dessa doença, mas, também, o modo como o corpo é pensado nas sociedades contemporâneas (CRUZ, 2007).

Assim, partiu-se do seguinte **pressuposto** para este estudo-tese: o corpo da mulher marcado pela hanseníase com qualquer incapacidade visível compreende um universo subjetivo, produz representações, e, ao tempo em que se torna produto das mesmas, pode interferir na maneira desta mulher refletir sua autoimagem, implicando em determinados modos de cuidado de si e de relacionar-se com o mundo.

Considerando o corpo como expressão marcante da vida, dentre as diversas opções de estudo tem-se o corpo da mulher alterado pela hanseníase, fazendo este o **objeto deste estudo**.

Nesse ponto centrou-se o interesse desta investigação, e configuraram-se as seguintes **questões de pesquisa**:

- Quais são as representações sociais (RS) de mulheres sobre o seu corpo alterado pela hanseníase?
- Que práticas de cuidado de si tais mulheres adotam?

- Quais relações se estabelecem entre tais RS, as formas de lidar com seus corpos, e as práticas de cuidado adotadas por elas?

Partiu-se do princípio que essas mulheres vivenciaram e/ou vivenciam a moléstia em seu próprio corpo e, portanto, podem transmitir a experiência das implicações pessoais, sociais, culturais, econômicas e políticas que estão atreladas à hanseníase no Pará.

Buscando responder às questões, traçaram-se os seguintes **objetivos**:

- Analisar as representações sociais do corpo por mulheres com o corpo alterado pela hanseníase;
- Caracterizar as práticas de cuidado de si adotadas por tais mulheres;
- Descrever as relações existentes entre a forma como as mulheres lidam com seus corpos, as práticas de cuidado de si adotadas e as RS do corpo alterado pela hanseníase;
- Discutir a problemática dessas mulheres para o alcance de ações de saúde a elas dirigidas e a seus conviventes, que relevem suas subjetividades.

Assim sendo, situa-se o corpo feminino com alterações corporais pela hanseníase como um construto biológico, histórico, social e cultural, produzido e (re)produzido de múltiplas formas em tempos e lugares diferentes (ANDRADE, 2003) e, portanto, fonte de significações e representações no imaginário social feminino que podem implicar no cuidado de si (MARZANO-PARIZOLI, 2004).

As representações dos doentes sobre sua própria enfermidade – ou seja, sua subjetividade – quase nunca são citadas e, quando são reconhecidas, acabam sendo relegadas a segundo plano.

Ao refletir sobre a subjetividade da mulher que tem o corpo alterado pela hanseníase e o que produz ao reelaborar seu conhecimento, busca-se o reconhecimento de suas representações (o que o corpo esconde) que englobam comportamentos, sensações e expressões corporais.

Assim, a pesquisadora, como enfermeira e docente, sentiu-se motivada a realizar esta pesquisa pela possibilidade de ampliar estudos que discutam a hanseníase, articulada ao corpo e ao conceito de gênero, uma vez que, em pesquisa feita em diversas bases de dados disponíveis, encontrou-se uma lacuna a esse respeito, conforme pode ser visto a seguir.

1.3 JUSTIFICATIVA

Ao acessar as bases de dados e os sistemas de documentação tais como: BIREME, CEPEN / ABEn (2003-2008), Banco de Teses da CAPES e MINERVA, foi possível constatar um grande acervo sobre o descritor [hanseníase] (17.333 referências), fato que se repetiu ao se utilizar o descritor [lepra] (15.990), denotando uma forte associação entre os dois termos, pois a maioria dos trabalhos eram repetidos. Chama a atenção que quase 75% de tais estudos, ou seja, 12.912, estavam na língua inglesa e quase 95% destes eram de natureza quantitativa.

Identificaram-se estudos experimentais, epidemiológicos, genéticos, imunológicos, como os de: Jopling; McDougall (1991); Andrade (1994, 2000); Guerra *et al.* (2004); Soares (2001); Beiguelman (2002); Helene; Salum (2002); Ferreira; Alvarez (2005). Também estudos com enfoque sobre a doença, suas manifestações clínicas, o perfil epidemiológico, indicadores, tratamento, reações hansênicas, prevenção de incapacidades físicas e metas para eliminação da hanseníase, dentre outros de abordagens semelhantes.

Os estudos de natureza experimental que invistam no esclarecimento dos mecanismos de adoecimento e do controle da doença são importantes, mas igualmente o são os estudos que busquem captar a dimensão do sujeito no processo de adoecimento, tratamento, controle e cura das enfermidades. Estudos qualitativos que privilegiem o entendimento do âmago do adoecer em hanseníase e a complexidade desse processo, também são necessários, pois, apesar dos avanços na história da doença e da disponibilidade e simplicidade dos meios diagnósticos e medicações eficientes, ainda assim a hanseníase continua sendo um problema de saúde pública para o Brasil e o Pará.

Ao associar a [hanseníase] ao descritor [gênero] observou-se um declínio abrupto nos resultados: 75 estudos; a disparidade tornou-se mais acentuada ao associar a hanseníase aos descritores [gênero] e [estigma], obtendo-se apenas três resultados. Encontraram-se os artigos de Oliveira; Romanelli (1998) e Oliveira; Gomes; Oliveira (1999), que compararam os efeitos da doença com a sexualidade sem distinção de sexo, e, também, a dissertação de mestrado de Minuzzo (2008), cujo objetivo foi compreender as representações sociais, experiência da doença e imagem corporal de homens portadores de hanseníase, no contexto de suas relações com a rede social familiar.

Usando os descritores [hanseníase] e [mulher] obteve-se 23 resultados, que também estavam inclusos nos descritores [hanseníase] e [gênero] e não versavam exclusivamente sobre a mulher, e sim os dois sexos, tratando-se principalmente estudos de caso, estudos epidemiológicos e estudos imunológicos.

Aplicou-se uma nova combinação: [hanseníase], [corpo] e [mulher], obtendo-se 11 achados. Porém, a carência de estudos se tornou mais visível quando se adicionou o descritor [hanseníase] ao termo [representação social], pois essa associação gerou somente oito estudos, dos quais destacam-se alguns.

Os resumos que emergiram a partir do termo [representações sociais] apontam que nem todos esses trabalhos aplicaram a TRS. No entanto, decidiu-se trazê-los como exemplos de estudos que se utilizam da teoria e/ou do contexto das representações sociais.

São estudos publicados por Claro (1995); Queiroz (2002); Miranda (1999); Romero-Salazar *et al.* (1995, 2001); Tronca (2000); Helene; Salum (2002); Bakirtzief (1996), dentre outros, que enfocam as representações sociais sobre a hanseníase, com ênfase na identidade do paciente, o estigma, a história da doença, o Programa Saúde da Família (PSF), e a vida dos moradores de colônia.

Relativos ao corpo com alterações corporais provocadas por outras doenças, dentre outros trabalhos, encontraram-se os de: Alferes (1987); Pedrolo; Zago (2000); Barleta (2003); Silva (2003); Medeiros *et al.* (2005) e Gómez (2007).

No que tange aos estudos referentes aos conjuntos de descritores [hanseníase] [representações sociais] [corpo], [hanseníase] [representações sociais] [mulher] e [hanseníase] [alteração corporal], não se encontrou resultado, o que aponta para uma lacuna do conhecimento no que se refere ao objeto deste estudo, ou seja, o corpo da mulher alterado pela hanseníase.

No intuito de pesquisar a origem do cuidado de si, buscou-se estudos com este descritor, dentre os quais se aponta Dalbosco (2006), que discute o envelhecimento humano no contexto da distinção entre alma e corpo, e, para tanto, recorre a Alcebiades e Platão para reconstruir o conceito de cuidado de si.

Concernente aos descritores [cuidado de si] e [enfermagem], cita-se Sá; Ferreira (2004), cujo estudo versa sobre as representações sociais da velhice e suas implicações no cuidado de si, concluindo que as representações sociais dos idosos se estruturam a partir do gênero; e Bub *et al.* (2006), que fazem uma análise crítica entre os conceitos de cuidado de si e o conceito de autocuidado na enfermagem.

De acordo com a problemática que norteou este estudo, houve necessidade de se adicionar o descritor [hanseníase] a [cuidado de si] e a [enfermagem], obtendo-se somente um estudo: Carrasco (1997), cujos resultados apontaram que a enfermagem, ao enveredar pela Saúde Pública, toma para si as proposições desse campo do saber igual como foram criadas

pela ótica médica, distanciando-se de seus propósitos assistenciais humanistas, levando a uma acomodação quanto aos saberes e práticas já constituídos sob a perspectiva da doença.

Apesar de o estudo apresentar como descritor [cuidado de si], o texto não se desenvolve, propriamente, com a aplicação desse conceito. Dessa forma, existia necessidade de explorar este tipo de cuidado, para comprovar se o corpo alterado influía nas práticas de cuidado de si das mulheres.

Nesse sentido, era imperioso entender como as mulheres elaboravam os seus pensamentos sobre os seus corpos alterados pela hanseníase. Assim, a pesquisa em tela objetivou acessar o senso comum deste grupo e, dessa forma, apreender a dinâmica de suas representações sociais, de modo a identificar suas práticas de cuidado frente aos seus corpos alterados.

Portanto, os resultados da pesquisa referendaram e reiteraram a execução deste estudo, uma vez que, até o momento, não foram encontrados estudos capazes de dar respostas às questões levantadas nesta pesquisa, que abranjam a totalidade do objeto de estudo em tela. Por conseguinte, pensa-se ser fundamental transformar o fenômeno patológico em fenômeno social e identificar o papel das representações, com seus simbolismos e crenças, no imaginário feminino, centrado nas questões que envolvem o corpo alterado pela hanseníase.

1.4 RELEVÂNCIA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

A relevância deste estudo se situa no campo da enfermagem e também no de outras áreas da saúde que têm interesse nessa temática e que se dedicam à assistência com ênfase na promoção da saúde e prevenção de incapacidades físicas e psicossociais da hanseníase, que, neste estudo, voltou-se para o sexo feminino.

Pensa-se ser de grande relevância para o ensino e a pesquisa, uma vez que o conhecimento produzido pode servir para discussões acadêmicas entre docentes e discentes, tendo em vista enfatizar um cuidado que extrapola a dimensão da medicalização que habitualmente prolifera nos serviços de saúde.

Este estudo poderá contribuir para o campo teórico e prático no que tange ao cuidado de enfermagem às mulheres, uma vez que possibilitou emergirem experiências subjetivas de quem vive o processo da doença em seu corpo, revelando que a portadora de hanseníase não é acometida somente pelo bacilo, mas por uma avalanche de variáveis psicológicas, como medo, ansiedade, solidão e depressão, que repercutem negativamente na sua qualidade de vida, na evolução da doença, no cuidado de si, e, também, no próprio sistema imunológico,

que parece ter uma leitura inteligível de tais problemas, manifestando-se na forma de reações hansênicas.

Cabe ressaltar que se tem convicção de que não se esgotam aqui as possibilidades de entender o campo fértil de representações sobre o corpo alterado e a feminilidade da mulher portadora de hanseníase, tendo como pano de fundo um histórico sombrio que, sem dúvidas, abarca sua constituição psíquica. Mas, propôs-se neste estudo, a possibilidade de pensar para além da singularidade de tais mulheres, de modo que se possam considerar essas questões que, na verdade, fazem parte de tudo o que é herdado culturalmente e está incluído no processo de identidade e aceitação de si.

Esta pesquisa se inseriu na Linha de Pesquisa “Fundamentos do Cuidado de Enfermagem”, uma vez que tal linha abrange estudos sobre o corpo como categoria analítica do cuidar na enfermagem, e, ainda, investe em pesquisas sobre os cuidados fundamentais e as práticas de cuidado de si. Dessa forma, esta pesquisa estará contribuindo para a construção do conhecimento do Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado em Enfermagem (NUCLEARTE) da EEAN/UFRJ, bem como para o Departamento de Enfermagem Comunitária da Universidade do Estado do Pará (UEPA).



CAPÍTULO 2
REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

CAPÍTULO 2

REFERENCIAL TEÓRICO CONCEITUAL

2.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS) E SUA APLICABILIDADE A ESTA PESQUISA

Nesta pesquisa adotou-se a TRS proposta por Serge Moscovici. As representações sociais se constituem como uma série de opiniões, explicações e afirmações que são produzidas a partir do cotidiano dos grupos, sendo a comunicação interpessoal importante nesse processo. São consideradas como “teorias do senso comum”, criadas pelos grupos como forma de explicação da realidade. Se parecem muito com os mitos e crenças das sociedades tradicionais. Assim, a representação social formaliza uma “modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos” (MOSCOVICI, 1978, p. 26).

As representações sociais (RS) constituem, simultaneamente, sistemas de interpretação e categorização do real e modelos ou guias de ação. A gênese e o funcionamento das representações sociais podem ser explicados através de dois processos: a objetivação e a ancoragem. O primeiro mostra como a representação se forma a partir da triagem de elementos da realidade, da sua estruturação esquemática e da sua naturalização; o segundo refere-se ao modo de agenciamento da representação no real, em particular, aos processos pelos quais ela influencia o comportamento dos atores sociais.

Assim, a ancoragem é um processo de classificação onde o não familiar deve ser relacionado com outro objeto familiar e identificado. Essa identificação consiste geralmente em um juízo de valor, pois uma nova informação deve ser relacionada com um objeto já conhecido, do contrário não haverá como ancorá-la, pois este novo conhecimento deve ser decodificado (OLTRAMARI, 2003). Segundo esse autor, a ancoragem pode ocorrer em dois momentos: antes e depois da objetivação. Quando ocorre antes da objetivação, exerce um poder de nomear (categorizar) fenômenos para os grupos sociais. Quando acontece depois, refere-se a uma função social de classificação.

Para Moscovici (1978), as RS se formam principalmente quando as pessoas estão expostas às instituições, aos meios de comunicação de massa, à herança histórico-cultural da sociedade. A noção situa-se na junção entre o individual e o social, na articulação entre a experiência individual e os modelos sociais, resultando num modo particular de apreensão do real.

Nessa mesma linha de pensamento, Jodelet (1984) refere-se às representações sociais como uma forma de conhecimento social que se generaliza como senso comum, que forma um saber geral e funcional para as pessoas, servindo para que a atividade mental de grupos e indivíduos possa relacionar-se com as situações, acontecimentos, objetos e comunicações que lhes dizem respeito. A mediação que propicia esse acontecimento se dá pelo contexto concreto no qual essas pessoas e grupos vivem, e, também, da cultura adquirida através da história, além dos valores, códigos e das ideias respectivas de um determinado grupo social. A autora menciona as representações sociais como sistemas de interpretação que regem nossa relação com o mundo e com os outros.

A representação social tem funções específicas para os grupos que compartilham essas teorias do senso comum. Desde essa perspectiva, Moscovici (1978) compreende como o homem se apropria dos conhecimentos científicos socializados, para atribuir sentido à sua realidade e ao mundo e, assim, identificar-se com seu grupo. As representações sociais fazem com que essa forma de pensar o mundo crie condições para o homem entendê-lo: “a representação social constitui uma das vias de apreensão do mundo concreto, circunscrito em seus alicerces e em suas consequências”. Para esse autor, as representações têm por função “uma produção de comportamentos e de relações com o meio ambiente, de uma ação que modifica aqueles e estas, e não de uma reprodução desses comportamentos ou dessas relações” (MOSCOVICI, *op cit.*, p. 50).

Na ótica de Jodelet (1984), uma representação social sempre simboliza algo, uma pessoa, um objeto, ou mesmo um acontecimento, por isso ela não é uma simples tradução da realidade e sim uma nova leitura. A RS pode ser compreendida a partir da relação que os grupos estabelecem com o mundo e as coisas, através de um olhar objetivado desses grupos, a partir do lugar social, cultural e econômico que ocupam os seus integrantes. Assim, há uma construção simbólica, que faz com que os grupos e indivíduos deem novos sentidos aos fatos que circundam suas vidas e não apenas à reprodução da realidade.

A autora entende as representações sociais como formas de conhecimento e interpretação da realidade cotidiana. Tais pensamentos compartilhados fazem com que os grupos apropriem-se do mundo de uma determinada forma, dando entendimento prático às questões para as quais, até então, não havia explicação. No caso de novas descobertas científicas, as pessoas tentam dominar esses novos conhecimentos para explicar os fatos e as ideias de seu cotidiano.

Ainda a esse respeito, nos ensina Jodelet (1984) que as RS são modos de conhecimento que se universalizam como senso comum, formando um saber geral e adaptável para as pessoas. Dessa maneira, o pensamento ingênuo, ou espontâneo, é construído pelas experiências e conhecimentos que são recebidos e transmitidos por meio da cultura, da comunicação social e da educação.

De acordo com Abric (1998), as representações têm quatro funções: a primeira é a *Função de saber*, que permite uma explicação e compreensão da realidade, uma vez que possibilita a troca social, a transmissão e a difusão do saber ingênuo, resultando na formação de uma identidade com o grupo (segunda *Função Identitária*). Essa identidade tem que estar de acordo com a inserção desse grupo em seu contexto social, cujas regras auxiliam o controle social que o grupo exerce sobre cada um de seus membros.

A terceira é a *Função de orientação*, pois guia os comportamentos e as práticas, determinando previamente o tipo de relação que o sujeito deve ter com um objeto; “define o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social” (ABRIC, 1998, p. 44). A quarta é a *Função justificatória*, que faz com que as tomadas de posição pelo grupo sejam justificadas posteriormente. Assim, os integrantes podem explicar suas ações, como atores envolvidos em processos de relações sociais.

Posteriormente, Herzlich (2005) retoma às ideias de Moscovici mencionadas anteriormente, no que diz respeito à importância da penetração de uma teoria científica no pensamento comum e sobre seu poder de criação da realidade social. A autora parte do pressuposto de que a saúde e a doença constituem alguns dos mais importantes locais de estudo da relação da representação social, do pensamento comum ao pensamento científico. Herzlich (*op cit.*) afirma que por meio das representações da doença podemos conhecer as crenças, as interpretações e o conjunto de relações sociais de uma sociedade. Tais representações podem transpor o biológico e atingir os preconceitos, a segregação, o estigma, a inserção social.

Adam e Herzlich (2001), ao interpretarem os fenômenos orgânicos, afirmam que os indivíduos apoiam-se em conceitos, símbolos e estruturas de referências interiorizadas de acordo com os grupos sociais e culturais a que pertencem. No entanto, nas representações sociais da saúde ou da doença, não se deve imaginar que os indivíduos simplesmente acatem o discurso coletivo. Eles produzem representações apoiadas no coletivo, porém as empregam e moldam de diferentes maneiras, em função das experiências individuais e dos contextos onde se efetua esse trabalho interpretativo.

Na perspectiva epistemológica das representações sociais, considera-se as mulheres sujeitos deste estudo como seres criativos que elaboram e (re)elaboram o seu pensamento no cotidiano, sendo este um construto histórico e social do qual emergem representações no que tange à hanseníase.

Da mesma forma que o conceito de gênero, o de corpo também é socialmente concebido. Isso permite dizer que a análise da representação social do corpo oferece um caminho de acesso a uma determinada sociedade, neste caso, a paraense. Não se deve esquecer que a experiência do corpo é sempre modificada pela experiência da cultura e que no corpo está simbolicamente gravada a estrutura social (RODRIGUES, 2006).

Estudos para além do biológico que desvelem as representações das mulheres sobre o seu corpo alterado pela hanseníase e suas implicações no cuidado de si ressaltam a subjetividade que faz com que tais mulheres escolham, transformem e/ou incorporem integralmente os cuidados que integram o conjunto de orientações dadas pelos profissionais. Para decidir sobre o cuidado de si, há necessidade de tais mulheres entenderem o que se passa com elas, o que requer autoconhecimento e reflexão sobre a doença. Assim, a intersubjetividade necessária ao processo de autoconhecimento, autoaceitação e cuidado de si fica em evidência neste estudo, o que vai ao encontro dos pressupostos da teoria das Representações Sociais.

Portanto, buscou-se essa compreensão usando a TRS na tentativa de entender as experiências cotidianas das mulheres com alterações corporais provocadas pela hanseníase sobre o que o seu corpo revela (as alterações corporais) e o que esconde (representações sociais sobre o corpo alterado), e suas ações e reações diante do significado de terem tais alterações. O estudo direcionou-se para entender a forma como elas explicam o desencadeamento de tais alterações e se estas implicam em suas práticas de cuidado de si.

No entanto, o estudo não abrangeu todas as mulheres, mas sujeitos específicos, situados em um determinado contexto. Nesse sentido, ao tecer os fios da aplicabilidade da TRS a esta pesquisa, foi importante considerar que o grupo pesquisado pertence a dois contextos particulares que guardam uma história particular no universo dos hansenianos e que se localizam em um estado da Região Norte. Portanto, esses contextos foram considerados, mormente porque se trata de uma pesquisa de RS.

Assim, levou-se em conta que a vida social comunitária é dotada de aspectos simbólicos particulares, que compõem a cultura onde subsistem representações sociais, tradições, regras e modos de vida concebidos nas relações interpessoais ao longo do tempo. A

partir de então, brotam símbolos e representações que influenciam o comportamento pessoal de seus membros e os levam a criar novos conhecimentos e representações a partir dos conhecimentos pré-existentes (JOVCHELOVITCH, 2008).

O certo é que não se pode separar o sujeito da sociedade, pois é no contexto em que vivemos que adquirimos a nossa identidade, que aprendemos a nos comunicar e interpretar a realidade dando sentido aos símbolos, imagens e à maneira como as pessoas ao nosso redor agem e se relacionam conosco. Tudo isso é feito com vistas a explicar o universo cotidiano.

Esta ideia de contexto traz em si o próprio sentido da vivência entre o sujeito e o mundo social. A esse respeito Jovchelovitch (2008, p. 127) pontua:

Mas dar ao Eu o seu chão não é a única tarefa de uma comunidade. Embora ela seja a condição central para a emergência do sujeito singular, ela não é menos importante no desenvolvimento e estabelecimento daquelas características da vida humana que se originam naquilo que as pessoas podem fazer junto. [...] O estar junto não é algo que já está lá, *a priori*, ou que emerge já pronto na vida social. [...] O estar junto e a ação conjunta impõem a necessidade de comunicar-se e de alcançar o entendimento, de construir uma linguagem, de formar grupos e dividir tarefas, de conhecer o Outro e expor-se ao Outro [...].

Para Jovchelovitch (*op cit.*, p. 133), “as questões implicadas na formação do estar junto em agrupamentos humanos pressupõem interações entre o Mesmo e o Outro, entre a semelhança e a diferença que são repletas tanto de identificação e reconhecimento, como de dissensão e exclusão”.

Ora, a representação é o conjunto de ideias, conhecimentos, valores que têm origem na vida cotidiana e no senso comum, e é justamente esse conjunto que norteia o pensamento prático, a comunicação, compreensão, as relações e as atitudes humanas em um determinado grupo que se apropria de tais conhecimentos, retraduzindo-os. No entanto, tais sociedades possuem normas e valores que definem quais são os atributos aceitáveis em seus membros, constituindo, assim, o controle social. Esta possibilidade de categorizar facilita a interação social e cria expectativas acerca da identidade dos indivíduos que fazem parte do meio ou daqueles que ultrapassam suas fronteiras.

Diante dessa realidade, se formam os vários grupos de pertença dos quais o conhecimento emerge e se reconstrói continuamente. A maioria de tais conhecimentos provém da bagagem cultural acumulada que circula sob a forma de crenças compartilhadas, de valores básicos, de referências históricas e culturais que compõem a memória social, bem como a identidade da própria comunidade.

Na ótica de Jovchelovitch (2008), o ato de contar histórias traz lembranças às comunidades de fatos ocorridos (memória social), além de possibilitar o entendimento sobre o presente que ajuda na construção do futuro.

Daí, as comunidades fechadas e isoladas do mundo exterior, e controladas por um severo regulamento interno, tais como as antigas colônias de hansenianos, terem estabelecido fronteiras capazes de reportar ao modo como aquelas comunidades eram simbolizadas e representadas socialmente pelas comunidades vizinhas e circunvizinhas, uma vez que ali habitavam seres impuros que estavam fadados a viver e morrer naquele local, sujeitos à dominação do poder, à exclusão dos outros e a um adestramento corporal que transformava seus corpos doentes em corpos dóceis e submissos (FOUCAULT, 2008a).

O significado da doença para um ser humano depende muito do pensamento dominante naquele momento em relação à questão. Assim, os conceitos de doença ou saúde estão vinculados às experiências vivenciadas por determinadas sociedades em diferentes épocas, pautadas nas suas experiências históricas e culturais. Desse modo, cada concepção de doença foi vinculada a determinadas características que as diferentes épocas e as diferentes sociedades lhe emprestaram (SONTAG, 2007).

Cabe aqui ultrapassar as fronteiras espaciais e temporais entre o “sadio” e o “doente”, entre o “normal” e o “patológico”, e pensar que o simbolismo ainda deve perdurar no imaginário dos habitantes. Quanto a este particular, Silva, J, (2009) diz que em Marituba a referência de boa ou má saúde é ter ou não hanseníase, não importando se as pessoas vivem em condições miseráveis, com precárias condições de moradia e sem saneamento básico.

Quanto ao caráter transformador ou de conformismo do conhecimento consensual supracitado, considera-se essencial não tecer comentário sobre ele, pois, assim como o conhecimento técnico-científico tem seus alcances e limitações frente à complexidade da realidade, o conhecimento do senso comum traz em si, ao mesmo tempo, uma força viva e criativa e algo de conservador e mantenedor de uma ordem preestabelecida.

Pensa-se que o conhecimento consensual não deva ser negado ou esquecido, na busca de conhecimento da realidade social, uma vez que ele está atuando metodicamente sobre ela, com e a partir dela, uma vez que é construtor da referida realidade, advindo daí a sua importância.

A esse respeito, Foucault (2008b) afirma a existência de relações entre os vários tipos de saberes, cada um possuindo positivamente específicas quanto ao que foi efetivamente dito e deve ser aceito como tal, e não julgado a partir de um saber posterior e superior, pois

dessas relações podem surgir, em uma mesma época ou em épocas diferentes, compatibilidades e incompatibilidades que não sancionam ou invalidam, mas estabelecem regularidades, permitem individualizar formas discursivas.

Enfim, conhecer a história dos antecessores e assumir uma identidade depende da relação com a família, a classe social, a sociedade e suas instituições, ou seja, tudo o que possa marcar a experiência pessoal do ser humano e que caracterize sua forma de estar e entender o mundo, inclusive a experiência (visível ou não) da saúde e da doença, aspectos abordados a seguir.

2.2 DOENÇA E CORPO: OBJETOS DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA HANSENÍASE

As representações sociais da doença têm sido objeto de estudo da antropologia e mais recentemente da psicologia social da saúde. Os resultados de estudos nesse campo sugerem que essas representações influenciam uma gama de condutas relacionadas à doença, como: a interpretação dos sintomas e o autodiagnóstico; a busca de cuidados; a interação e o convívio com pessoas portadoras da mesma doença; a opção por um tipo de tratamento e a aderência ou não a este.

A antropologia médica estuda como as pessoas em diferentes culturas e grupos sociais explicam os determinantes de saúde e de doença, os tipos de tratamentos em que acreditam, como se cuidam e a quem procuram quando adoecem. Também há estudos de como essas crenças e práticas se relacionam com as mudanças biológicas e psicológicas do ser humano nesse processo.

Segundo Goffman (1988), quando se está na presença de pessoas estranhas tende-se a avaliá-las. Se elas têm atributos que as tornem diferentes dos outros ou de um grupo ao qual poderiam pertencer, tende-se a estigmatizá-las e atribuir-lhes características depreciativas. Nessa visão, todo indivíduo que possui alguma diferença que provoque ou não uma dificuldade em sua aceitação na sociedade é portador de um "estigma".

A palavra "estigma" origina-se dos gregos, que a criaram para referenciar "sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava" (GOFFMAN, 1998, p.11). O autor categorizou os estigmatizados em dois tipos: no primeiro caso, o indivíduo possui um estigma que não é visível, manipulando a informação sobre o mesmo; no outro caso, o indivíduo é visivelmente estigmatizado, ele se expõe e manipula a tensão gerada durante os encontros sociais,

constituindo uma integração angustiante não só para o portador como também para as pessoas consideradas normais.

Nesse sentido, a visibilidade do estigma constitui um fator decisivo e aqueles que convivem com o indivíduo podem exercer influência na apreensão da sua identidade social. Em um primeiro momento, é necessário diferenciar o que Goffman (1988) denominou de visibilidade ou evidência do estigma e conhecimento. Em um sujeito portador de um estigma muito visível, o simples contato com o outro dará a conhecer o estigma. O conhecimento que os outros têm do estigmatizado pode ser baseado nos rumores ou nos contatos anteriores. Outro aspecto a determinar no portador de um estigma visível é até onde isso interfere em suas interações com o meio social.

Então, a sociedade impõe a rejeição e dificuldades no relacionamento tanto nas relações mais íntimas do estigmatizado com a família, amigos, vizinhos e colegas de trabalho, como nas relações sociais mais distanciadas. Fortalece-se assim o imaginário social da doença, situação frequentemente encontrada nos portadores e ex-portadores de hanseníase, principalmente quando apresentam alterações corporais visíveis ou entram em estado reacional.

Isso porque as representações sociais se encontram enraizadas na realidade social e histórica, ao mesmo tempo em que contribuem para construí-la. As representações sobre uma doença crônica compreendem não só informações sobre as concepções coletivas do que representa estar doente e padecer com uma enfermidade crônica, mas, também, como esses processos foram construídos e reelaborados à luz das experiências pessoais e compartilhadas, seja com outros doentes, familiares, profissionais e instituições de saúde. Assim, sua análise permite uma interpretação não somente dos leigos sobre o assunto ou dos modelos de atenção à saúde, como de toda sociedade (HERZLICH, 2005).

Com essa compreensão, ao tratar das representações de saúde e doença Herzlich (*op cit.*, p. 66) assim se posiciona:

[...] por ser um evento que modifica, às vezes irremediavelmente, nossa vida individual, nossa inserção social e, portanto, o equilíbrio coletivo, a doença engendra sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira [...].

Concorda-se com a autora quando sustenta que o estudo das variações segundo grupos sociais ou segundo populações particulares pode, certamente, constituir um aporte, embora tal perspectiva não lhe pareça fundamental. Para ela, o recurso à história como um caminho para a análise das concepções da doença deve perseguir o conjunto dos fenômenos

macrossociais, a demarcação da articulação das representações de saúde e doença com a patologia de uma época e sua configuração histórica e ideológica.

As concepções sobre a saúde e a uma doença como a hanseníase condicionam os significados, a interpretação de sensações e o sentimento das mudanças e potencialidades corporais que a pessoa terá. Assim, as representações sobre a doença estão diretamente imbricadas com a estrutura social, já que estão marcadas socialmente pelas condições e o contextonos quais emergem.

Em suma, o adoecimento adquire um significado para o doente construído a partir de vivências individuais e do convívio com a doença. O espaço ocupado por ela no seu estilo de vida depende desse significado, que é único, pois tem influências internas, com base no histórico individual, e externas baseadas na RS que a doença possui tanto no grupo familiar quanto em outros grupos nos quais ele está inserido.

Os ditos que expressam RS relacionam-se com a percepção, crenças e imagens ligadas a um contexto ou a um acontecimento cotidiano, e, nesse âmbito, à saúde e à doença, nos quais a pessoa constrói e expressa aquilo que imagina. Tais expressões são sobre si mesma ou sobre os outros, sobre objetos, sobre relações, sobre o meio e sobre o mundo. Dessa forma, as RS correspondem às expressões sociais do conhecimento que correspondem às vivências práticas.

Cabe salientar que o discurso de uma época ajuda a construir o termo que representa o sujeito naquele momento. O mais importante é o fato de que certas terminologias atribuídas aos sujeitos nunca são atemporais, elas sempre serão alteradas pela dinâmica social e pelas novas representações, discursos e termos criados.

Da mesma forma, referente ao corpo, existe necessidade de considerá-lo segundo sua existência histórica, amparando-se no questionamento foucaultiano “quem fala?” (FOUCAULT, 2006), no momento em que se olha para o próprio corpo. Necessita-se, portanto, olhar de perto o lugar no qual o corpo está inserido, a cronologia que o marca, enfim estabelecer os limites que permitam entender por que ele aparece ali e não em outro lugar (MILANEZ, 2009).

Referente aos modelos veiculados pelas imagens de corpos femininos, tem-se a exibição da pele saudável representando o cuidado; dessa forma, a associação da pele saudável à aparência bonita é um fator que colabora para a figuração social da mulher. Nesse sentido, muitas mulheres identificam a pele como símbolo erótico, deixando-as orgulhosas de seu corpo e estimulando o investimento em artifícios, enfeites, perfumes, hidratantes e outros

recursos, capazes de atrair seus companheiros. Assim, a base de sua autoestima está na possibilidade de uma melhor aparência física, ou seja, em uma visão mais sensual. Por isso, vivem numa permanente autovalorização daquilo que é exteriorizado em forma de beleza e juventude.

Gofman (1988) chama a atenção para os impactos causados por uma veste insinuante, pela apresentação de um corpo seminu e pelas fantasias sobre o corpo da dançarina ou do atleta sexual; e, em contraponto, compara aos mecanismos de estigmatização de um corpo deficiente ou deformado.

Na mesma ótica, Pedrolo; Zago (2000) assinalam que a imagem corporal é ideal para a criação de uma autoimagem positiva, que é construída sob as opiniões de valor das pessoas. Desse modo, a imagem corporal reflete a percepção que cada pessoa tem de si e as mudanças impostas podem afetar a identidade, gerando uma grande incapacidade de conviver com a limitação a ser vencida, podendo alterar o autorrespeito.

Assim, tudo o que representa o estranho, o anormal, é ambíguo, é anômalo, é desestruturado, é germe de inquietação, principalmente no que tange à mulher, cuja modernidade clama pelo corpo perfeito e símbolo sexual.

A análise da representação social do corpo possibilita visualizar a estrutura de uma sociedade. A sociedade privilegia um dado número de características e atributos que deve ter o homem, sejam morais, intelectuais ou físicos. Esses atributos são, basicamente, os mesmos para toda a sociedade, embora possam ter diferentes nuances para determinados grupos, classes ou categorias que fazem parte da sociedade (RODRIGUES, 2006).

Nesse pensamento, o corpo humano, para além de seu caráter biológico, é afetado pela religião, grupo familiar, classe, cultura e outras intervenções sociais. Assim, cumpre uma função ideológica, isto é, a aparência funciona como garantia ou não da integridade de uma pessoa em termos de proximidade ou de afastamento.

Desse modo, abordar a questão da hanseníase na mulher exige que se tome a doença em seus aspectos psicossociais, o que não é difícil, dada a natureza desta moléstia profundamente marcada por representações e imaginários sociais construídos ao longo de sua existência nas sociedades humanas. Em função desse passado marcado pela desumanização e estigmatização, formou-se uma barreira à construção da individualidade social dos portadores dessa doença e, mesmo havendo uma luta para constituir-se como tal, esse processo ainda é conturbado e esbarra em muitas dificuldades.

Falar sobre o corpo da mulher alterado por alguma doença implica, *a priori*, pensar o corpo como signo, como um ente que reproduz uma estrutura social de maneira a atribuir-lhe um significado particular que, certamente, irá variar de acordo com os mais diferentes sistemas sociais.

Para tanto, urge detectar-se precocemente as deficiências físicas na hanseníase, para que tais alterações não modifiquem nem fisiológica e nem psicossocialmente o conceito que as pessoas têm de imagem “normal”, ou seja, aquela imagem composta por uma pele lisinha, sem manchas e/ou lesões, mãos anatomicamente perfeitas para trabalhar, acalentar e acariciar, e pés que proporcionem facilidade de locomoção de passadas elegantes, principalmente no que tange ao corpo de mulher.

Bambirra (2004) afirma que o conceito social de hanseníase só mudará quando não mais houver incapacidades físicas e a população tiver acesso a informações educativas claras e precisas, de modo que o portador e seus familiares se sensibilizem e participem ativamente do processo. Essa autora diz que isso só será possível quando houver um trabalho educativo associado às representações que o usuário e a comunidade têm sobre a hanseníase, uma vez que ela foi vista como doença incurável e mutiladora por muitos anos. Dizer hoje que a hanseníase é uma doença curável nem sempre é suficiente, pois depende do imaginário que se tem da doença.

É no corpo que os fenômenos de saúde/doença acontecem, pois o corpo de cada ser humano é o seu modo de estar no mundo. E, dessa maneira, ressalta-se que as diferenças interpessoais são universais, mas a sociedade tende a padronizar os desvios, instituindo o comum do incomum. Este incomum marca a identidade pessoal e categoriza as pessoas.

Dessa forma, o corpo é um dos locais envolvidos no estabelecimento das fronteiras que servem de base para a identidade. Nesse contexto, as RS incluem os símbolos por meio dos quais os significados são produzidos, posicionando-nos como sujeito. São esses significados que dão sentido à nossa experiência e àquilo que somos.

Ora, apreender as representações sociais do corpo significa envolvê-lo em sua roupagem natural e seu cartão de apresentação, a pele, vista como um espelho que retrata a realidade objetiva e o mundo vivo que existe no interior do corpo. Enquanto isso, seu interior reflete o mundo externo de forma a comunicar sua realidade às milhares de células que fazem parte desse órgão (PAZ, 2003).

Na concepção de Montagu (1988), a pele é o espelho do funcionamento do organismo; sua cor, textura, umidade, secura e cada um de seus aspectos refletem não só o

estado psicológico do ser humano, mas, também, o fisiológico, pois ela muda diante de algumas reações: empalidece com o medo e enrubesce com vergonha, formiga de excitação e adormece diante de um choque, além de ser espelho de paixões e emoções.

Nessa ótica, entender o corpo e os vários usos que fazemos dele é importante porque ele é o espaço físico onde está circunscrito o indivíduo moderno. Buscando esclarecer melhor os seus significados, Rodrigues (2006) diz que é importante lembrar que o corpo é construído historicamente e é socialmente concebido.

Na atualidade, a aparência física responde à maneira de apresentar-se e representar-se e isso implica o modo de se vestir, a maneira de se pentear, de se maquiar e de cuidar do seu corpo, respondendo às modalidades simbólicas segundo o meio sociocultural. Relativo a esse assunto, Le Breton (1995) diz que a apresentação pessoal parece valer socialmente como uma apresentação moral. Diante disso, a aparência de uma pessoa é uma relação social e, por isso, objeto do olhar que a insere de imediato numa categoria moral por seu aspecto, por um detalhe de sua roupa ou pela forma de seu corpo.

Portanto, cuidar do corpo adquire um lugar preponderante na sociedade atual, em que se idealiza um corpo firme, bronzeado, protegido dos sinais do tempo, com a pele lisa e hidratada, com um bom tônus muscular, sem flacidez e gordura. Para conseguir tais atributos, não há limites no que concerne aos regimes alimentares, aos exercícios físicos, às cirurgias estéticas e aos “milagrosos” cremes de beleza.

Com essa compreensão, o corpo como objeto psicossocial traz à tona duas questões principais: em primeiro lugar, a atração física e as representações sociais desse corpo; em segundo lugar, os efeitos do aspecto físico na manutenção das relações interpessoais e no cuidado de si.

Por conseguinte, esse mesmo corpo é construído e reconstruído pela sociedade e adquire uma materialidade que é, ao mesmo tempo, um produto do poder que gera divisões sociais. As representações sociais são produzidas e, através delas, diferenças e identidades são construídas.

Diante disso, os sistemas de representações sociais assumem o direito de nomear, descrever, classificar, identificar, diferenciar e definir quem está incluído e quem está excluído de quais grupos/posições sociais (MEYER, 2000), construindo, dessa forma, posições de sujeito, diferenças e identidades.

Com base nessa premissa, as experiências adquiridas e as representações sociais da hanseníase constituem para os seus portadores e ex-portadores, principalmente para aqueles

que têm alterações corporais visíveis, um poderoso instrumento para a construção da subjetividade e do seu estigma, uma vez que a sociedade tenta categorizar as pessoas conforme os atributos considerados comuns e naturais pelos membros dessa categoria, bem como a que categoria devem pertencer, o que significa que a sociedade determina um padrão externo ao indivíduo de modo a posicionar cada sujeito em seus devidos lugar.

O corpo entendido como significante está necessariamente vinculado a relações de poder, as quais fixam e/ ou posicionam os sujeitos de modos específicos. Tais relações estão, de forma intrínseca, relacionadas com a produção de determinados saberes – sobre o corpo, sobre a sexualidade, sobre o que é ser homem ou mulher em determinado lugar ou tempo histórico. Ou seja, as relações de poder atuam (imbricadas numa rede de saberes) através ou sobre os corpos, em determinados contextos, produzindo efeitos de sentido, produzindo identidades sociais e culturais particulares. (ANDRADE, 2003, p. 1)

Como bem pontuou Obregon (2002), certas enfermidades conseguiram gerar substantivos que identificavam o portador da doença, tais como epilético, sífilítico, tuberculoso, contribuindo assim para a segregação daqueles que eram acometidos por tais patologias, para o conjunto da sociedade. No caso do leproso, tal denominação remontava à moléstia bíblica descrita no Levítico e à segregação que seus portadores sofreram. A história dramática de uma doença como a lepra mostra, através dos tempos, uma enfermidade que aliou o horror dos sintomas e o pavor de um sentimento de impotência, por um lado, e, por outro, a sensação de culpabilidade individual e coletiva, pelas mesmas razões já demonstradas.

Conforme dito, a hanseníase é uma doença que, quando não diagnosticada precocemente e adequadamente tratada, pode causar alterações corporais e incapacidades permanentes, repercutindo na autoestima e identidade do portador. A mulher com o corpo alterado passa por várias transformações em sua corporalidade, que a incita para uma ressignificação intrapsíquica da sua nova aparência.

O corpo pode ser entendido como um sistema simbólico para o qual a cultura determina as diferenças que constituirão o sentido no mundo e o lugar no meio em que se insere. As relações homem-mundo obedecem ao ritmo sintonizado da cultura, ritmo introjetado no corpo que, por sua vez, o projeta sobre o mundo para ser apreendido por outros corpos e representado nas suas mentes. Como forma de constatar isso, basta ficar atento ao nosso corpo, às nossas ações, para se detectar o quanto a família, a religião e a profissão intervêm no nosso viver e no nosso estar-no-mundo (RODRIGUES, 2006).

Em mais detalhes, as representações sociais sobre o corpo são socialmente construídas e partilhadas por ser um objeto de troca social. Com esse pensamento, o corpo funciona como lugar de categorização social, como superfície de inscrição de marcas distintivas (BOURDIEU, 2006).

O certo é que os sujeitos desenvolvem diferentes representações do ideal de corpo que variam de acordo com normas socioculturais pré-estabelecidas. Assim, não há consenso no que concerne aos padrões de beleza, pois cada lugar tem seu estereótipo, porém, o que foge ao que é aceito como comum passa a ser visto como atributo positivo ou negativo.

A ênfase na representação e a importância da cultura na produção dos significados que permeiam as inúmeras relações sociais conduzem a uma preocupação com a identidade pessoal (NIXON, 2003). O exposto pode descrever o processo pelo qual nos identificamos com os outros, seja pela ausência de uma consciência da diferença ou da separação, seja como resultado de supostas similaridades.

Semelhante abordagem encontra-se em Alferes (1987), onde os termos “identidade” e “subjetividade” são usados de modo intercambiável, por existir sobreposição entre os dois. Nesse sentido, a subjetividade sugere a compreensão que a pessoa tem sobre o seu eu, ou seja, envolve os sentimentos e os pensamentos mais pessoais.

No entanto, segundo o mesmo autor, as pessoas vivem suas subjetividades em um contexto social no qual a linguagem e a cultura dão significado à experiência que a pessoa tem de si mesma e na qual se adota uma identidade. “Quaisquer que sejam os conjuntos de significados construídos pelos discursos, eles só podem ser eficazes se eles nos recrutam como sujeitos” (ALFERES, 1987, p. 213). Para o autor, as posições com que as pessoas se assumem e com as quais se identificam formam suas identidades. Pode-se daí deduzir que o conceito de subjetividade admite uma exploração dos sentimentos que estão envolvidos no processo de produção da identidade, permitindo entender os motivos pelos quais as pessoas se apegam às identidades particulares.

Por outro lado, não se pode pensar em identidade sem mencionar a diferença. Sobre isso se pode responder como Silva (2000, p. 79) o fez em relação ao traço da diferença no signo, que "a mesmice (ou a identidade) porta sempre o traço da outridade (ou da diferença)".

Silva (2000) diz que a afirmação da identidade e a marca da diferença envolvem operações de inclusão e de exclusão, traduzindo-se em declarações sobre quem pertence e sobre quem não pertence, sobre quem está incluído e quem está excluído. Nesse pensamento,

a identidade e a diferença estão muito juntas aos sistemas de significação, a identidade resulta da cultura e do que a sociedade atribui a uma pessoa.

Nesse passo, descortinar os universos de sentidos que configuram as representações sociais da hanseníase implica um olhar que ultrapasse o biológico e contextualize social e culturalmente o corpo alterado por essa doença, procurando compreender como o mesmo é investido de representações.

Pensa-se o gênero como o elemento que dá sentido às representações sociais por ser formador das identidades, norteador do papel social de cada um, desde o nascimento, a partir do sexo biológico e da cultura que o sustenta.

Ademais, o corpo não pode se desvincular do gênero nas representações sociais, pois é o visível, a apresentação pessoal, a identidade, não podendo, portanto, alijar-se de construções e reconstruções sociais sobre o seu instrumento de estar no mundo. Alie-se a isso o fato de que o corpo expressa o sujeito por ter sua linguagem própria. O corpo biológico marca a diferença masculina e feminina e exige cuidados diferenciados.

Nesse mesmo raciocínio, o corpo alterado por qualquer doença é um problema em uma sociedade que cultua o corpo perfeito, constituindo-se uma ameaça à identidade pessoal e à socialização, havendo necessidade de que a pessoa com tal problema atribua sentido à nova imagem apresentada e cultive o cuidado de si, aspecto este que se pontua a seguir.

2.3 O CUIDADO

A palavra “cuidado” é derivada do latim *cura*, que constitui um sinônimo erudito de cuidado. O termo *cura* em sua forma mais antiga do latim era escrito como *coera*, sendo usado em um contexto de relações de amizade e amor, com objetivo de expressar um ato de inquietação, desvelo, cuidado, e preocupação pelo outro (CARDOSO; CONDE, 2007).

Durante várias décadas o cuidado, em especial nos hospitais, foi associado à execução de algum procedimento de enfermagem, dando ênfase apenas à técnica, sempre atrelada à prescrição médica e ligada a alguma enfermidade. Porém, com o passar do tempo, a técnica deixou de ser primordial e passou-se a relevar as intervenções de ordem social e psicológica. A partir de então, é dada ênfase ao conceito de cuidado de si e de humanização no ato de cuidar, visando o bem-estar de quem precisa desse cuidado (WALDOW, 2001).

Visto sob esse prisma, o cuidado deixou de ser um ato mecânico prestado unilateralmente por profissionais conhecedores de saberes científicos e inquestionáveis, passando a ser visto como um processo de interação, onde de um lado há alguém que cuida, e

do outro há um ser que recebe esse cuidado, o qual vive e interage num determinado contexto que lhe incumbe uma bagagem socio-psico-cultural, que lhe confere um saber próprio adquirido ao longo de sua vivência.

Na ótica de Waldow (2001), cuidar significa ver o ser humano na sua totalidade, respeitando suas características e planejando junto as ações terapêuticas, tanto no nível preventivo quanto no curativo.

Depreende-se que cuidar de alguém exige que se conheça o sujeito. Para tanto, se necessita compreender as necessidades de quem está sendo cuidado, no intuito de responder adequadamente tanto às suas necessidades quanto aos seus anseios, que podem ser verbalizados ou não, em aderir ou recusar tais cuidados.

Referindo-se ao cuidado, Ferreira (2008) diz que o corpo exige uma emergência de cuidados sinalizados pelos próprios clientes que indicam a vertente psicossocial e cultural na qual o corpo-sujeito é também objeto.

Torna-se oportuno dizer que se entende a enfermagem como uma prática social, ou seja, como a ciência e a arte de ajudar às pessoas, aos grupos e às comunidades na manutenção de seus cuidados, e, para tal, necessita ter um corpo de conhecimentos científicos, antropológicos e psicossociais, pensamento crítico, posicionamento político e profissional, bem como direito de ir e vir.

Entende-se o corpo da mulher alterado pela hanseníase como tendo uma lógica própria de ser e estar no mundo, na medida em que é um construto social. Como tal, criam-se formas de expressão que remetem ao campo do que ele expressa e do que ele não expressa; do que ele revela e do que ele esconde; do que ele conhece, como ele conhece e usa esse conhecimento. Aprender seus sentidos significa percorrer caminhos tortuosos, buscando decifrar aquilo que se mostra/ocultando, para então entender os diferentes modos de cuidar.

Assim, as representações sociais das mulheres sobre os seus corpos alterados pela hanseníase impulsionam-as a assumirem uma postura ante esta doença, e o modo como ela deve ser manejada, cuidada e atendida. Então, se os profissionais de saúde não procurarem apreender as representações sociais dos sujeitos sobre sua doença, é possível que as suas próprias representações a respeito da mesma doença não coincidam com as dos doentes e nem de seus familiares. Então, como dialogar com os usuários sobre os cuidados de si? Situa-se a questão, em especial, no cuidado às mulheres, foco desta pesquisa, pelas razões já apresentadas no capítulo introdutório.

Os cuidados de enfermagem à portadora de hanseníase são necessários com vistas a promover ações educativas sobre a doença, esclarecer dúvidas sobre o tratamento e o tempo de cura, os cuidados com o corpo, o autoexame, a necessidade do controle dos contatos domiciliares, os sinais e sintomas de reações hansênicas e outros problemas. Enfim, contribuir para a dissociação entre a hanseníase e a lepra, estimulando para o tratamento e/ou reabilitação e para a cura, impulsionando-as à autoaceitação de estar com a hanseníase e ao cuidado de si. Os enfermeiros praticam, promovem e dão visibilidade ao cuidado e, para tanto, há necessidade de ultrapassar o biológico e adentrar no psicológico.

O enfermeiro tem atuação primordial nas ações de controle da hanseníase, tanto para construir um bom relacionamento entre profissionais e clientes, como para manter a dignidade humana do portador, contribuindo para a preservação de sua autoestima, evitando a desesperança e favorecendo o êxito da reabilitação.

No entanto, não é essa a nossa realidade, pois os problemas psicossociais advindos da possibilidade do diagnóstico de ter hanseníase, as ancoragens usadas para dar significado à doença na vida do portador e os efeitos da doença no seu corpo pouco são abordados, uma vez que o cumprimento regular da rotina de trabalho, aliado, muitas vezes, à pouca motivação da equipe de saúde, nem sempre possibilita a exteriorização das preocupações dos portadores ou ex-portadores de hanseníase, aí incluídas as de ordem psicossociais, voltando-se somente para o tratamento medicamentoso.

Quanto à assistência prestada pelos profissionais de saúde, Sá (2007, p. 87) enfatiza que:

Assim o profissional decai no impessoal, porque foge daquilo que não quer compreender: o significado da doença em quem a tem. A assistência é geralmente restritiva, com imposições médicas e regras de cuidados, impregnada pelo discurso da técnica e de dominação sobre o corpo do outro. Encobre o que é essencial do cotidiano assistencial: a relação profissional-pessoa doente. A assistência se mantém em uma superficialidade preocupada com manifestações que encobrem o verdadeiro sentido, que é o cuidado.

Dias e Barbosa (2001) corroboram esse pensamento ao se referirem ao atendimento de clientes com sinais e sintomas sugestivos de hanseníase, quando afirmam que muitas pessoas (inclusive contatos de hanseníase) procuram as unidades de saúde ainda na forma inicial da doença (presença de uma mancha pequena com pouca ou nenhuma alteração de sensibilidade), porém, quando conseguem atendimento, o profissional não releva suas queixas e tampouco faz testes elucidativos para o diagnóstico.

Barleta (2003), ao se referir à mulher que tem o corpo alterado pela cirrose hepática, diz que as alterações corporais por qualquer doença configuram-se como algo estranho para a mulher. Ela precisa retraduzir esse novo corpo, atribuindo sentido a essa experiência.

Em se tratando da hanseníase, o conhecimento adequado dessa patologia, bem como seu controle e tratamento, é de extrema relevância para as ações de controle tanto no portador quanto na comunidade. O enfermeiro tem um papel de destaque para identificação precoce e resolução do déficit de conhecimento da comunidade, onde portadores e familiares devem ser envolvidos. Por outro lado, a detecção tardia pode gerar outros problemas desnecessários e graves, como: ineficácia do tratamento, bacilos resistentes, isolamento social. Este último é um dos mais sérios problemas enfrentados pelos sujeitos com alterações corporais causadas pela hanseníase, pois permeia as reações devastadoras do estigma e preconceito.

Em seu cotidiano, o enfermeiro se depara com problemas que extrapolam os limites biológicos da doença, como as alterações psicossociais, principalmente quando se trata de alterações corporais provocadas pela hanseníase. Há, portanto, necessidade de um trabalho sistematizado que identifique precocemente e previna essas alterações junto ao portador, para se alcançar uma resposta efetiva das medidas adotadas. Cabe então ao enfermeiro estender o seu olhar para os problemas sociais que possam dificultar a adesão ao tratamento, à aceitação de si e a um estilo de vida que favoreça a sua recuperação.

Porém, de acordo com Ferreira (2003, p. 39), apesar do enfermeiro ter na sua formação o olhar e o cuidar, independente do mal e da condição social, nem sempre a clientela que ele assiste vai ao encontro de seus desejos como profissional. Nesse sentido, “cuidar da pessoa portadora de hanseníase nem sempre é opção de muitos profissionais. Por outro lado, a formação acadêmica não oferece o suporte necessário para atender às necessidades das diversas clientelas”.

Andrade (1993, p.42) ratifica essa realidade quando, baseada em resultados de seus estudos, afirma que:

O cuidar de hansenianos não foi a primeira coisa que desejavam fazer, como opção. O cuidar torna-se parte do ato de fazer enfermagem, porém este fazer demonstrou a necessidade de buscar um conhecimento com maior qualidade.

Sobre o cuidado de si, Foucault (1982) alude que o termo é oriundo do conhecimento socrático-platônico entendido pelo autor como a “arte da existência”, ou seja, princípio segundo o qual convém ocupar-se de si mesmo derivando em imperativos sociais e elaborando saberes coletivos.

Para o autor, as técnicas de si permitem aos indivíduos efetuarem, sós ou com a ajuda de outrem, algumas operações sobre seus corpos, suas almas, seus pensamentos, suas condutas, seus modos de ser; de transformarem-se a fim de atender um estado de felicidade, de pureza, de sabedoria, de perfeição ou de imortalidade (FOUCAULT, 1982).

Seguindo esse raciocínio, Foucault (*op cit.*) contextualizou o sujeito tanto do ponto de vista teórico como na sua relação com um conjunto de práticas da antiguidade tardia. Os gregos visualizam essas práticas como um preceito – *epimeleisthai sautou*, ou seja, “tomar conta de si”, ter “cuidado consigo”, “preocupar-se, cuidar-se de si”, já que este é o princípio do *cuidado de si*.

Assim, cuidar de si requer gostar de si, ter respeito por si e pelo outro, assim como refleti-lo na sua maneira de ver e viver a vida. Entretanto, o cuidado de si só terá valor para o ser humano a partir do momento em que ele tome consciência do seu direito de viver e do estilo de vida que tem, tendo-se em vista que no seu cotidiano, quando se encontra aparentemente bem e saudável, não dá a devida importância ao constante exercício do cuidar de si (CARRARO, 2003).

Numa perspectiva foucaultiana, há *cuidado de si* quando se cria um modo de pensar o corpo que implique em: abolir o desprezo do corpo; superar o culto do corpo; recusar a indiferença em relação ao corpo; aliar-se ao corpo e aceitá-lo, fazendo dele um guia de vida espiritual, usufruindo das suas potencialidades e, principalmente, aprendendo a entregar o próprio corpo ao amor e à dedicação.

Neste estudo, o *cuidado de si mesmo* é considerado como uma força interior que impulsiona os seres humanos a respeitarem seus próprios corpos, aceitando-os como eles são, eliminando qualquer tipo de pensamento ou ação que possa causar danos à sua integridade bio-psico-socio-espiritual, como: desprezo ao corpo, atitudes de indiferença e de negligência em relação ao seu corpo, sentimentos de autopiedade. Em outras palavras, é um modo de estar no mundo, de relacionar-se com o outro e consigo mesmo; de agir de si para consigo, de modificar-se e transformar-se.

Compactua-se com Bub *et al.* (2006, p. 156), ao se referirem ao cuidado de si da seguinte maneira: “Esta forma de cuidar-se remete o sujeito à reflexão sobre seu modo de ser e agir, conferindo ao cuidado de si, além de uma dimensão política, uma noção da ética como estética da existência”.

Para Foucault (2006), ocupar-se consigo mesmo significa ocupar-se consigo como “sujeito de”, exercendo essa subjetividade não só instrumentalmente, mas, também, para

assegurar-se do que elas em certo sentido são, pois querer transformar totalmente uma pessoa significa descaracterizá-la.

Concernente aos cuidados de enfermagem em hanseníase, cabe dizer que estes não se restringem somente ao tratamento medicamentoso (dispensar e observar a ingestão da medicação supervisionada). Pelo contrário, abrangem desde o diagnóstico precoce à investigação epidemiológica dos contatos domiciliares, passando pelo atendimento sistematizado da demanda espontânea por meio da cobertura máxima, a realização do exame dermatoneurológico para prevenção das incapacidades físicas e sociais da doença, bem como as orientações de medidas educativas e ajudar na desconstrução de representações sociais estigmatizadas da doença.

Por conseguinte, a execução de tais cuidados requer conhecimento do enfermeiro sobre o processo saúde/doença da hanseníase na sua inteireza. Ora, isso implica em participar de estudos e levantamentos que identifiquem os determinantes desse processo; que relacionem as condições de vida e os problemas de saúde identificados e estabeleçam prioridades entre tais problemas; que identifiquem a diversidade cultural com que a população enfrenta seus problemas de saúde, bem como as características genéticas, ambientais, socioeconômicas e culturais que interferem sobre a saúde.

Instrumentalizado com tais conhecimentos o enfermeiro poderá promover a saúde através de suas diversas ações, dentre elas: a mobilização social; realizar ações de promoção da saúde dirigidas para grupos de risco ou para segmentos populacionais alvo dos programas institucionais de saúde; realizar ações educativas para a família e comunidade.

Porém, o cuidado de enfermagem na hanseníase não se limita somente a isso. No que tange às ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, as ações do enfermeiro abarcam desde a identificação de condições de vida que propiciem o aparecimento e desenvolvimento da doença, até as questões ligadas à qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidade, e ações educativas voltadas à população em geral. A detecção precoce também integra o elenco de ações, e o mais interessante, levando-se em conta o objeto desta pesquisa, é a orientação de que o enfermeiro deva conhecer a representação social da hanseníase e identificar e desenvolver ações que visem romper com as barreiras culturais em relação à hanseníase (BRASIL, 2000a).

Por outro lado, o concernente à recuperação e reabilitação dos portadores de hanseníase, bem como o envolvimento da família e comunidade em seus processos tratamento, cura e reabilitação social, exige do enfermeiro outro leque de conhecimentos e

habilidades, tais como: identificar as diferentes formas de manifestação da hanseníase nos indivíduos; compreender o significado de um diagnóstico de hanseníase para o indivíduo doente, sua família, comunidade e para a equipe de saúde; informar ao indivíduo doente, sua família e comunidade acerca do tratamento e da cura da hanseníase; envolver o paciente e seus familiares na adesão ao tratamento; conhecer esquemas terapêuticos (PQT-OMS e esquemas alternativos) e seus efeitos adversos; aplicar procedimentos de tratamento e administrar dose supervisionada, segundo normas do Ministério da Saúde; identificar e envolver pessoas e organizações da comunidade para supervisionar a tomada da dose mensal; realizar avaliação neurológica do paciente; conhecer e aplicar técnicas simples de prevenção, tratamento e reabilitação de incapacidades físicas; conhecer e orientar o indivíduo e familiares acerca dos procedimentos de autocuidado; reconhecer estados reacionais da hanseníase e encaminhar ao médico para tratamento precoce e prevenção de deformidades; promover atividades que contribuam para a adaptação do paciente e família às possíveis limitações consequentes da doença; conhecer e aplicar critérios de alta por cura; acompanhar os pacientes após a alta por cura, em casos de reações e sequelas; compreender a diferença entre estados reacionais e recidiva (BRASIL, 2000a).

Na consulta de enfermagem, as mulheres com alterações corporais provocadas pela hanseníase precisam simultaneamente conhecer a si mesmas, deixar fluir seus valores e o modo como entendem o que aconteceu ou está acontecendo com os seus corpos, juntamente com a prática do cuidado de si. Este diálogo capaz de deixar fluir um pensamento mais abstrato, ultrapassando apenas o concreto de suas falas, significa fazer o cuidado e tudo o que emerge de seus sentidos em consequência do momento em que estão vivendo e do que este momento está representando, é o que caracteriza a realização do cuidado de si.

Dessa forma, o exposto referendou a necessidade de repensar um novo perfil de qualificação de cuidados para o enfermeiro frente à sua competência no atendimento tanto aos portadores de hanseníase como aos que não são mais portadores, porém apresentam alterações corporais provocadas por essa doença, incorporando a perspectiva de um modo de fazer enfermagem que dê a oportunidade ao usuário, em especial às mulheres com o corpo alterado pela hanseníase, de expressarem a subjetividade que passam ao tentar ressignificar os seus corpos, o que mobiliza afeto e atitudes. Assim, cabe ao enfermeiro: ouvir, interagir com, refletir com, representar com, tocar com, examinar com, assistir com, tratar com e curar de.



CAPÍTULO 3
METODOLOGIA

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Esta pesquisa é do tipo descritivo e sua abordagem é qualitativa. Isso se deu pela natureza do objeto nela tratado. Como bem pontua Spink (1995, p. 103), “a pesquisa sobre as representações sociais, estando comprometida com situações sociais naturais e complexas – requisito imprescindível para que sejam acessadas as condições de sua produção – é necessariamente uma pesquisa qualitativa”.

A abordagem qualitativa é mais adequada para a compreensão do modo como se processam as questões referentes às alterações corporais das portadoras de hanseníase e as implicações para o cuidado de si, pois no desenho desta pesquisa busca-se acessar as vivências e experiências dos sujeitos no cotidiano de suas ações e relações sociais.

Nesse sentido, é necessário relevar a visão que flui do interior dos sujeitos do estudo em seus próprios contextos, locais de construção e reconstrução de seus universos consensuais, com vistas a entender como as mulheres autorrepresentam seus corpos, convivem com determinados aspectos, relacionam-se com os outros e buscam alternativas de soluções para os seus problemas. É nesse universo consensual que as representações emergem, a partir da matéria-prima que os universos reificados oferecem e que permitem descobrir: Quem sabe? De onde sabe? Como sabe? Com que efeito? (JODELET, 2001), questões que importam à exploração dos objetos, à luz da TRS, e que demandam um método.

Assim, a pesquisa qualitativa consegue captar e descrever a complexidade de alguns problemas, analisa-os, compreende e classifica a dinâmica vivida pelos grupos sociais e pode auxiliar no processo de mudança de um grupo (GOLDENBERG, 2007). Nessa ótica, esse tipo de pesquisa possibilita um maior nível de profundidade e compreensão na busca das representações sociais das mulheres sobre o seu corpo alterado pela hanseníase, bem como o nexos entre tais representações e as práticas adotadas pelas mulheres no que concerne ao cuidado de si.

Tratando-se de uma pesquisa qualitativa, a investigação direcionou-se para a busca dos sentidos e significados atribuídos pela mulher ao corpo alterado pela hanseníase, a partir da descrição e compreensão da realidade sociocultural desse grupo. O foco de interesse centrou-se nos comportamentos significativos de tais mulheres engajadas no contexto e em seus grupos sociais, ou seja, seus comportamentos no cotidiano, observados pela pesquisadora

ou por elas relatados, na medida em que agregam significado e produzem sentidos às próprias condutas e às das outras pessoas.

3.2 CAMPO DO ESTUDO

3.2.1 A Unidade de Referência Especializada: antecedentes históricos e o momento atual

O cenário de estudo foi uma Unidade de Referência Especializada (URE) em Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará (SESPA), que presta serviço em regime ambulatorial aos portadores de dermatoses de interesse sanitário, especialmente a hanseníase, encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) das zonas urbanas e rurais dos municípios paraenses. Funciona de 7 às 18 h e sua cobertura abrange todo o Estado do Pará, oferecendo resolutividade técnica e educação continuada dentro do sistema estadual de saúde.

A URE localiza-se na Avenida João Paulo II s/n, bairro de Dom Aristides, Município de Marituba/Pará, o qual pertence à Mesorregião Metropolitana de Belém e fica a 13 km de distância da capital paraense. O percurso é feito de carro pela rodovia federal BR-316 em 20 minutos, ou em ônibus, em aproximadamente 50 minutos.

A título de ampliação de informações, o cenário social ao qual a URE se organiza é de suma importância e é relevante que se considerem alguns fatores que marcaram a trajetória do Município de Marituba, dentre os quais se destaca a sua indiscutível associação histórico-social à hanseníase no Estado do Pará.

Ferreira (2003) narra que a hanseníase sempre foi considerada um problema no estado devido ao grande número de casos. Então, na tentativa de solucionar o problema, uma vez que o Lazáropoles do Prata (primeira colônia agrícola para leprosos do Brasil) e os dois dispensários construídos na capital paraense não conseguiam abrigar a enorme demanda de casos, urgiu a necessidade de se criar mais uma colônia. Assim, ao final dos anos de 1930 surgiu a Colônia de Marituba, a qual só foi oficialmente inaugurada em 1942.

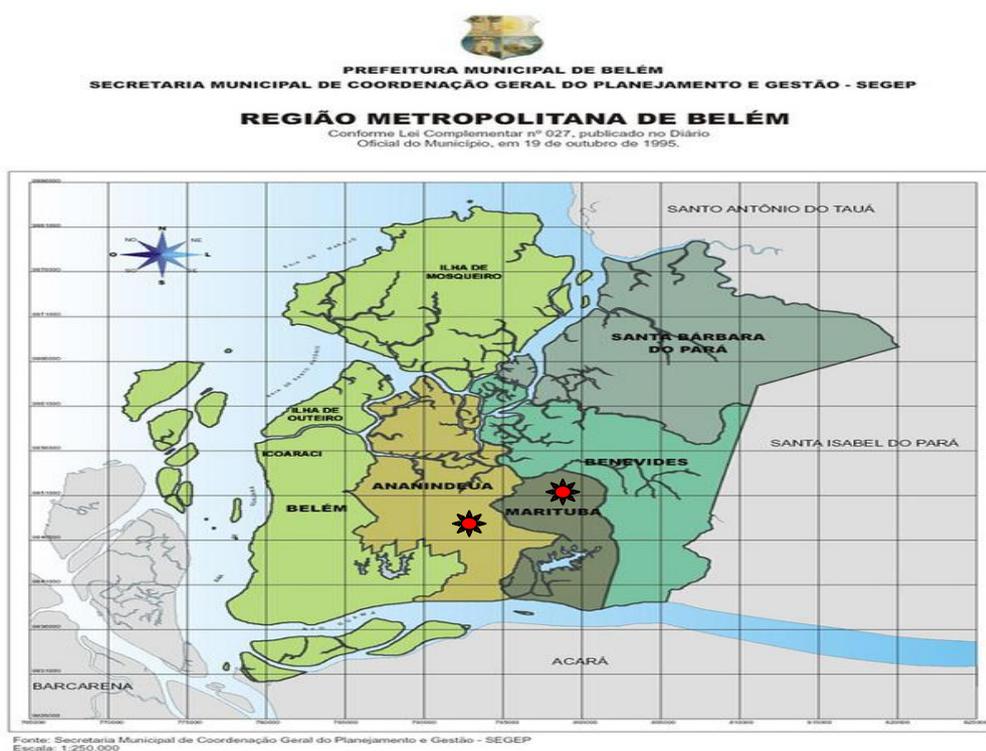
O objetivo da Colônia era atender, em regime de isolamento compulsório, pessoas portadoras de hanseníase, evitando com isso o contágio da doença; para tanto, se amparava em normas rígidas, controladoras e excludentes, pois até mesmo o dinheiro que ali circulava era diferente¹.

¹ Foi criada uma moeda chamada “Hospício dos Lázaros”, com o objetivo de evitar que os moradores das colônias de hansenianos, ou seja, Colônia do Prata e de Marituba, manipulassem a moeda corrente e por meio desta transmitissem a doença para a população considerada sã. Dessa forma, o dinheiro que os familiares

A partir de 1976, com o advento de uma nova Política de Controle da Hanseníase (BRASIL, 1976), a Colônia de Marituba passou por um processo de transformação, culminando na criação do Abrigo João Paulo II. Atualmente, o Abrigo atende 148 residentes sequelados, divididos em residentes internos e residentes externos (estes moram em casas pertencentes ao governo do estado), na faixa etária de 30 a 97 anos, dos quais 90% são idosos.

Segundo Silva, J, (2009), a segregação dos doentes deixou no município peculiaridades socioculturais, que se transformaram em marcas indelévels nos atuais bairros constituintes do antigo local.

Figura 1 – Mapa da Região Metropolitana de Belém/Pará

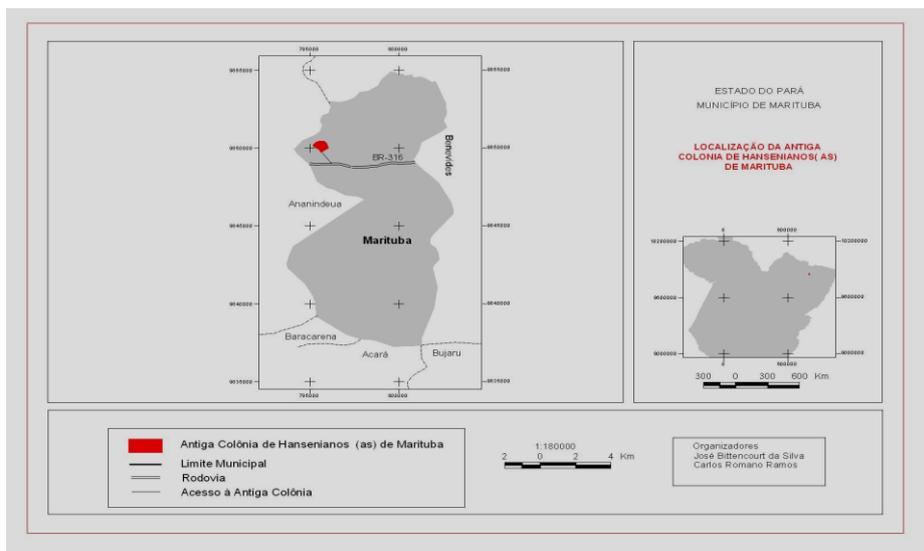


Fonte: Secretaria Municipal de Coordenação Geral do Planejamento e Gestão/SEGEP / 2000.

*Municípios de Marituba e Ananindeua/Pará

deixavam aos seus asilados era entregue aos administradores da colônia e estes trocavam pela moeda que circulava na colônia (Hospício dos Lázaros) e que era aceita não só na colônia como também em seus arredores (Depoimento oral de Milena Borges, diretora do Abrigo João Paulo II, em 26 de agosto de 2009).

Figura 2 – Mapa de localização da antiga Colônia de Marituba/Pa²



Fonte: Silva, J, 2009.

O mapa mostra a localização da Colônia de Hansenianos no município e há uma indissociável presença desta na formação da sociedade maritubense. Nesse contexto, Silva, J. (2009) destaca que o local onde antes eram as instalações administrativas e hospitalares da Colônia tornou-se um bairro residencial no qual se construiu um complexo assistencial às doenças dermatológicas, formado pelo Abrigo João Paulo II, pela Unidade de Referência Especializada (URE) Marcello Cândia e pelo Laboratório de Dermatoimunologia Marcello Cândia.

A URE Dr. Marcello Cândia foi inaugurada em fevereiro de 1991, em Marituba, por ocasião da reorganização dos serviços de saúde voltados ao tratamento da hanseníase na colônia de hansenianos. O novo modelo de assistência implicava na criação de centros para diagnóstico e tratamento em regime ambulatorial, em contraponto ao modelo vigente à época, do isolamento nos hospitais-colônias.

Cabe ressaltar que a URE tem a missão de prestar assistência aos portadores de dermatoses de interesse sanitário, especialmente a hanseníase, em regime ambulatorial. Propõe-se a atender os usuários através de uma equipe multiprofissional, de forma humanizada, para que atinja alto grau de resolutividade.

² Mapa extraído do paper de José Bittencourt Silva. A Ex-Colônia de Hansenianos de Marituba: perspectiva histórica, sociológica e etnográfica. Paper NAEA/UFPa, nº 234, maio de 2009.

Dispõe de uma infraestrutura composta de três prédios: Oficina Ortopédica, Laboratório Dermato-Imunológico e Atendimento Ambulatorial.

A Oficina Ortopédica funciona desde a criação da Instituição, em 1991. Tem a finalidade de confeccionar e fornecer produtos de órteses e próteses para recuperar e prevenir as incapacidades.

O Laboratório de Dermato-Imunologia (LDI) foi inaugurado em 2001, sendo responsável pelo estudo das doenças infecciosas mais prevalentes na região amazônica, especialmente aquelas que possuem maiores manifestações dermatológicas, como a hanseníase e a leishmaniose.

No **Atendimento Ambulatorial**, alguns procedimentos são seguidos no intuito de melhorar a satisfação dos usuários, como:

1) O **Acolhimento**, que envolve as atividades de recepção e grupo informativo (educação em saúde). Neste grupo, um técnico (qualquer profissional de nível superior) fornece os esclarecimentos essenciais para as possíveis situações que o usuário poderá passar em consequência da doença e/ou sobre o plano de controle da hanseníase.

2) A **Consulta de Enfermagem**, realizada com todos os usuários que são atendidos pela primeira vez na URE e, no que concerne à hanseníase, mensalmente, ao longo de todo o tratamento poliquimioterápico. Na consulta discutem-se as situações de risco e vulnerabilidades, como, por exemplo, presença de áreas anestésicas, presença de reações, situações de discriminação, como também aspectos protetores, a adesão ao tratamento, a necessidade da vinda dos contatos para controle, dentre outros.

3) Subdivisão de Arquivo Médico e Estatístico (SAME).

No setor de Treinamento, Ensino e Pesquisa, desenvolvem-se ações de capacitação de profissionais atuantes na área de saúde no controle da hanseníase em âmbito estadual e que realizam pesquisas de caráter técnico-científico-operacional na área de dermatologia tropical e social.

As ações de educação em saúde são desenvolvidas por meio de: 1) Grupo de Acolhimento, 2) Grupo do Curativo, 3) Grupo Informativo, 4) Atividades educativas em sala de espera, 5) Palestras na Comunidade.

Além desses setores e serviços, a URE Marcello Cândia dispõe também de: oficinas terapêuticas voltadas à reabilitação psicossocial e ocupacional de usuários atingidos pela hanseníase; laboratório de análises clínicas; acompanhamento pré e pós-cirúrgico pelo programa de cirurgias reparadoras.

A opção pelo local supracitado deveu-se a ele ser referência estadual para diagnosticar, tratar e reabilitar os portadores de hanseníase, ou seja, ter a função de recuperar as deficiências motoras e as incapacidades funcionais adquiridas em decorrência da hanseníase.

Além da infraestrutura para a execução da pesquisa, a URE possui equipe multiprofissional especializada, podendo servir de apoio nos casos de necessidade. Some-se a isso localizar-se no Município de Marituba, local e palco de representações sociais sobre a hanseníase, oferecendo a possibilidade de entrar em contato com pessoas que vivenciaram, sofreram, resistiram, amaram, odiaram, se excluíram e foram excluídas no decurso da doença, não só em seu corpo, mas também nas suas mentes e no contexto em que viveram. Contexto este de poder e dominação, cujos sobreviventes contam a história de suas vivências intra e extra Colônia de Marituba. Alguns constituíram família e vivem até os dias de hoje em casas doadas pelo governo do estado.

Em síntese, o local amoldou-se às condições exequíveis para a operacionalização da pesquisa, cooptando-se ao perfil dos sujeitos eleitos para o estudo; além de diminuir a probabilidade de risco de erros diagnósticos, seja quanto à doença ou quanto às alterações corporais, por tratar-se de uma URE.

3.2.2 A exploração do campo de pesquisa

O primeiro acesso à unidade deu-se em janeiro de 2009, após contato com a Coordenação Estadual de Dermatologia Sanitária (CEDS), que emitiu um documento encaminhando, apresentando e referendando a execução da pesquisa, bem como explicitando o apoio da instituição para sua viabilização. Dessa forma, foram feitas as devidas apresentações e entregues à direção o documento da CEDS, referendando o apoio da unidade à pesquisadora, e um resumo do pré-projeto.

Nessa ocasião houve contato com a equipe multiprofissional e, também, constatou-se a adequação das condições do ambiente à realização das técnicas de coleta de informações eleitas. Em fevereiro de 2009 obteve-se o documento de aceite da URE (Anexo A), após apresentação do pré-projeto para alguns membros da URE, os quais recomendaram certos ajustes para a pesquisa, o que foi acatado.

Durante esse período, considerado como familiarização, voltou-se ao cenário mais três vezes para verificar como as pessoas chegavam e eram atendidas na unidade, além de tentar buscar informações necessárias para captação dos sujeitos, consultando livros de

controle e aprazamentos, arquivos e banco de dados. Ressalta-se que tais consultas foram realizadas mediante autorização verbal da direção da URE.

3.3 OS SUJEITOS

Foram sujeitos 43 mulheres com alterações corporais causadas pela hanseníase, estando em tratamento ou de alta por cura. Para inclusão na amostra estabeleceram-se cinco critérios: 1) estar na idade adulta legal, ou seja, na faixa etária de 18 a 59 anos; 2) residir no Município de Marituba/PA ou em Ananindeua/PA; 3) estar matriculada na instituição eleita para local de estudo; 4) estar fazendo qualquer tipo de tratamento na URE, mesmo que estivesse de alta curada, tais como: tratamento para estado reacional e/ou estar em tratamento fisioterápico e/ou com terapeuta ocupacional para prevenção de incapacidades físicas e/ou estar fazendo curativo, etc; 5) aceitar participar do estudo.

Foram considerados critérios de exclusão: as mulheres que tivessem qualquer alteração corporal que não fosse causada pela hanseníase, estar gestante e/ou puérpera e ser ex-moradora da Colônia de Marituba.

É importante salientar que, de acordo com Sá (1998), o grupo selecionado deve ter a representação do objeto, donde se depreende que nenhum grupo pode representar com tanta propriedade o objeto deste estudo como as moradoras dos Municípios de Marituba e Ananindeua/Pará. O primeiro, por ter sido *locus* de uma colônia de hansenianos e ainda abrigar alguns ex-moradores que, por não terem famílias e/ou por opção, continuam morando no Abrigo João Paulo II (nome atual da antiga Colônia de Marituba). Referente ao segundo, por ser fronteiro com Marituba e pelo histórico deste no que concerne à hanseníase, as pessoas buscam tratamento em Marituba, tendo como fator facilitador a presença da URE e sua equipe multiprofissional no tratamento e controle das intercorrências da hanseníase.

Como explicitado no capítulo introdutório desta pesquisa, observou-se diferenças entre os sexos, feminino e masculino, nos modos como os portadores valorizam as consequências que a doença traz para o seu corpo e na forma como cuidam do mesmo. Tais diferenças aludem a possibilidades de exploração desse objeto (corpo da mulher alterado pela hanseníase) no campo do gênero, o que merece investigação ampliada sobre a questão.

Para amparar essa apreensão, que se deu de forma empírica, vale citar Oliveira; Gomes; Oliveira (1998) que, em uma pesquisa sobre os efeitos da hanseníase em homens e mulheres, concluíram que os homens reagem de modo diferente das mulheres quanto aos efeitos biológicos e psicológicos provocados pela hanseníase. Por outro lado, Ferreira (1999)

afirma que o corpo-mulher requer cuidados diferentes do corpo-homem, não só quanto ao tipo de cuidado como à forma de sua realização. Minuzzo (2008) fez uma pesquisa de representações sociais com o homem paciente de hanseníase, concluindo que os homens não previnem as doenças como as mulheres o fazem, o cuidado com o corpo tem relação com o comportamento de gênero e a preocupação com o trabalho é muito acentuada nos homens, pois estes, segundo a autora, são os provedores majoritários da família.

À luz da problemática evidenciada e em atenção à delimitação desta pesquisa, optou-se por investir na investigação do objeto, por ora, na vivência do feminino. Dessa forma, a proposta deste estudo consiste em acessar as RS das mulheres sobre os seus próprios corpos alterados pela hanseníase, bem como o modo como essas representações repercutem em suas condutas no que tange ao cuidado de si.

A escolha pela faixa etária dos sujeitos pautou-se no fato de que as representações das mulheres sobre o corpo alterado, na adolescência e senescência, podem sofrer influência de outras representações desses grupos por causa das mudanças corporais que ocorrem nessas fases. Fato que poderia interferir nos resultados, por não se ter parâmetros para distinguir quais seriam as representações sobre as alterações corporais causadas pela hanseníase e quais estariam ligadas a outros mecanismos adaptativos e de ressignificação pessoal, tanto para sua satisfação pessoal como para a sociedade. Além disso, um corpo bem esculpido, envolto em uma pele lisinha e livre de marcas e deformidades geralmente está relacionado ao estereótipo de corpo feminino e, portanto, é o que todas as mulheres buscam. Então, qualquer situação fisiológica e/ou patológica que altere esse corpo pode levar a representações.

Daí, também serem excluídas do estudo as gestantes e puérperas, tendo em vista que, nesses eventos, independente da idade, a mulher passa por intensas transformações corporais e hormonais, podendo levá-la a uma crise situacional decorrente da mudança de papel social, necessidade de novas adaptações, reajustes interpessoais e intrapsíquicos, e mudança de identidade.

De modo semelhante, a exclusão de mulheres ex-moradoras da Colônia de Marituba deve-se ao fato de se supor que as representações das mulheres que vivenciaram o isolamento compulsório, que tiveram seus filhos afastados, que foram submetidas às normas controladoras e separatistas de tais locais, são ímpares e só podem ser comparadas com pessoas que têm ou tiveram a mesma vivência.

Portanto, integraram o estudo mulheres adultas a partir dos 18 anos, maioridade legal e final da adolescência, até 59 anos, marco final da fase adulta. De acordo com a Lei nº 8069,

de 13 de julho de 1980, em seu Art. 2º, “*Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade*” (BRASIL, 1980); e segundo a Lei de nº 10741, de 1º de outubro de 2003, em seu Art. 1º, “*idoso é toda pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos*” (BRASIL, 2003).

A seleção dos sujeitos deu-se por conveniência, ou seja, pelo acesso da pesquisadora às mulheres ao comparecerem à unidade para qualquer tipo de atendimento. Desse modo, a partir dos livros de registro de casos de hanseníase ou de controle e aprazamento dos diversos serviços oferecidos pela URE, ou pela abordagem direta da pesquisadora nas salas de espera, foram eleitas as mulheres que fizeram parte do estudo, para as quais se aplicaram os instrumentos de produção de dados, até que não mais apresentassem informações novas para a composição do quadro empírico da pesquisa, ou seja, até que se chegasse ao ponto de saturação.

3.4 AS TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES

Alves-Mazotti; Gewadsznajder (1999) dizem que as pesquisas qualitativas são caracteristicamente multimetodológicas. Da mesma forma, as pesquisas de representações sociais fazem uso de multitécnicas para observar, analisar e compreender o conhecimento do senso comum.

Com base nesse pensamento, a apreensão das informações deu-se do seguinte modo: primeiramente, na **Consulta aos prontuários**, que, juntamente com o **Instrumento para captação do perfil dos sujeitos** (Apêndice A), permitiu conhecer quem eram as mulheres. A captação do histórico da hanseníase e das alterações corporais nas mulheres possibilitou delinear um esboço dos dados clínicos e epidemiológicos da doença, pois para se acessar as RS é preciso conhecer as suas condições de produção. Dessa forma, conhecer as mulheres é imprescindível, devido às RS se arrimarem em seus grupos de pertencimento. E adotou-se, ainda, a **Entrevista semiestruturada** (Apêndice B) e a **Observação Sistemática**.

A Entrevista semiestruturada

É uma técnica de interação social entre os sujeitos: entrevistador e entrevistado. O primeiro almeja obter informações e o segundo é o sujeito que possui a informação. Dessa forma, além dos dados objetivos coletados no discurso, é na situação face a face que a subjetividade se mostra melhor para o pesquisador, daí a importância de se considerar o clima

emocional da entrevista, o tom de voz, os silêncios, a expressão facial e os demais modos de linguagem não verbais.

Outro fator destacável para a eleição da entrevista semiestruturada é o fato de poder ser aplicada com vários segmentos da população, uma vez que não há necessidade do entrevistado ser alfabetizado ou não. Por ser mais flexível, pode o entrevistador repetir ou escrever perguntas, reformulá-las de modo diferente, especificar alguns significados, de forma que tenha a garantia de estar sendo entendido pelo entrevistado. Some-se a isso a oportunidade de observar as reações às perguntas além da linguagem falada, uma vez que permite a observação e o registro de reações e gestos capazes de contradizer a verbalização das falas, atendendo assim os objetivos do estudo.

Segundo Moscovici (1978, p. 261), “um objeto social é sempre apreendido como algo associado a um grupo”. Nessa ótica, o roteiro da entrevista foi construído a partir de questões capazes de vislumbrar “o que o corpo revela e o que esconde nas mulheres com o corpo alterado pela hanseníase”, bem como os efeitos percebidos sobre o cuidado de si, principalmente no que se refere à autoimagem.

Voltado para essa finalidade, o roteiro de entrevista (Apêndice B) contou com 10 questões abertas orientadas para a compreensão da variedade de pontos de vista sobre o objeto do estudo, tendo-se em mente que as representações sociais são elaborações de sujeitos sobre objetos socialmente valorizados.

Com a finalidade de verificar a adequação do roteiro de entrevista aos propósitos da pesquisa, procedeu-se ao teste piloto com cinco mulheres que apresentavam as mesmas características definidas para os sujeitos, escolhidas por conveniência e que aceitaram responder à entrevista. Cabe destacar que nenhuma mulher que fez parte do teste piloto foi incluída no estudo.

A análise do material gerado após a aplicação do teste piloto indicou a necessidade de complementação da pergunta de número 7, havendo necessidade de citar como exemplo as alterações corporais que elas próprias apresentavam. Após esse esclarecimento, as duas mulheres que haviam suscitado dúvidas quanto ao teor da questão demonstraram compreensão da pergunta.

Devido a não ter havido mudança na forma e no conteúdo das perguntas do roteiro original, e, por se tratar de entrevista semiestruturada, ou seja, com flexibilidade de inserção ou eliminação de perguntas no intuito de dar melhor visibilidade ao objeto de estudo, optou-se por não se alterar a questão, acrescentando-se o adendo somente por ocasião da pergunta,

tendo-se em vista a necessidade de relatarem-se as alterações presentes em cada entrevistada. Como a dúvida foi esclarecida na hora e as respostas foram imediatas, optou-se por considerar os conteúdos gerados como teste de pilotagem e, assim, não incluir outros sujeitos afora os cinco previamente estabelecidos.

As entrevistas foram registradas por meio de aparelho eletrônico (gravador de voz), mediante consentimento dos sujeitos, devido a essa técnica permitir não só a apreensão dos termos da narrativa, mas, também, a apreensão de outras informações que as integrem e que são relevantes para a análise, como o tom de voz, a ênfase dada em suas respostas e os momentos de silêncio.

Para apreensão do implícito nos depoimentos de tais mulheres, interessava não apenas as falas, mas também uma lágrima, um sorriso, um suspiro profundo, um olhar perdido, enfim, as expressões emanadas do corpo, as quais o entrevistador pode captar e tentar trazer à pesquisa, uma vez que a linguagem corporal é capaz de comunicar os sentimentos com maior veracidade do que a linguagem verbal. Tais expressões foram captadas e anotadas em um caderno durante as entrevistas.

As entrevistas tiveram uma duração média de 35 minutos e foram marcadas por choros, atitudes de revolta e desabafos das mulheres com ênfase na crise existencial vivida desde o diagnóstico da doença, aliada às alterações corporais e seus reflexos na autoestima, autoimagem e nas interações sociais.

Quando as mulheres chegavam ao consultório, trazidas pelo atendente com os seus respectivos prontuários, explicava-se que se tratava de uma pesquisa e quais os objetivos, e solicitava-se sua participação no estudo. Em caso positivo, lia-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), se pedia que o assinassem e se solicitava permissão para gravar suas falas, reforçando a condição de anonimato.

Antes de iniciar as entrevistas, algumas mulheres demonstraram preocupação com suas falas, com o tom de sua voz, preocupando-se com o fato de que poderiam não entender as perguntas e não responderem corretamente. Dessa forma, ao longo de seus relatos, faziam sinal de positivo ou negativo com o dedo ou com a cabeça e ficavam aguardando a anuência da pesquisadora, de modo a identificar se suas respostas estavam de acordo com o que era esperado. Diante disso, coube à entrevistadora interromper várias vezes a gravação e reiterar que a técnica objetivava captar as expressões espontâneas, opiniões e sentimentos delas com relação ao corpo alterado pela hanseníase.

Ao final de cada entrevista, agradecia-se a participação e, se houvesse necessidade, procedia-se ao que se chamou de “cuidado de enfermagem pós-entrevista”, esclarecendo as dúvidas suscitadas no decorrer desta, relativas a algumas concepções evidenciadas em seus discursos, alusivas a credices sobre o tratamento, formas de contágio, cura, controle dos contatos e direito de recebimento de benefícios às pessoas com grau 2 de incapacidade. Ao final de tudo, perguntava-se sobre a disponibilidade para ouvir a própria entrevista e corrigir ou complementar o dito e o não dito verbalmente. Ligava-se o gravador, deixando-as ouvir seus depoimentos até quando quisessem interromper, entregando-lhe a 2ª via do termo de compromisso, com o número do telefone da pesquisadora.

A transcrição das entrevistas foi realizada simultaneamente por um profissional jornalista e pela própria entrevistadora, ao término de cada encontro, de modo a garantir na íntegra a reprodução dos relatos, para que nada se perdesse. Cabe ressaltar que as transcrições se encerraram concomitantes às entrevistas, ou seja, no dia da última entrevista foi feita a última transcrição.

Todas as transcrições foram revisadas pela pesquisadora, de modo que pudesse corrigir desvios de sentido nos discursos e interpretação errônea de palavras devido à pouca familiaridade do outro profissional com o tema, e, também, para inserir o não verbalizado.

Assim, neste estudo, a entrevista semiestruturada subsidiou uma descrição significativa de como a mulher via a doença no seu corpo, fornecendo dados para comparar o olhar da pesquisadora sobre os gestos, modo de se relacionar consigo e com os outros, com suas falas (que nem sempre representavam o que pensavam) e com sua sensibilidade de expressão.

Cabe aqui esclarecer que, mesmo que o método de análise que norteia a tese seja lexical, baseado nas palavras e expressões, a linguagem não verbal faz sentido quando aplicada na discussão para elucidar algumas explicações que o léxico não alcança. Ou seja, conforme dito linhas acima, o entrevistador pode captar a linguagem emanada do corpo do entrevistado, entendê-la e descrevê-la na pesquisa, de modo que os leitores possam formar um quadro mental de como as mulheres expressaram os seus discursos e sentimentos.

A Observação Sistemática

Teve por finalidade captar os aspectos importantes para o alcance dos objetivos da pesquisa, visto que certos comportamentos são significantes e sugestivos de representações sociais. Voltada para essa finalidade, traçou-se os comportamentos que seriam importantes para delinear os objetivos da pesquisa e, portanto, deveriam ser observados.

Decorrente disso, optou-se por observar as seguintes condutas: Como as mulheres chegam à URE? Como se vestem? Como se comportam? O que os movimentos de seus corpos expressam? Como se relacionam com as outras pessoas? Sobre o que conversam? Ajudam-se mutuamente?

Procedeu-se às observações nos horários em que a pesquisadora não estava realizando entrevistas, ficando em locais estratégicos, de modo que pudesse captar e registrar os comportamentos previamente definidos, ouvir suas conversas e perceber modos de relacionarem-se entre si e com os outros. Para tal, sentava-se com o caderno na mão, de modo a proceder à observação, registrando simultaneamente o que era considerado importante, tendo-se cuidado para não interferir diretamente nos comportamentos das mulheres.

A observação sistemática permitiu entender que as alterações corporais (tanto a exteriorização como a ocultação) funcionam como fatores de aproximação ou de exclusão de determinados grupos sociais, originando pertenças, inclusive dentro da própria URE, conforme poderá ser constatado no Capítulo 4.

3.5 AS DIFICULDADES ENCONTRADAS NA PESQUISA DE CAMPO E AS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA A CAPTAÇÃO DOS SUJEITOS

A entrada no campo de pesquisa foi no dia 20 de julho de 2009, e perdurou até 12 de dezembro do mesmo ano. Inicialmente assumiu-se uma atitude contemplativa no afã de captar uma imagem detalhada da realidade, se ambientar, entender a dinâmica da unidade e, assim, criar uma relação de confiança com a equipe, pois era muito importante a equipe entender a presença da pesquisadora ali, para que lhe abrisse as portas e facilitasse o trabalho. Primeiro buscou-se captar uma imagem da realidade com o máximo de detalhes, tais como: os aspectos do local, as pessoas (equipe e usuários), ações, o funcionamento, as conversas entre os usuários, entre a equipe e desta com os usuários. Essa fase, denominada de contemplativa, teve a duração de 15 dias.

Foram muitas as dificuldades que apareceram no percurso da pesquisa de campo. Uma delas foi passar da posição de ex-técnica da Coordenação Estadual de Hanseníase para a

de pesquisadora, gerando certa desconfiança em alguns membros da equipe, repercutindo em um número reduzido de encaminhamentos de mulheres para a entrevista. Dessa forma, em 20 dias de campo, conseguiu-se entrevistar somente três mulheres.

Utilizaram-se algumas estratégias para a captação de sujeitos para as entrevistas, tais como solicitações verbais aos técnicos em seus consultórios; distribuição de pastas com um resumo do projeto em todos os setores da URE; palestra sobre DST/Aids, com lanche ao final, para todas as mulheres presentes na URE. Ainda assim, não se obteve sucesso. Passavam os dias (já eram 32 dias), sem realizar entrevista alguma. Tais óbices levaram à procura de novas estratégias para captação das mulheres.

Passou-se, então, a fazer uma busca nos próprios prontuários a partir do livro de controle da hanseníase, na qual se direcionava a atenção para as mulheres com as características eleitas para a pesquisa. A partir de então, solicitava-se os documentos ao arquivo, eles eram lidos e, se de acordo com o perfil de sujeito, colava-se um papel no prontuário solicitando que encaminhassem a usuária para a pesquisadora quando comparecesse por qualquer motivo à unidade. No entanto, as mulheres compareciam e não eram encaminhadas para a pesquisa, exceto pelas enfermeiras que trabalhavam no turno da manhã.

A demanda para as entrevistas só aumentou quando a pesquisadora assumiu a triagem de seus sujeitos, abordando-os na sala de espera, além de preparar um *kit* e dá-lo como brinde a todas as participantes, uma vez que chamou a atenção o baixo nível socioeconômico de grande parte das mulheres até então pesquisadas (14 mulheres) e as dificuldades relatadas quanto ao cuidado de si, para melhorarem a aparência de seus corpos ante as alterações causadas pela hanseníase.

Assim, solicitou-se permissão à direção para preparar *kits*, com miniaturas de protetor solar, hidratante corporal, sabonete e toalhinha de rosto, e distribuí-los como brindes entre as participantes ao final de cada entrevista. Cabe ressaltar que não se tinha a intenção de que tais brindes servissem de chamariz, recompensas ou assistencialismo barato. Ao contrário, o valor era simbólico, uma lembrança, uma forma de agradecimento pela confiança com que expressaram seus sentimentos, suas necessidades pessoais e financeiras, suas lágrimas, seus temores. Algumas mulheres sabiam quais cuidados deveriam ter com o corpo, porém não o faziam, porque não tinham condições financeiras para comprar os produtos.

No total, conseguiu-se realizar 43 entrevistas com as quais, com a pré-análise e o delineamento do quadro empírico da pesquisa, chegou-se à saturação dos dados, decidindo-se pela saída do campo de pesquisa.

Figura 3 - Fotografia do *kit* de cuidados pessoais



Fonte: Arquivo Pessoal da pesquisadora

Figura 4 - Fotografia da pesquisadora com o *kit* de cuidados pessoais e uma mulher do estudo



Fonte: Arquivo Pessoal da pesquisadora

3.6 ORGANIZAÇÃO E TRATAMENTO DAS INFORMAÇÕES COLETADAS

Os dados provenientes da aplicação do instrumento de coleta para captação do perfil sociodemográfico foram submetidos a tratamento estatístico por frequência simples e percentual, e organizados em tabelas capazes de propiciar sua visualização e entendimento, tendo-se em vista a importância dessas informações para a caracterização dos grupos de pertencas.

Os textos das entrevistas foram submetidos ao *software* ALCESTE³ (Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte), para posterior análise à luz da TRS. O objetivo de uma análise com o Programa Alceste é distinguir classes de palavras que representam diferentes formas de discurso a respeito de um tópico de interesse (KRONBERGER; WAGNER, 2004).

A versão do ALCESTE foi a 2010. Esse *software* aplica uma quantidade significativa de testes estatísticos, organizados para realizar análise quali-quantitativa de dados textuais (FONSECA, 2010), conforme procedimentos explicados a seguir.

³ *Software* criado na França por Marx Reinert, para o sistema operacional Windows.

O preparo do *corpus* e a submissão ao Programa ALCESTE

No primeiro momento foi feita a transcrição fidedigna das entrevistas, respeitando-se o movimento dos diálogos com a manutenção das expressões empregadas pelas próprias mulheres, ou seja, do mesmo modo como elas se expressaram.

No segundo momento, para a preparação do *corpus*, procedeu-se à correção da grafia de todas as entrevistas. Assim, foram excluídos tanto os vícios de linguagem (tá, né, aí, prá) como também os erros ortográficos, gírias e alguns sinais como aspas, apóstrofe, hífen, cifrão, parênteses, símbolo de porcentagem, atentando-se para não alterar os sentidos das mensagens. Isto porque o ALCESTE realiza uma Análise Hierárquica Descendente a partir do *corpus* inicial formado pelo conjunto das respostas. A análise hierárquica descendente divide as palavras plenas em segmentos de texto cognominadas de Unidade de Contexto Elementar (u.c.e.). Esses contextos textuais são evidenciados não só pelo seu vocabulário como, também, pelos segmentos de texto que compartilham esse vocabulário (NASCIMENTO-SCHULZE; CAMARGO, 2000).

No terceiro momento, tomadas as devidas providências, as 43 entrevistas foram inseridas em um único arquivo-texto (*corpus* de análise), digitado no programa Word, com espaço simples, fonte Courier, tamanho 10. A partir de então, o programa segmenta o *corpus* em u.c.i. (Unidade de Contexto Inicial), que equivale à resposta de um sujeito na entrevista, e em u.c.e. (Unidade de Contexto Elementar), segmentos do texto que compõem o ambiente da palavra. Ao final da análise, o texto está completamente segmentado em classes de u.c.e., que são separadas por linhas de comando, com o número da entrevista (u.c.i.) e as variáveis eleitas para estudo.

Na análise, o programa congrega as raízes semânticas definindo-as por classes, relevando a função da palavra dentro de um determinado contexto. Cada classe é constituída por várias u.c.e. O programa distingue classes de palavras que revelam diversas formas de discurso de um tópico de interesse. Para cada classe o ALCESTE computa uma listagem de correlações de palavras, utilizando como critério de força de associação entre elas um determinado qui-quadrado (χ^2), sendo agrupadas na classe aquelas que excedem esse referencial. Dessa forma, quanto maior o χ^2 , mais relevante é a palavra para a construção da classe. De outro modo, evidencia aglomerado (mundos lexicais) de signos (palavras plenas) que têm igual núcleo de sentido. Esses aglomerados de signos devem ser interpretados por um julgamento teórico empiricamente justificado pelos pesquisadores. Após a contextualização

dos signos que formam cada eixo e classe, faz-se a análise qualitativa (interferência interpretativa) e nomeiam-se as classes.

Com base no objeto da pesquisa, definiram-se sete variáveis para comporem o *corpus* de análise, as quais são descritas e codificadas no quadro a seguir:

Quadro 1 – Classificação e codificação das variáveis do *corpus* submetido ao Programa ALCESTE

Variáveis	Código	Identificação
Faixa Etária	(ida)	1 – 18 - 28 anos 2 – 29 - 38 anos 3 – 39 - 48 anos 4 – 49 - 59 anos
Religião	(rel)	1 – Católica 2 – Evangélica 3 – Umbandista 4 – Sem religião
Residência	(res)	1 – Marituba 2 – Ananindeua
Renda familiar	(rem)	1 – Sem renda 2 – < 1 salário mínimo 3 – 1 a 2 salários mínimos 4 – 2 a 3 salários mínimos 5 – > 4 salários mínimos
Atividade laboral fora do domicílio	(trab)	1 – Sim 2 – Não
Grau de incapacidade	(gi)	1 – Grau zero 2 – Grau 1 3 – Grau 2
Reação Hansênica	(rh)	1 – Sim 2 – Não

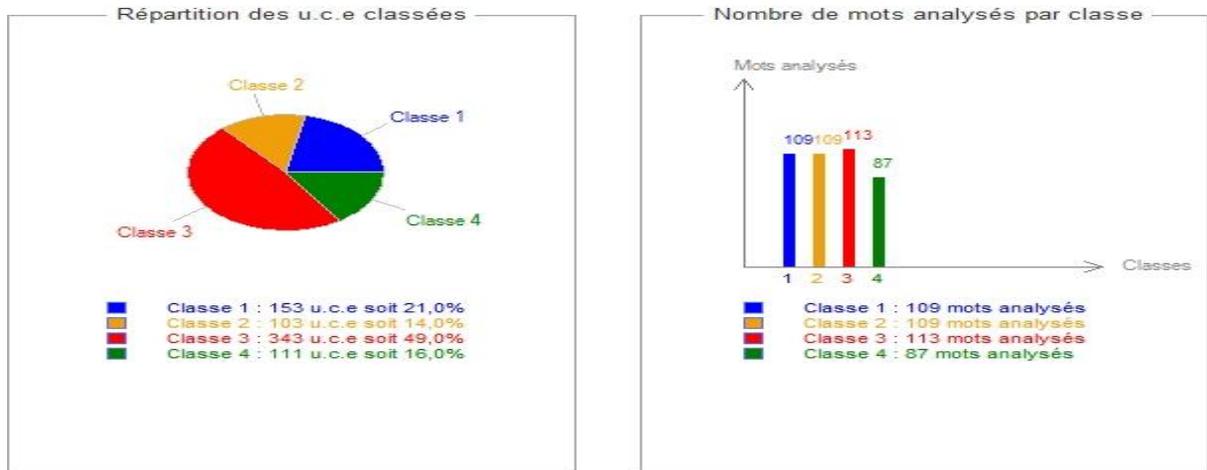
Fonte: Produção da Pesquisadora

Acatadas as exigências do programa, o *corpus* foi processado no *software*, gerando um aproveitamento de 83%.

Figuras de Rodagens

O Programa ALCESTE gerou um *corpus* formado por 43 u.c.i. A partir de então, o *software* repartiu o *corpus* em 858 u.c.e., formadas por 3453 palavras ou formas de vocábulos distintos. Posteriormente, o programa reduziu os vocábulos às suas raízes, originando 619 palavras analisáveis e 225 palavras suplementares (artigos, pronomes, dentre outros). De um total de 858 u.c.e., o programa selecionou 710 delas, o que perfaz 83% do *corpus*, descartando-se assim 17% do restante de u.c.e., conforme se pode constatar na Figura 5 e no Anexo C.

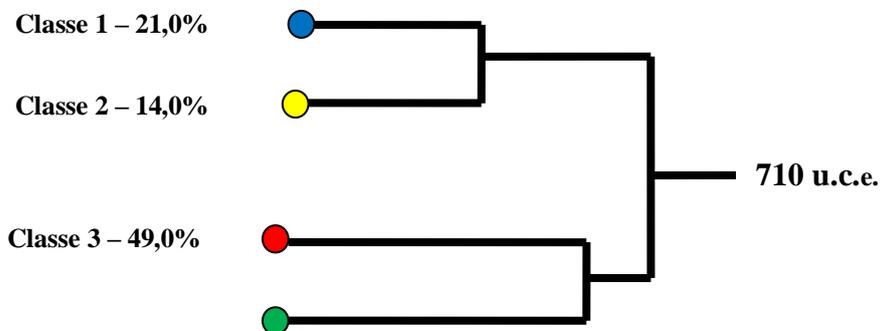
Figura 5 – Representação gráfica dos resultados do processamento do texto pelo Programa ALCESTE – número de u.c.e. e número de palavras analisáveis por classe



Fonte: Relatório resumido de resultados do Alceste (Anexo C).

Da análise do *software* surgiram quatro classes, com a classificação hierárquica descendente, representadas nas Figuras 6 e 7.

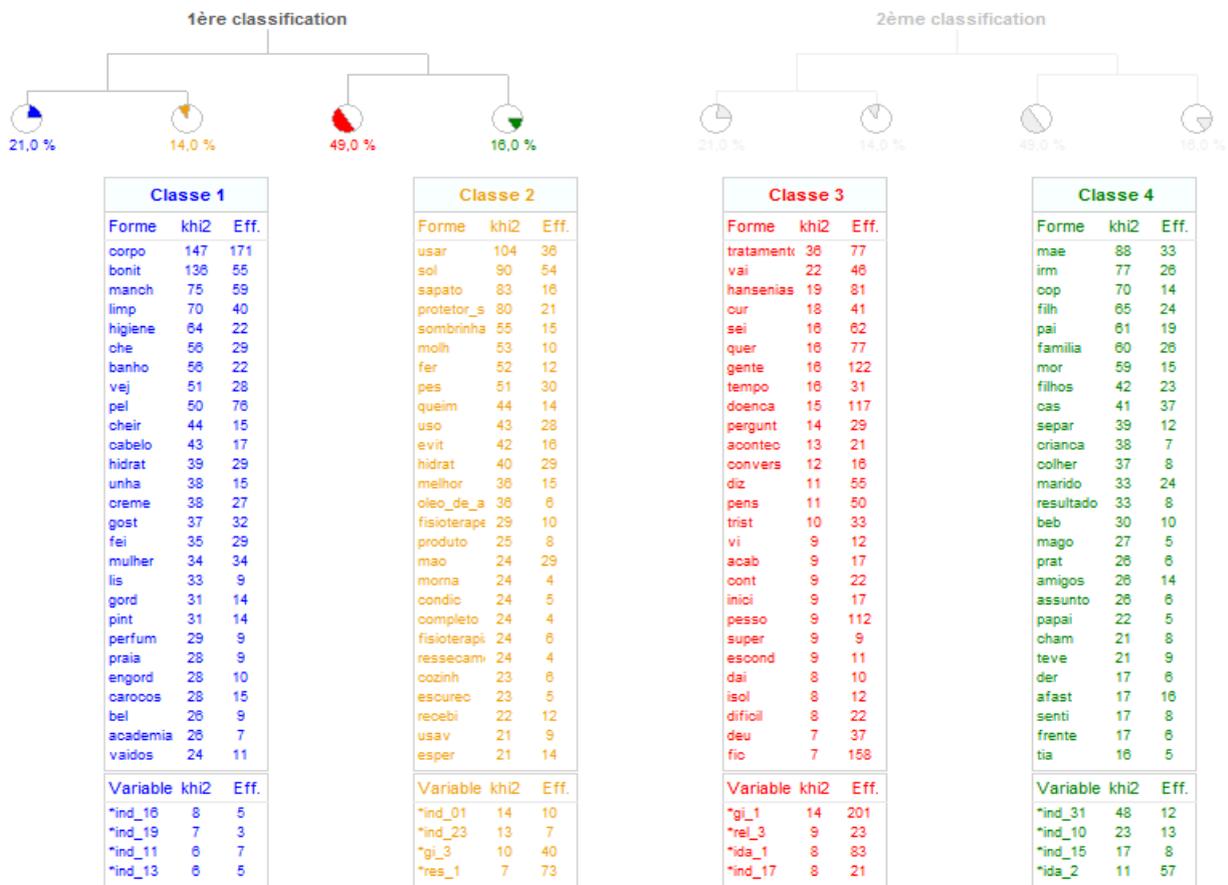
Figura 6 – Divisão das classes – Classificação Hierárquica Descendente



Fonte: Relatório resumido de resultados do Alceste (Anexo C).

A seguir, apresenta-se a organização das classes geradas pelo programa com os léxicos mais característicos de cada uma, conforme o dendograma (Figura 7).

Figura 7 – Dendograma: Organização das classes a partir da análise lexical das entrevistas pelo Programa ALCESTE



Fonte: Relatório resumido de resultados do Alceste (Anexo C).

Por meio da observação do dendograma pode-se perceber que, a partir da análise, o *software* ALCESTE (Anexo C) dividiu o material discursivo em dois grandes grupos. Posteriormente, o primeiro grupo se dividiu e formou as classes 3 e 4. Por sua vez, o segundo grupo também sofreu divisão originando as classes 1 e 2. Dessa forma, as classes 3 e 4 possuem significados comuns que as diferenciam das classes 1 e 2, uma vez que são originadas de dois grandes grupos oriundos da primeira segmentação das u.c.e. Concomitante a isso, apesar de haver uma aproximação entre os significados das duas classes, elas possuem sentidos e ideias distintas entre si que servem para justificar a divisão feita pelo programa, uma vez que se dividiram em etapas subsequentes da classificação hierárquica. Processo similar ocorreu com as classes 1 e 2, sendo estas as que têm maior aproximação, por serem as últimas a se separarem.

Posteriormente, identificam-se as palavras mais representativas de cada classe e apresentam-se algumas de suas u.c.e. de acordo com o cálculo dos qui-quadrados definidos pelo programa, com ênfase nos léxicos que atendam aos objetivos desta pesquisa.

3.7 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS APÓS O PROCESSAMENTO DOS CONTEÚDOS DAS ENTREVISTAS PELO PROGRAMA ALCESTE

Segundo Oliveira; Gomes; Marques (2005), a interpretação dos resultados da análise do *software* ALCESTE deve voltar-se para a recuperação dos elementos relacionados à visão de mundo do pesquisador sobre o objeto da pesquisa. Voltada para essa finalidade, a descrição e interpretação dos resultados coadunam-se aos objetivos, principalmente no que concerne às representações sociais do corpo e aos cuidados de si identificados na literatura que serve de apoio teórico à pesquisa em tela.

Para Gaskell (2002, p.86), a utilização do *software* para realização de análises de conteúdos discursivos “implementa as técnicas tradicionais de análise de texto em uma interface com o uso proveitoso do computador”, uma vez que o programa executa todo o procedimento braçal prévio à análise qualitativa do material. Todavia, segundo esse autor, é necessário cautela, pois seria desastroso cair na armadilha do “mito do computador”, presumindo-se que pacotes de *software* são capazes de substituir as habilidades e sensibilidades do pesquisador. Gaskell (*op cit.*) afirma que os computadores nunca farão o trabalho intuitivo e criativo que é a essência da análise qualitativa; o máximo que eles podem fazer é apoiar o processo e oferecer uma representação dos resultados de análise.

Corroboram esse pensamento Kronberger; Wagner (2004, p.427), ao afirmarem que “como todos os outros métodos destinados a analisar respostas a questões abertas, o ALCESTE não é uma técnica para testar hipóteses *a priori*, mas um método para exploração e descrição”. Para esses autores, mesmo que a análise feita pelo programa não alcance o sentido e contexto, como os métodos de análise qualitativa, em pouco tempo o pesquisador tem uma visão geral de um grande *corpus* de dados.

Com base no exposto, reitera-se tratar-se de pesquisa qualitativa, pois o ALCESTE definiu os grandes eixos de organização dos temas em classes e seus léxicos, com base em sua ocorrência e coocorrência. Porém, o sentido para tais classes e a identificação das representações sociais só pôde ser feita através da interpretação empreendida pela pesquisadora, amparada na teoria que serve de referencial para esta pesquisa.

Assim, à luz das classes formadas pelo Programa Alceste, com base no conteúdo discursivo e nos léxicos mais frequentes e mais característicos extraídos das u.c.e. de cada classe, procedeu-se às interpretações que geraram as denominações descritas no Quadro 2.

Quadro 2 – Classes produzidas pelo Programa ALCESTE com respectivas Nominações

CLASSES	NOMINAÇÕES
Classe 1	Cuidando do corpo que eu sou para voltar ao corpo que eu fui: o cuidado de si.
Classe 2	A prática do cuidado prescrito e o cuidado de si na reabilitação
Classe 3	Marcas em si: vivenciando a dor do (auto)preconceito.
Classe 4	Marcas causadas pelos outros: vivenciando o medo do contágio.

Fonte: Produção da pesquisadora

Devido à dinâmica de processamento do programa, os capítulos que congregam a análise e discussão dos resultados desta pesquisa serão apresentados respeitando-se a primeira grande divisão ocorrida, com a organização do bloco das classes 3 e 4, seguida do bloco das classes 1 e 2.

Vale ressaltar que a classe 3 é a que congrega o maior número de u.c.e., com 49%, sendo, portanto, a mais significativa, levando-se em conta esta referência. A classe 1 é a que congrega as palavras com maior χ^2 , mostrando, com isso, ser a classe com maior coerência interna. Portanto, sob esta referência também tem grande significância.

O Capítulo 5 trata das “Marcas da hanseníase: quando o preconceito marca mais que a doença”. Nesse capítulo serão analisadas as classes 3 e 4, por terem o preconceito como essência. Essas classes se referem ao (auto)preconceito relacionado ao diagnóstico e tratamento e ao preconceito sofrido por medo do contágio, ou seja, os contextos relacionam-se à prevenção da doença e às incapacidades por ela acarretadas, vinculando-se às representações sociais da hanseníase.

O Capítulo 6 trata do “Cuidado de si como estratégia de resgate ao corpo de antes”. Analisam-se as classes 1 e 2, as quais se referem aos cuidados de si, sendo que a primeira refere-se ao corpo atual, ao corpo de hoje, que possui algumas alterações corporais, porém não tem incapacidade física, buscando, por meio de tais cuidados, sejam os básicos ou os estéticos, ou aqueles relacionados à especificidade do tratamento da hanseníase, retornar ao corpo anterior, ao corpo de ontem, ao corpo perfeito, ao corpo dito ‘limpo’. A classe 2 também reporta-se ao corpo de hoje, porém trata-se de um corpo com incapacidades, cujos

cuidados são prescritos por uma equipe multiprofissional e são específicos às alterações presentes.

Tanto na classe 1 como na 2, o cuidado de si visa a volta ao corpo anterior com a implementação de cuidados que o façam ficar ainda mais bonito (de acordo com o protótipo atual), amenizando ou impedindo o curso das alterações corporais presentes, prevenindo e evitando a evolução para um estágio mais avançado, no qual seja impossível ocultar a doença. O exposto demonstra a imbricação e aproximação entre as classes 1 e 2 do *corpus* e a dificuldade de se separar seus contextos semânticos, denotando por que a classe 2 foi a última a se separar.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Para o desenvolvimento do estudo foram acatados os preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, sendo o projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, e aprovado por este sob o Protocolo nº 31/2009 (Anexo A). Bem como se obteve a autorização institucional (URE Marcello Cândia) para a execução do estudo (Anexo B), sendo a coleta de informações feita formalmente por meio dos instrumentos construídos para esse fim (Apêndices A e B).

Consonante as normas ético-legais, foram mantidas a integridade, dignidade e anonimato dos sujeitos. Os mesmos concordaram em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

O anonimato dos sujeitos foi garantido por meio de códigos de identificação os quais substituíram suas identidades. Para tal, utilizou-se a identificação de acordo com as linhas de comando geradas pelo Programa ALCESTE, citando-se algumas variáveis que compuseram o *corpus* de análise, dada a sua importância para a caracterização das mulheres-sujeitos do estudo. Para tanto, optou-se por citarem-se fragmentos das entrevistas da seguinte forma: a sigla u.c.i. (que representa a entrevista), com o número sequencial em que a mesma ocorreu, sucedida pela faixa etária, município de residência (Marituba ou Ananindeua), o gi (grau de incapacidade), a rh (presença ou não de reação hansênica), o nº da u.c.e. (que representa fragmentos do conteúdo textual das entrevistas, seguido do respectivo qui-quadrado (o qual representa a importância da u.c.e. para a formação da classe). Ex: u.c.i. 21: 49-59a / Marituba / gi=1 / rh=sim. (u.c.e. nº 451 $\chi^2=7$).



CAPÍTULO 4
CONHECENDO AS MULHERES

4.1 O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

As representações sociais são formadas pelos sujeitos de um determinado grupo sociocultural em um dado contexto, onde aprendem e transmitem um saber que lhes foi passado ao longo dos anos, influenciando e sendo influenciados por este e originando novas representações e atitudes sobre o conhecimento aprendido. Dessa forma, conhecer como os sujeitos se inserem no contexto e nos grupos sociais de pertença é de extrema importância para os estudos das representações sociais.

Se faz necessário, portanto, conhecer quem são essas mulheres, não só as suas condições concretas de vida, como também a história atual e pregressa do tratamento da hanseníase, evolução, e natureza da terapêutica atual na URE, de modo a possibilitar uma melhor compreensão de suas vozes, entendendo o local a que elas aludem ao falarem de si e o porquê de seus argumentos, de suas histórias vinculadas à doença, dos percalços e tristezas vivenciados.

Voltado para essa finalidade, apresenta-se um conjunto de dados que possibilite visualizar o perfil das mulheres com o corpo alterado pela hanseníase, que são matriculadas na URE Marcello Cândia. Para tal, optou-se por algumas variáveis, tais como: faixa etária, município de residência, estado civil, religião, grau de escolaridade, renda familiar, dentre outras, cuja síntese encontra-se no Apêndice D.

Os sujeitos do estudo foram 43 mulheres na faixa etária de 18 a 59 anos. Por se tratar de uma faixa etária de grande amplitude, e de modo a não dispersar os resultados ou, até mesmo, dificultar o reconhecimento dos grupos de pertença, optou-se por dividir a amplitude das idades em quatro faixas etárias assim distribuídas: 1) 18 – 28; 2) 29 – 38; 3) 39 – 48; 4) 49 – 59. Cabe ressaltar que o intervalo entre as classes foi irregular.

Tabela 1 – Distribuição de mulheres segundo a faixa etária. Marituba/PA - 2009

Faixa Etária	Frequência	%
18 – 28 anos	09	20,93
29 – 38 anos	16	37,21
39 – 48 anos	11	25,58
49 – 59 anos	07	14,28
Total	43	100,00

A faixa etária com maior percentual (37,21%) foi a de mulheres de 29 a 38 anos, imediatamente sucedida pelo grupo de 39 a 48 anos (25,58%). É importante a avaliação das

faixas etárias pela possibilidade de produzir indicadores de pertencas, relacionando esses grupos a outras variáveis sociodemográficas, de forma a se delinear a imagem de quem são essas mulheres que têm o corpo alterado pela hanseníase, em quais condições e contexto as representações sociais foram construídas e a repercussão destas nas atividades diárias e vice-versa.

Tabela 2 – Distribuição de mulheres segundo o município de residência. Marituba/PA - 2009

Município de residência	Frequência	%
Marituba	24	53,81
Ananindeua	19	44,19
Total	43	100,00

Sobre o município de residência, 53,81% das mulheres do estudo residiam em Marituba. Tal resultado era esperado, tendo em vista a URE situar-se naquele município. Por outro lado, cada contexto tem suas especificidades, no que concerne à cultura, aos saberes circulantes, às crenças e aos costumes e hábitos das pessoas. Essas variações são importantes para se entender a construção das representações sociais. Segundo Ferreira (1999), a importância de se conhecer o meio sociocultural da pessoa é que este serve de vínculo entre o seu universo e as suas representações sociais.

Tabela 3 – Distribuição de mulheres segundo a religião. Marituba/PA - 2009

Religião	Frequência	%
Católica	23	53,50
Evangélica	18	41,86
Umbandista	01	2,32
Sem religião	01	2,32
Total	43	100,00

O maior número de mulheres (23) era da religião católica (53,50%), imediatamente seguida pela religião evangélica. A importância da religião e de seus preceitos é que esta influi na vida das pessoas, através da propagação de normas que repercutem em suas condutas e práticas, e de ritos que doutrina os seus pensamentos, tornando-os adeptos e propagadores da fé, buscando aí alento para todos os seus males. Paz (2003), em pesquisa com mulheres

portadoras de dermatoses, constatou ser a fé em Deus um sustentáculo na lida com doenças, auxiliando-as a suportar melhor essa etapa em suas vidas.

Tabela 4 – Distribuição de mulheres segundo a presença ou ausência de relacionamento estável. Marituba/PA - 2009

Vive com companheiro	Frequência	%
Sim	22	51,16
Não	21	48,84
Total	43	100,00

Quanto ao percentual das mulheres segundo a presença ou ausência de companheiro, não houve diferença significativa entre os dois grupos, impossibilitando uma análise mais substancial na tendência deste grupo.

Tabela 5 – Distribuição de mulheres segundo o nível de escolaridade. Marituba/PA - 2009

Nível de escolaridade	Frequência	%
Analfabeta	05	11,63
Ensino fundamental incompleto	15	34,89
Ensino fundamental completo	02	4,65
Ensino médio incompleto	07	16,28
Ensino médio completo	08	18,60
Ensino superior incompleto	06	13,95
Ensino superior completo	-	-
Total	43	100,00

No que concerne ao nível de escolaridade, observa-se que a maioria (34,89%) não terminou o ensino fundamental, sendo cinco analfabetas (11,63%). O nível de escolaridade não interferiu no desenvolvimento do estudo, visto que cumpre às representações sociais a captação dos conhecimentos consensuais de grupos sociais e este independe do nível de escolaridade, pois os saberes do senso comum são informais, adquiridos por meio de contato com os outros, com as situações e com os objetos circundantes. O conhecimento do senso comum refere-se a um saber simples e superficial, portanto não elaborado, que, ao contrário

dos saberes formais (os oriundos das ciências) necessitam de um longo processo de aprendizagem escolar.

Tabela 6 – Distribuição de mulheres segundo a renda familiar baseada no salário mínimo nacional vigente*- Marituba/PA - 2009

Renda familiar	Frequência	%
Sem renda	02	4,65
< 1 salário mínimo	07	16,28
1 a 2 salários mínimos	25	58,14
2 a 3 salários mínimos	03	6,98
>4 salários mínimos	06	13,95
Total	43	100,00

*Valor do salário mínimo nacional à época da pesquisa = R\$ 465,00

Vinte e cinco (58,14%) mulheres viviam com uma renda mensal que variava entre um e dois salários mínimos; duas sobreviviam com doações e não tinham nenhum tipo de renda; seis mulheres recebiam mais de quatro salários mínimos, contrastando com o restante do grupo. Portanto, as entrevistadas sobreviviam com uma baixa renda, e evidenciaram dificuldades financeiras em seus discursos durante as entrevistas.

A situação econômica era um fator determinante para a saúde do grupo, pois o recebimento de baixos salários implicava em suas qualidades de vida por não garantir o seu sustento e nem o de seus familiares, além da impossibilidade de usar tais recursos em prol de si mesmas, afetando o cuidado de si. As alterações corporais podem se agravar pela impossibilidade de alocar recursos financeiros para tal fim, impactando no cuidado de si.

Os dados relativos à escolaridade e à renda familiar mostram que tais mulheres fazem parte de uma camada social menos favorecida, condizendo com o perfil dos usuários das redes públicas de saúde do Estado do Pará.

Tabela 7 – Distribuição de mulheres segundo a atividade laboral remunerada fora do domicílio. Marituba/PA – 2009

Atividade Laboral fora do domicílio	Frequência	%
Sim	18	41,86
Não	25	58,14
Total	43	100,00

A maior parte das mulheres (58,14%) só se ocupava com os afazeres domésticos (do lar), ou seja, não exerciam atividade laboral fora do domicílio, portanto não recebiam remuneração proveniente de trabalho fora do lar. As mulheres que fizeram parte do estudo possuíam baixa instrução escolar e exerciam trabalhos que não requeriam grandes níveis de estudo, tais como: costureira (02), manicure (02), vendedora autônoma (04), serviços gerais (03), empregada doméstica (03), auxiliar administrativo (01), balconista (02), atendente de consultório (01). O exposto condiz com os achados referentes à baixa renda familiar.

Em síntese, a faixa etária majoritária das mulheres sujeitos deste estudo era de 29 a 38 anos, mais da metade residia em Marituba, era católica, tinha relacionamento estável (viviam maritalmente com companheiro); 34,89% não completou o ensino fundamental, tinha uma renda mensal que variava de 1 a 2 salários mínimos, e não exercia atividade laboral remunerada fora do domicílio, ou seja, só se ocupava com os afazeres domésticos.

4.2 O PERFIL CLÍNICO-TERAPÊUTICO DAS MULHERES

No que concerne ao tratamento, optou-se por fazer uma análise nos prontuários, de modo a se obter um resumo do histórico de seus tratamentos progressos e atuais, para facilitar o entendimento no que concerne à história clínica atual e o tipo de tratamento que faziam na URE, relacionando as falas às terapêuticas utilizadas, bem como às intercorrências surgidas durante e após a alta curada da hanseníase. Os resultados podem ser observados no Apêndice E e nas tabelas abaixo.

Tabela 8 – Distribuição de mulheres segundo a classificação operacional no tratamento poliquimioterápico. Marituba/PA - 2009

Classificação operacional	Frequência	%
Paucibacilar	09	20,93
Multibacilar	34	79,07
Total	43	100,00

Os resultados acima apontam um alto índice multibacilar em relação ao paucibacilar, o que, geralmente, é associado ao diagnóstico tardio da doença. Porém, em se tratando de uma URE, o dado não deve ser relevado, pois para esse nível de atendimento só devem ser referenciados os casos cujas soluções fujam às competências da UBS no que concerne ao controle da hanseníase, tais como: dificuldades no diagnóstico, agravamento de estados

reacionais, intolerância a uma das drogas do esquema poliquimioterápico, reações adversas às medicações, necessidade de acompanhamentos por equipe multiprofissional especializada, cirurgias ortopédicas, dentre outras.

Tabela 9 – Distribuição de mulheres segundo a forma clínica com que fizeram ou faziam tratamento poliquimioterápico. Marituba/PA – 2009

Forma Clínica	Frequência	%
Forma I	-0-	-0-
Forma T	09	20,93
Forma D	21	48,84
Forma V	13	30,23
Total	43	100,00

Os cruzamentos dos resultados concernentes à classificação operacional (Tabela 8) e forma clínica (Tabela 9) evidenciam que 34 (79,07%) das mulheres com alterações corporais pela hanseníase eram multibacilares; destas, 21 (48,84%) pertenciam à forma Dimorfa (D) e 13 (30,23%) foram classificadas como Virchowianas (V).

Tabela 10 – Distribuição de mulheres segundo o grau de incapacidade física no momento da pesquisa. Marituba/PA - 2009

Grau de incapacidade	Frequência	%
Grau 0	23	53,49
Grau 1	09	20,93%
Grau 2	11	25,58%
Total	43	100,00

No que tange ao grau de incapacidade, observa-se que mais da metade (53,49%) das mulheres apresentava grau zero de incapacidade, o que permite dizer que tais mulheres, apesar de 79,07% serem multibacilares (tabela 8), no que tange à prevenção de incapacidades físicas foram diagnosticadas e tratadas adequadamente. Este resultado pode atrelar-se às ações de treinamento de pessoal, empreendidas pelo nível estadual e pelos municípios paraenses.

Tabela 11 – Distribuição de mulheres segundo a presença ou ausência de estado reacional. Marituba/PA - 2009

Presença de estado reacional	Frequência	%
Sim	27	62,79
Não	16	37,21
Total	43	100,00

A tabela aponta que a maioria das mulheres do estudo, ou seja, 27 (62,79%), apresentava estado reacional. Segundo Garbino (2006, p.20), “As incapacidades são os resultados clínicos, visíveis ou não, das neuropatias causadas pelas reações da hanseníase”. O exposto possibilita dizer que o grupo estudado tinha grande predisposição para o desenvolvimento de incapacidades físicas (PIMENTEL *et. al.*, 2004; ARAÚJO, 2008), daí estarem em tratamento especializado na URE.

Tabela 12 – Distribuição de mulheres segundo os critérios de alta curada normatizados pelo Ministério da Saúde. Marituba/PA - 2009

Alta curada	Frequência	%
Sim	30	69,77
Não	13	30,23
Total	43	100,00

Os resultados mostram que 69,77% das mulheres do estudo estavam de alta curada, significando que suas permanências na URE referiam-se a outras atividades terapêuticas, tais como: tratamento dos estados reacionais, acompanhamento fisioterápico, acompanhamento pelo ortopedista, dentre outras atividades.

Em síntese, o perfil clínico terapêutico das mulheres aponta para um grupo de mulheres majoritariamente multibacilar; com grau zero de incapacidade física; que apresentava surtos reacionais; que já estava de alta curada, porém permanecia em tratamento na URE por outros motivos, que não o tratamento quimioterápico específico para a doença.

4.3 RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA: A SALA DE ESPERA

De modo sintético, pode-se dizer que a maior parte das mulheres chegava desacompanhada à URE, outras chegavam de carona em bicicletas, portando sempre uma sombrinha na mão, com aspecto afogueado devido ao sol inclemente e ao calor sofrido no trajeto à URE. Geralmente as moradoras de Marituba não carregavam bolsa, chegavam com o cartão de aprazamento envolto em um saco plástico, na mão ou dobrado dentro de bolso, e dirigiam-se ao arquivo para serem encaminhadas ao setor onde estavam aprazadas. Após, dirigiam-se à sala de espera onde seriam atendidas, esperando chamarem seus nomes.

As mulheres que não tinham alterações corporais visíveis, normalmente adornavam-se com vestes adequadas ao calor da região, ou seja, blusas de alças, saias ou bermudas curtas e sandálias abertas. Um número significativo de mulheres observadas na sala de espera usava mais de um dos seguintes adereços: brincos, pulseiras, colares, relógio e presilhas de cabelo, sendo predominantes os brincos.

Por outro lado, quando portadoras de alterações corporais visíveis, a vestimenta era ditada pela anatomia corporal, ou seja, pela região onde estava localizada a alteração. Assim, alterações nos membros inferiores requeriam calça comprida ou saíões; se fosse localizada nos braços, a veste teria mangas.

Na sala de espera, as cadeiras ficavam encostadas às paredes dos consultórios médicos, dispostas umas de frente para as outras, pois os consultórios situavam-se em ambos os lados. A disposição das cadeiras propiciava os olhares entre si, favorecendo o panoptismo. Assim, qualquer situação que fugisse ao que era aceito como 'normal' para aquelas mulheres provocava olhares e cochichos entre elas, criando mecanismos de inclusão e exclusão.

Diante de tais condutas, algumas mulheres passavam a adotar alguns comportamentos significantes, para proteger-se dos olhares e dos preconceitos que pudessem daí advir. Assim, quando tinham garras e amiotrofias nas mãos, sempre carregavam algum objeto, de modo a ocultar suas alterações, afastando olhares e atitudes estigmatizantes dos outros. Por outro lado, quando se tratava de mal perfurante plantar (MPP) ou úlcera plantar, algumas mulheres, mesmo claudicantes, usavam tênis ao invés dos sapatos ortopédicos, pois estes evidenciavam a hanseníase como causa, entrelaçando os pés entre os da cadeira, de modo a dissipar as atenções sobre suas deformidades.

Assim, a sala de espera possibilitou identificar o estigma e o preconceito tanto entre as portadoras, como entre as ex-portadoras de hanseníase, pois as que tinham alterações visíveis (principalmente a fase aguda sistêmica da reação tipo 2) eram ignoradas não só pelas

pessoas que não tinham alterações corporais, como pelas que as tinham, porém menos visíveis. Algumas pessoas se levantavam estrategicamente, não de modo acintoso, quando elas sentavam ao seu lado, ou, de outro modo, se perguntassem alguma coisa, se limitavam a responder e viravam de costas, denotando claramente não querer continuar a conversa.

Todavia, quando as mulheres avistavam pessoas em condições semelhantes à sua, procuravam sentar-se ao lado, trocando informações sobre os profissionais da unidade, indicando os nomes daqueles que, a seu ver, eram os melhores; perguntavam se estavam de alta, se tinham reações, onde moravam, como foram parar ali, aconselhavam aqueles que eram novos na URE, indicavam cremes de beleza, mostravam catálogos de produtos para compras.

Na sala de espera do setor de curativo, um grupo homogêneo de pessoas com MPP demonstrava claramente o entrosamento entre os iguais: todos se conheciam (alguns faziam curativos diariamente a mais de 10 anos), chamavam-se pelos nomes, conversavam, contavam piadas, e existia um casal de namorados entre eles. Ali, todos eram iguais: tinham MPP, tinham os pés atrofiados por perdas ósseas, estavam sempre com os pés cobertos por ataduras ou gases, usavam sapatos adaptados ou tênis, alguns claudicavam, outros deambulavam auxiliados por muletas ou chegavam em cadeiras de rodas.



CAPÍTULO 5

**MARCAS DA HANSENÍASE: QUANDO O
PRECONCEITO MARCA MAIS QUE A DOENÇA**

CAPÍTULO 5

MARCAS DA HANSENÍASE: QUANDO O PRECONCEITO MARCA MAIS QUE A DOENÇA

5.1 CLASSE 3 – MARCAS EM SI: VIVENCIANDO A DOR DO (AUTO)PRECONCEITO

Esse tipo de preconceito que não sei se vou saber lidar, tipo aquele olhar que é capaz de te excluir sem precisar dizer nenhuma palavra.
u.c.i. n° 10

Esta é uma classe formada por 343 u.c.e., e 113 palavras analisáveis. Trata-se da classe de maior significância estatística em termos de agregação de u.c.e., perfazendo 49,0% do total.

Para embasar e melhor ilustrar a discussão de cada uma das classes, construiu-se quadros agregando-se as palavras representativas das classes contidas na figura ‘classificação descendente’ com parte do quadro ‘*Détail des présences significatives*’ (ANEXO C).

Desse quadro constam as palavras primeiramente em suas formas reduzidas, conforme apresentadas no relatório do programa, com respectivos qui-quadrado (χ^2), que sinalizam a importância semântica de cada palavra dentro da classe, bem como a palavra completa que mais apareceu nos discursos que formam as u.c.e. dessa classe.

No que se refere à classe 3, observa-se no Quadro 3 que o corte gerado pelo programa se deu com as palavras com $\chi^2 \geq 7$.

Quadro 3 – Palavras representativas da classe 3

RADICAL	χ^2	PALAVRA	DICIONÁRIO*
tratamento	36	tratamento	76
hanseníase	19	hanseníase	81
cur	18	cura	24
gente	16	gente	122
tempo	16	tempo	31
doença	15	doença	113
pergunt	14	perguntam	10
convers	12	conversei	04
trist	10	triste	24

acab	09	acabar	06
cont	09	contei	08
inici	09	início	14
peesso	09	peessoas	66
super	09	superar	06
escond	09	esconder	04
isol	08	isolei	05
dificil	08	difícil	22
deu	07	Deus	28
cabeca	07	cabeça	13
vergonha	07	vergonha	22

Fonte: Quadro construído a partir do relatório resumido de resultados do Alceste (Anexo C)

*Significa a forma completa da palavra associada à sua raiz, com a frequência com que foi citada nos discursos que compuseram a classe.

Esta classe apresentou associação estatisticamente significativa em mulheres com grau zero de incapacidade ($\chi^2 = 14,0$), cuja religião de maior significância foi a umbanda ($\chi^2 = 9$), e que pertenciam a uma faixa etária entre 18 e 28 anos ($\chi^2 = 8$). Assim, reflete as representações da hanseníase projetadas por adultos jovens que, mesmo não tendo vivenciado a história da lepra e a segregação a ela atrelada, traduzem o pensamento social sobre a doença e as pessoas por ela acometidas.

Os vocábulos ilustrativos desta classe são: *tratamento, hanseníase, cura, tempo, doença, perguntam, conversei, triste, acabar, contei, início, superar, esconder, isolei*. Associados às ideias centrais das u.c.e. contidas nesta classe, apontam o preconceito ancorado na autopercepção negativa da doença, o qual toma vulto a partir do diagnóstico e tratamento. As representações da doença objetivadas no preconceito foram evidenciadas através de sentimentos diversos, como tristeza, não aceitação, omissão da doença, autoisolamento, histórias de mutilações, dentre outros. Esta classe revela as ambivalências hanseníase/lepra, lepra/mutilação, mutilação/estigma, estigma/preconceito, preconceito/exclusão social. Os segmentos de textos dos discursos das mulheres contidos nas u.c.e. a seguir, exemplificam essa interpretação:

Aí foi quando o chão se abriu, eu me vi toda mutilada. Hoje eu sei que se a gente se cuidar, talvez não fique deformada. Eu não sei se é conforme o tipo da doença ou se é só uma

qualidade, mas sempre a pessoa fica com um pouco de sequelas, de deformidades. u.c.i. 5: 49-59a / Marituba / gi=1 / rh=não. (u.c.e. nº 118 $\chi^2=9$).

Quem gostar de mim tem que ser do jeito que eu sou. A hanseníase é uma doença muito triste, ela não mata, mas faz a gente ficar o pedaço de um ser humano. u.c.i. 2: 49-59a / Marituba / gi=2 / rh=não. (u.c.e. nº 41 $\chi^2=12$).

Tu ficas pensando que a tua pele está escura e todo mundo vai saber e se afastar de ti. Esse tipo de preconceito que não sei se vou saber lidar, tipo aquele olhar que é capaz de te excluir sem precisar dizer nenhuma palavra. u.c.i. 10: 39-48a / Marituba / gi=1 / rh=não. (u.c.e. nº 216 $\chi^2=7$).

Essas descrições são compreensíveis ao pensar-se no estigma milenar que acompanha a doença, lembrando o isolamento e a exclusão sofrida no passado. Então, adoecer de hanseníase pode trazer à memória ideias antigas e preconceituosas, crenças que povoam o imaginário do senso comum e que, como tal, relacionam-se a questões sociais, culturais, biológicas e emocionais.

De acordo com Adam; Herzlich (2001), as pessoas têm várias representações de seu adoecer que independem do saber médico. Vivenciar uma doença é relacionar-se de modo conflitante com o social, pois o doente passará a se sentir doente, quando deixar de realizar ações que lhe possibilitam pertencer ao contexto em que vive. De outro modo, é uma forma de conhecer-se, visto que há de aprender a se superar para enfrentá-la e ultrapassar essa fase, daí as representações sociais serem consideradas como um compartilhamento de saberes.

Assim, o momento da descoberta da hanseníase desencadeia sentimentos diversos, de tristeza e revolta, pois o significado dessa doença depende do sentido atribuído ela.

No início, eu ficava triste, chorava e não aceitava. u.c.i. 37: 39-48a / Ananindeua / gi=zero / rh=não. (u.c.e. nº 791 $\chi^2=14$).

A hanseníase é uma doença muito triste [...]. u.c.i. 2: 49-59a / Marituba / gi=2 / rh=não. (u.c.e. nº 41 $\chi^2=12$).

Eu até fico sem jeito de dizer que a hanseníase me deixa triste, porque, se não se cuidar, acaba com a vida da gente. u.c.i. 30: 18-28a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. nº 638 $\chi^2=10$).

Tais sentimentos atrelam-se a fatores que se encontram imbricados nos grupos, tais como as experiências passadas, os preconceitos culturais e as informações obtidas pelos meios de comunicação.

Como argumenta Jodelet (2001, p. 17), é nos grupos que partilhamos os diferentes aspectos do cotidiano e edificamos uma realidade comum através das representações sociais, que por isso são sociais e tão necessárias na nossa vida, uma vez que "elas nos guiam no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se frente a eles de forma defensiva".

Moscovici (2009) afirma que para se compreender uma representação social há necessidade de primeiramente se identificar seu núcleo figurativo, o qual relaciona um conceito e uma imagem. Para esse autor, enquanto não se discernir claramente o caráter inseparável do que pensa e imagina uma maioria, não se pode afirmar a existência de tal representação e nem a objetivação desses elementos. "É a vida social, evidentemente que funda, que perpetua e até mesmo renova este núcleo figurativo, isto é, sua história" (MOSCOVICI, 2009, p. 27).

As representações sociais da hanseníase ainda atrelam-se às mutilações e ao estigma (BARBOSA; SILVA; ROSA, 2007; MINUZZO, 2008). Se tais representações sociais não estivessem atreladas ao preconceito, as mulheres deste estudo não o teriam. Ocorre que, ainda que vivenciem o processo da doença, elas compartilham do preconceito que a sociedade carrega.

Obviamente que tais mulheres compõem e constroem o mosaico social, sendo influenciadas e influenciando o mesmo. Assim sendo, acabam incorporando e dando um novo sentido a essa crença, que passa a fazer parte de seus cotidianos e dos seus discursos, ou seja, passam a reproduzir um saber compartilhado, mas com elementos que diferem de outros membros da sociedade, acrescentados, justamente, pela vivência da doença. Nas suas práticas cotidianas, elas vivenciam o preconceito que se materializa nas reações das pessoas com as quais convivem nos espaços sociofamiliares, o que vem a gerar comportamentos significantes, tanto dos outros com elas como delas para com os outros.

Tem muitas pessoas que veem com tristeza, tem muita gente que exclui a gente. u.c.i. 7: 49-59a / Marituba / gi=1 / rh=sim. (u.c.e. nº 156 $\chi^2=10$).

Houve algumas pessoas que não se aproximavam de mim. u.c.i. 17: 18-28a / Ananindeua / gi=1 / rh=sim. (u.c.e. n° 388 $\chi^2=12$).

A mamãe conversou com eles, mas, mesmo assim, eles ainda ficaram esquisitos comigo. u.c.i. 30: 18-28a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. n° 640 $\chi^2=18$).

Os comportamentos significantes que denotam exclusão potencializam ainda mais sentimentos negativos como a tristeza e a não aceitação da doença, deixando evidente o sofrimento das mulheres acometidas pela hanseníase.

É triste, não é bom para ninguém. [...] Foi a maior luta para eu me aceitar. u.c.i. 4: 29-38a / Marituba / gi=2 / rh=não. (u.c.e. n° 92 $\chi^2=7$).

Foi um peso na minha vida. u.c.i. 27: 39-48a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. n° 585 $\chi^2=7$).

Existem mulheres que, frente a esses comportamentos significantes da sociedade, preenchem com força e luta a vivência da doença. A superação é demonstrada pelas mulheres como um processo intelectual e afetivo para tornar possível a mudança de conduta sobre o tratamento da hanseníase.

Tem que superar, tem que ter força de vontade para superar. u.c.i. 30: 18-28a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. n° 640 $\chi^2=18$).

Tem que se amar e tem que querer viver [...] Tem poucas pessoas capazes de se assumir e dizer que tem ou teve hanseníase. u.c.i. 7: 39-48a / Marituba / gi=1 / rh=sim. (u.c.e. n° 156 $\chi^2=10$).

Foi um peso na minha vida, pensei que não ia vencer essa batalha. u.c.i. 27: 39-48a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. n° 585 $\chi^2=7$).

Eu luto até hoje. É muito difícil, a gente tem que lutar para viver bem com a doença e o que ela deixa. u.c.i. 21: 49-59a / Marituba / gi=1 / rh=sim. (u.c.e. n° 451 $\chi^2=7$).

Quando as mulheres pensam na cura, conseguem, de certa forma, se libertar da representação socialmente construída de que a hanseníase não tem cura e faz cair partes do corpo. A possibilidade de ficar curada implica em mudanças de comportamento motivadas por *querer-fazer* e *poder-fazer*, o que significa ficar melhor, diminuir as alterações, o estigma e o preconceito. Nesse sentido, pode-se dizer que, para essas mulheres, o discurso técnico-

científico se sobrepôs ao senso-comum. Os conteúdos discursivos contidos nas u.c.e. que se seguem ilustram isso:

A minha doença está no início e eu vou ficar boa, vou me curar. u.c.i. 35: 29-38a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. n° 745 $\chi^2=17$).

Hanseniana eu não sou, eu não tenho mais a doença, eu já estou curada. Daqui para frente só quero ficar melhor. u.c.i. 40: 49-59a / Marituba / gi=zero / rh=não. (u.c.e. n° 819 $\chi^2=10$).

Para outra mulher, o cuidado prescrito (autocuidado) por profissionais de saúde foi uma forma de superar a doença.

Eu me cuidei muito, tudo que as enfermeiras, o fisioterapeuta me diziam, eu fazia. Então eu tive forças para lutar. u.c.i. 21: 49-59a / Marituba / gi=1 / rh=sim. (u.c.e. n° 450 $\chi^2=10$).

Em síntese, observa-se que, para as mulheres deste estudo, o tratamento da hanseníase se inicia pelo sofrimento, passa por um processo de superação e chega à possibilidade de cura. Com a vivência da doença e a experiência adquirida com o tratamento, essas mulheres configuram-se como elementos-chave para a dinâmica das representações sociais, na medida em que, com acesso a informações do universo reificado, advindo de sua inserção no Programa Público de Saúde voltado ao controle e tratamento da hanseníase, elas têm a oportunidade de acrescentar outros elementos aos saberes sociais construídos sobre essa enfermidade, contribuindo para a desconstrução e reconstrução de representações sociais da hanseníase.

No processo de enfrentamento da doença e no percurso do tratamento, o protagonismo da mulher aflora traduzido pela força, luta e a vontade de vencer a doença. Ao verbalizarem esse processo, algumas explicações se amparam na crença na cura, na fé e na religião.

Algumas pessoas não se aproximavam de mim, só que eles também são evangélicos e aí, entra Deus e ele me ama. u.c.i. 17: 29-38a / Ananindeua / gi=zero / rh=não. (u.c.e. n° 388 $\chi^2=12$).

Eu peço muita força para Deus. Tenho que aceitar meu corpo assim mesmo, porque a gente não quer, mas acontece. u.c.i. 21: 49-59a / Marituba / gi=1 / rh=sim. (u.c.e. n° 445 $\chi^2=8$).

Eu sempre pedi muito a Deus para me dar força e vigor para viver e agradecer a cada dia. u.c.i. 30: 18-28a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. n° 641 $\chi^2=8$).

Eu pedi muita força a Deus, só Ele mesmo para dar força para a gente. u.c.i. 27: 39-48a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. n° 585 $\chi^2=7$).

Segundo Silva, P (2009), a religião tem um importante papel na vida das pessoas, que acreditam serem alimentadas por uma força superior que as ajuda a viver. Principalmente em momentos conflitantes, como na vivência de doenças graves, ela pode funcionar como uma válvula de escape, para onde poderão ser redirecionadas todas as suas angústias.

Observa-se que os conteúdos dos discursos supracitados trazem a ideia de cura articulada ao processo de enfrentamento do diagnóstico e tratamento pelas mulheres. Movidas pela fé, a crença em Deus e nas suas próprias forças e vontade, o fato é que a cura, a ausência de contágio e a ausência de sequelas orientam a prevenção e, assim, a busca imediata pelo tratamento emerge das representações como veículo capaz de restabelecer a saúde, eliminar a doença, diminuindo as possibilidades de sequelas e de tornar pública a doença, expondo-as ao preconceito.

Nesse caso, o preconceito veiculado nas representações sociais da hanseníase mostra um aspecto positivo ao servir de estímulo para o que não se quer – ser sua vítima – levando a mulher a se prevenir e buscar o tratamento precoce, antes que a doença se objective em marcas no corpo.

Daí o meu marido disse que não era para eu pensar daquele jeito, porque a minha doença está no início e eu vou ficar boa, vou me curar, que eles ficaram assim porque na época em que tiveram não tinha cura e, por isso, eles ficaram daquela maneira. u.c.i. 35: 29-38a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. n° 745 $\chi^2=17$).

Eu já sei como se transmite e que quando a gente inicia o tratamento não passa para mais ninguém. u.c.i. 43: 29-38a / Ananindeua / gi=zero / rh=não. (u.c.e. n° 851 $\chi^2=13$).

Hoje eu sei que, se a gente se cuidar, talvez não fique deformada. u.c.i. 5: 49-59a / Marituba / gi=1 / rh=não. (u.c.e. n° 118 $\chi^2=9$).

Hoje em dia, eu sei que tem cura se você tratar logo, quanto mais rápido melhor você fica. u.c.i. 29: 29-38a / Ananindeua / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. n° 619 $\chi^2=8$).

A associação do tratamento com a cura e à noção de diminuição de sequelas denota que essas mulheres conseguiram assimilar os conteúdos veiculados nas intervenções educativas, sejam as proferidas pelos profissionais de saúde, ou decorrente das campanhas veiculadas pelos órgãos oficiais de saúde.

Cabe aqui reiterar que grande parte das mulheres pertencentes a esta classe tinham entre 18 e 28 anos e grau de incapacidade zero, o que facilita o entendimento da lógica de organização dos contextos discursivos contidos nas u.c.e. desta classe, no que concerne ao tratamento e à cura, pois, apesar de elas fazerem parte de uma geração que não vivenciou os leprosários, elas tinham um pertencimento social que partilhava das representações do grupo (SILVA, J, 2009).

Tanto o Município de Marituba como o de Ananindeua têm uma carga muito grande de representações sociais da hanseníase, pois o primeiro foi palco de uma colônia de hansenianos por muitos anos, e no segundo, por ser limítrofe, a maior parte de seus doentes vem tratar hanseníase em Marituba, não só pelo seu histórico com a doença, mas também pela presença da URE.

Por outro lado, o grau zero de incapacidade foi significativo dentro desta classe, conforme já se discutiu à luz dos dados contidos na Tabela 10, denotando que tais mulheres buscavam os serviços de saúde aos primeiros sintomas, no afã de evitarem sequelas. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado evitam que a doença evolua e cause incapacidades físicas (BRASIL, 2002).

Houve relato de atraso na trajetória em busca do diagnóstico e tratamento da doença, mesmo tendo procurado a UBS para esclarecimento. Para Eidt (2000) e Baialardi (2007), a demora em chegar ao diagnóstico representa uma falha nos serviços de saúde, que pode decorrer da falta de capacitação dos profissionais em diagnosticar e tratar precocemente a hanseníase. Assim, o atraso no diagnóstico e tratamento subsidia a evolução da doença e o agravamento das alterações corporais.

Era diferente, mas era hanseníase. Quer dizer, eu perdi muito tempo para iniciar o tratamento, se tivesse começado logo que procurei talvez eu não estivesse assim. u.c.i. 26: 29-38a / Ananindeua / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. n° 577 $\chi^2=18$).

Tem-se aqui exemplificado o sentimento de tristeza e revolta por que passam as mulheres ante as alterações em seu corpo. O contexto discursivo da u.c.i. n° 26 evidencia a frustração da mulher com o sistema de saúde local, pois houve demora no seu diagnóstico (*Era diferente, mas era hanseníase*) e, conseqüentemente, retardo no processo de tratamento. Essa decepção fica mais evidente ao associar-se a fala à linguagem corporal captada pela observação da pesquisadora durante a entrevista. O discurso dessa mulher foi entremeado por pausas, titubeios, lágrimas e gestos capazes de expressar tristeza, nervosismo e insatisfação,

como: a mão cerrada batendo na outra espalmada, como se estivesse socando algo, e a mordida no lábio inferior cada vez que se referiria ao assunto.

Conforme anunciado nas campanhas educativas do Ministério da Saúde, se a pessoa apresentar manchas na pele com alteração na sensibilidade, deve-se ter cuidado porque pode ser hanseníase, e esta tem cura, desde que a pessoa busque o serviço de saúde mais próximo de sua casa.

Quando há demora no diagnóstico e incorporação retardada do paciente no Programa, o serviço de saúde, ao invés de ser um aliado na preservação da integridade corporal e preservação da identidade, torna-se um algoz, pois contribui para o agravamento das alterações corporais que a pessoa apresenta. Como não é objetivo desta tese discutir a operacionalização do Programa de Controle da Hanseníase, e sim as representações sociais de mulheres sobre o corpo com alterações decorrentes dessa doença, esta questão emergente dos resultados anuncia o potencial de expansividade desta pesquisa, com possibilidades de outras investigações que ampliem tal discussão.

O tratamento para hanseníase é feito através da poliquimioterapia (PQT) desde 1981, o qual consiste na associação de três drogas (rifampicina, dapsona e clofazimina) que compõem dois esquemas terapêuticos apresentados em forma de cartelas pauci (PB) e multibacilares (MB) (BRASIL, 2009).

Na hanseníase a alta por cura ocorre em 6 meses, ou, no máximo em até 9 meses (casos paucibacilares = 6 doses) ou em 12 meses, podendo se estender até 18 meses (casos multibacilares = 12 doses), e consiste na morte do bacilo e conseqüentemente na suspensão da PQT. Ao término do tratamento, ou seja, na alta por cura, as pessoas que têm ou tiveram a hanseníase esperam que as alterações corporais desapareçam ou, no mínimo, diminuam, além da interrupção da medicação.

Entretanto, no caso da hanseníase, nem sempre os sinais e sintomas somem após a alta por cura, e tampouco há a suspensão de medicamentos, pois a interrupção da PQT não implica na suspensão de outros medicamentos e tratamentos, ou seja, pode-se receber alta por cura e continuar o tratamento para reação por longos períodos, assim como continuar com tratamento fisioterápico, dentre outros. Esta experiência gerou questionamento quanto à eficácia do tratamento e à alta.

Eles falam que, se a doença for detectada no início, a pessoa tem cura. Mas, a gente vê muitas pessoas que já terminaram o tratamento continuarem tomando remédio até hoje.
u.c.i. 34: 18-28a / Ananindeua / gi=zero / rh=não. (u.c.e. nº 719 $\chi^2=17$).

O sentido semântico do discurso da mulher contido na u.c.e. acima alude às ações educativas, porém refere-se “aos outros/elas”, ao invés de “eu/mim” (Eles falam, mas eu não acredito, não entendo.), denotando tratar-se de um conhecimento superficial, fragmentado, que não conseguiu se estruturar no plano cognitivo. Daí, a mera repetição do que foi transmitido, indicando a ausência de conteúdos acerca do tratamento dos estados reacionais e do entendimento do que seja a alta por cura em hanseníase. Isso remete às ações da equipe de saúde e dentre estas se destaca o papel educativo do enfermeiro e da equipe de enfermagem junto às ações de controle da hanseníase.

No plano das orientações, deve-se difundir aos portadores que algumas alterações podem estar presentes na época da alta, sem, no entanto, significar que não esteja curado (MINAS GERAIS, 2006):

- as lesões cutâneas podem não ter desaparecido totalmente;
- as alterações sensitivo-motora podem continuar por toda a vida, se o dano neural for de mais de 1/3 do nervo;
- nem sempre a baciloscopia vai estar negativa, pois o índice baciloscópico diminui em média de 0,6 a 1,0 log/ano;
- as reações hansênicas podem ocorrer em 30 % dos casos após o término do tratamento;
- a presença desses achados não significa recidiva da doença.

Observa-se, pois, que a informação é uma dimensão das RS, mas não a única. O fato de as usuárias receberem orientações profissionais quanto às condutas supracitadas não garante que elas irão, de imediato, mudar suas representações sobre o que seja ou não a cura da hanseníase. As transformações de RS demandam tempo e investimentos que precisam ser feitos no sentido de se trabalhar com as três dimensões: informação, atitude (afetos) e campo. No que se refere à informação, o enfermeiro, na sua condição de educador em saúde, pode trabalhar em prol do diálogo junto aos usuários e centrar a atenção na sua realidade e necessidades, consonante as ações preconizadas pelo Programa de Controle da Hanseníase, com ênfase não só nas ações de vigilância epidemiológica, como também, nos comportamentos significantes, manifestos, nos sentimentos e nas vivências representados durante o atendimento, com vistas a diminuir as distâncias entre práticas, as representações e o conhecimento científico disponível.

De outra maneira, a clofazimina, droga usada nos esquemas multibacilares, causa escurecimento na pele, dando-lhe uma tonalidade que varia do vermelho ao marrom escuro, além de causar alterações na coloração da conjuntiva, lágrima, suor, saliva, urina e fezes. Tais alterações, mesmo que reversíveis, podem perdurar por meses, ou até mesmo por anos, para desaparecerem após o término do tratamento. Ora, isso se constitui em um problema para as mulheres, pois, assim como as reações hansênicas, esse medicamento provoca mais alterações na pele do que as já existentes. O tratamento, que também visa matar o bacilo e evitar o contágio, além de minimizar essas alterações presentes, acaba por agravar ainda mais as suas aparências.

Tu ficas pensando que a tua pele está escura e todo mundo vai saber e se afastar de ti. Esse tipo de preconceito que não sei se vou saber lidar, tipo aquele olhar que é capaz de te excluir sem precisar dizer nenhuma palavra. u.c.i. 10: 39-48a / Marituba / gi=1 / rh=não. (u.c.e. nº 216 $\chi^2=7$).

Quando tu pegas um laudo que diz que tu estás com isso, que tu vais ficar escurinha. u.c.i. 33: 29-38a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. nº 699 $\chi^2=10$).

O preconceito se objetiva através de relatos de situações reais vividas no cotidiano da mulher e, também, no receio que sentem de isso ocorrer. No discurso da mulher de nº 10, contido na primeira u.c.e. supracitada, o preconceito está no campo do devir, do que poderá vir a acontecer, ou seja, a mulher se antecipa a uma rejeição imaginada e se autoprotege da exposição.

Na verdade, é necessário considerar as alterações da imagem corporal com que se confrontam essas mulheres, na medida em que são alterações visíveis e marcantes em seus corpos. Dessa forma, mesmo considerando os benefícios do tratamento, os custos estéticos causados pela iatrogenia dessa terapêutica são muito difíceis de suportar, pois a alteração da coloração da pele objetiva a doença e a torna pública, desencadeando o medo da rejeição, levando-se em consideração o estigma e preconceito associados à doença. O medo de sofrer outro tipo de preconceito, o racial, afora o da hanseníase, bem como o lidar com o próprio preconceito são muito evidentes no discurso supracitado cujo segmento está contido na u.c.e. 699.

Cabe explicitar que os segmentos das u.c.e. 216 e 699, provieram de respostas à seguinte pergunta feita pela pesquisadora: *O que representa a hanseníase para você?* Tal questionamento gerou choro compulsivo nas duas mulheres e gestos capazes de sinalizar os

sentimentos de tristeza e não aceitação do diagnóstico da hanseníase, tais como: cabeça baixa, contratura da musculatura facial, ombros encolhidos, voz entrecortada por soluços, balanço de cabeça em sinal de negação (u.c.i. 10). É importante esclarecer que cada gesto sempre deve ser interpretado no contexto particular em que se encontra a pessoa, remetendo ao auto(preconceito).

A mulher, ao saber que está com hanseníase, antecipa, em pensamentos, a estigmatização e o preconceito que a aguardam, tendo em vista já terem pertencido ao grupo dos potenciais estigmatizadores, ou seja, daqueles que não eram portadores de hanseníase (GOFFMAN, 1988).

Devido à imagem da hanseníase atrelar-se à lepra, foi criado no ano de 2000 um grupo de trabalho financiado pela Netherland Leprosy Relief, entidade holandesa de combate à hanseníase que ampara projetos específicos nos Programas de Controle da Hanseníase em vários estados brasileiros. Essa entidade realizou uma pesquisa nomeada “Estudo da Representação Social da Hanseníase e da Lepra entre Pacientes de Hanseníase, Profissionais de Saúde, População e das Estratégias de Informação, Educação e Comunicação em Unidades de Saúde da Região Metropolitana do Rio de Janeiro” (OLIVEIRA *et al.*, 2003). Os resultados evidenciaram que a estrutura da representação social da hanseníase possui elementos que apontam a existência de um processo de transição com o conhecimento ainda não consolidado, ou seja, não incorporado ao senso comum.

Nesse contexto, os sujeitos do estudo que disseram conhecer a hanseníase evocaram informações desencontradas, seja com itens do discurso oficial ou com elementos do conhecimento socialmente compartilhado, no qual a negatividade da lepra é marcante. Em adendos finais, pressupôs-se a existência de um processo de incorporação de uma nova categoria, imposta pelo governo com apoio da academia, sem a desincorporação da outra ou, simplesmente, com a assimilação de elementos das imagens da anterior pela nova.

Segundo Eidt (2004) e Baialardi (2007), o estigma e o preconceito associados à doença ameaçadora do passado povoam o imaginário social, levando as pessoas ao tabu da morte e mutilação, causando um sofrimento psíquico que repercute na vida pessoal e profissional.

Um estigma é definido como uma marca que aponta para um grupo, de que uma pessoa não deve ser aceita por possuir um atributo diferente. Na acepção de Goffman (1988), um estigma tem um efeito de descrédito muito grande, pois contém uma discrepância específica entre a identidade social real e a identidade virtual, e serve de base ideológica para

explicar a inferioridade de um indivíduo e dar conta do perigo que ele representa para a sociedade. Assim, o estigmatizado fica sujeito ao que os outros pensam sobre o seu defeito ou marca devido a padrões que também incorporou da sociedade (GOFFMAN, 1988).

A análise do *corpus* de dados em busca das representações das mulheres sobre o seu corpo alterado pela hanseníase possibilita identificar expressões que denotam objetivações e ancoragens (MOSCOVICI, 2007) nos esforços impetrados pelas mulheres para ressignificar seus corpos. Chama a atenção o fato de que tais expressões apareceram quase sempre ligadas ao preconceito, reforçando a ideia de ser este o eixo central da classe.

Porque é uma doença que mutila e deforma as pessoas que não fazem o tratamento correto. Aí vira um bicho de sete cabeças, um bicho horrível. Queria que não existisse, mas quando acontece com a gente, quando a gente sente na pele... Quando é na gente, vê que o bicho é feio mesmo. u.c.i. 21: 49-59a / Marituba / gi12 / rh=sim. (u.c.e. nº 442 $\chi^2=9$).

Então é uma cobra, eu tenho horror de cobra. Eu peço muita força para Deus. Tenho que aceitar meu corpo assim mesmo, porque a gente não quer, mas acontece. u.c.i. 21: 49-59a / Marituba / gi=1 / rh=sim. (u.c.e. nº 445 $\chi^2=8$).

No imaginário social, a hanseníase atrela-se a mutilações que vão gradativamente ampliando seu espectro. Por conta disso, as imagens acionadas para dar sentido a esta invasão da doença no corpo é a de bichos, mais precisamente de um bicho de sete cabeças, que é uma metáfora que traduz muito bem a dimensão dessa invasão, ou seja, a dimensão da dificuldade de lutar contra e vencer essa batalha. Assim, um bicho de sete cabeças é uma expressão popular para falar de algo muito grande, uma enorme ameaça ou dificuldade que requer muita coragem para ser superada. Trata-se de uma expressão oriunda da mitologia grega, mais precisamente da lenda da Hidra de Lerna, a qual era uma monstruosa serpente com sete cabeças que, quando cortadas, regeneravam-se. Então, matar esse animal era uma tarefa muito difícil, o que explica as representações das mulheres veicularem reiterativamente a necessidade de ter muita força na luta contra a hanseníase.

A comparação estabelecida entre a doença e o bicho denota ser esta uma das imagens que materializa a ideia abstrata da doença. Observa-se, no entanto, que, no conteúdo semântico da u.c.i. 21, a ênfase é dada à necessidade da adesão ao tratamento (*Porque é uma doença que mutila e deforma as pessoas que não fazem o tratamento correto*), o que significa dizer que, mesmo na vigência de reações hansênicas e do escurecimento da pele causado pela clofazimina, o tratamento seria a arma para se matar o bacilo e impedir que ele continue

causando alterações no corpo. Do contrário, a doença (“o bicho”) invade e transforma o corpo sem que nada possa ser feito. Observa-se, ainda, que “bicho de sete cabeças” é a imagem mítica, mas a cobra figura de forma mais palpável a ilustrar o temor à doença, pois se trata de um animal peçonhento que também causa medo e repulsa, traduzindo objetivamente o sentimento que as mulheres desenvolvem de si, na autopercepção que têm de seu corpo em relação à observação da reação dos outros.

Os valores aceitos dentro de determinado grupo parecem nascer de um contrato entre seus membros. Isso se verifica quando se trata da hanseníase, que, consciente ou inconscientemente, leva as pessoas a estabelecerem ligações entre a mesma e os valores estéticos socialmente aceitos em seu grupo. Assim, um diagnóstico que possa causar distorção nesse padrão de beleza socialmente concebido leva ao preconceito.

A objetivação é um dos processos de formação da representação social que intitula e cria uma imagem de algo que antes não era claro e concreto, através de uma seleção e descontextualização dos elementos a serem representados, com um posterior recorte desses elementos com base em informações prévias, experiência vivida e valores (ARRUDA, 2002).

No que concerne ao outro processo de construção da representação social, a ancoragem, esta ocorre quando há familiarização do estranho por meio da sua aproximação com algo que já é conhecido pelo indivíduo.

Na valoração das mulheres sobre a sua gravidade, a hanseníase foi aproximada ao câncer ou a Aids, na tentativa de explicar o que, para elas, se apresentava como novidade. Não querendo com isso dizer que a hanseníase seja uma doença nova, nem tampouco que ela seja mais nova que a Aids. Pelo contrário, ela é milenar e, portanto, a novidade aqui se refere a como tais mulheres vivenciam as alterações que vão transformando seus corpos e aos sentidos que atribuem a esse processo, que, para elas, é novo. É esse processo de transformação corporal que elas ancoram no câncer e na Aids, as quais são doenças que também levam a transformações corporais e que comprometem a aparência pessoal, tais como: as alterações na cor da pele, a lipodistrofia, dentre outras.

Eu acho que é uma das piores doenças. Eu acho que ela só não é pior do que o câncer e a Aids, mas ela acaba com a vida da pessoa do mesmo jeito. u.c.i. 16: 29-38a / Marituba / gi=2 / rh=sim. (u.c.e. nº 354 $\chi^2=10$).

Não adianta esconder o problema que eu tenho. Quando eu digo que eu tenho hanseníase, perguntam se eu não tenho vergonha de ter hanseníase. Ninguém pede para ter qualquer doença. Um médico falou que é melhor eu ter hanseníase do que eu ter um câncer, porque a

hanseníase tem cura quando se faz o tratamento, e o câncer, não. u.c.i. 3: 29-38a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. n° 57 $\chi^2=8$).

Os conteúdos semânticos contidos nesses relatos também podem ser explicados pela epidemiologia das referidas doenças, porque o câncer e a Aids são doenças que têm uma morte anunciada mais rápida. Porém, apesar do indicador de mortalidade por Aids vir declinando no último ano, ainda carrega consigo uma representação social ancorada na morte, conforme aludem Barbará; Sachetti; Crepaldi (2005) e Thiengo; Oliveira; Rodrigues (2005). Por sua vez, o câncer também é representado pela morte (SCHULZE, 2004; ROSSI; SANTOS, 2003; COUTINHO; TRINDADE, 2006).

No caso específico da hanseníase, apesar das graves alterações corporais, ela não é uma doença letal, tanto que não existem imagens de morte física associadas a ela ao longo de toda sua história. De acordo com Lombardi (1984), morre-se com hanseníase e não de hanseníase, o que se deve às próprias características epidemiológicas da doença, que tem baixa letalidade e baixa mortalidade (BRASIL, 2002).

Porém, quando o recorte textual aponta a expressão “*ela acaba com a vida da pessoa do mesmo jeito*”, remete à morte social, ou seja, a hanseníase não mata concretamente, mas discrimina, isola e leva a um processo simbólico de morte. O exposto remete à Idade Média, aos rituais da Igreja Católica, quando se isolavam os leprosos. Conforme Rosen (1994), o isolamento dos leprosos seguia regras muito precisas, e a realização do serviço funerário com a presença da vítima simbolizava sua exclusão social. O leproso vestia-se com uma mortalha, era rezada solenemente uma missa para os mortos, jogava-se terra sobre o doente, e depois os padres, junto com parentes e amigos, levavam-no para uma choupana ou um leprosário, longe da comunidade.

A morte social ocorre quando uma pessoa sofre qualquer processo excludente, como o estigma sofrido pela Aids (KERN, 2004) e pela hanseníase (BORENSTEIN *et al.*, 2008), bem como na história do isolamento compulsório por longo período, o qual levava à exclusão, isolamento e morte simbólica ou social. Outros exemplos:

Tem gente que, quando sabe que está com hanseníase, se entrega, fica largado e morre. u.c.i. 21: 49-59a / Marituba / gi=1 / rh=sim. (u.c.e. n° 450 $\chi^2=12$).

A hanseníase me deixa triste, porque é uma doença que, se não se cuidar, acaba com a vida da gente. u.c.i. 30: 18-28a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. n° 638 $\chi^2=10$).

O sentido dos discursos desses sujeitos reporta-se a um processo simbólico de morte, mas, nesse processo, o corpo não perde sua materialidade, a morte é metafórica e decorre de uma ação do sujeito para com ele mesmo, ou seja, ao saber que tem hanseníase ele *se entrega, fica largado* (fica deprimido e se isola) *e morre*. Esta maneira própria de sentir a doença, de perceber-se doente e de reorganizar a vida a partir da doença limita as possibilidades de viver e tratar a hanseníase, restringindo a participação social.

Os conteúdos que compõem as representações das mulheres que participaram desta pesquisa aludem a que a hanseníase é uma *doença que tem cura quando se faz o tratamento correto e se não cuidar ficam as sequelas*, deixando emergir as condições de restrições e privações necessárias ao êxito do tratamento, o que exige autocontrole e vigilância. Assim, a hanseníase impõe normas e comportamentos socialmente partilhados e que devem ser adotados por quem sofre desse mal, do contrário, tais pessoas sofrerão punições sob a forma de agravamentos, como a piora do estado reacional e das alterações corporais, levando às sequelas.

É confuso para mim, porque é uma doença que a gente sabe que prejudica. Depois, se a gente não cuidar, ficam as sequelas. u.c.i. 43: 29-38a / Ananindeua / gi=zero / rh=não. (u.c.e. nº 851 $\chi^2=13$).

Hoje eu sei que, se a gente se cuidar, talvez não fique deformada. Eu não sei se é conforme o tipo da doença ou se é só uma qualidade, mas sempre a pessoa fica com um pouco de sequelas, de deformidades. u.c.i. 5: 49-59a / Marituba / gi=1 / rh=não. (u.c.e. nº 118 $\chi^2=9$).

Mesmo quando se admite ser a hanseníase uma doença curável, existe a crença de que “sempre fica alguma sequela ou deformidade”. A portadora ou ex-portadora de hanseníase com qualquer alteração corporal visível traz consigo uma marca (na maioria das vezes, social) que dificulta sua inserção no grupo social. A memória social da lepra emerge e os significados daí oriundos repercutem no modo de vida de seus grupos. Assim, enfrentar o problema do preconceito não é fácil nem para o doente e nem para os que o cercam.

Na ótica de Gonçalves (2002), as representações do corpo são muito intensas durante a doença, uma vez que nesse processo há necessidade de maior atenção com o corpo, o que implica em valores, crenças e experiências prévias. São essas percepções que vão influenciar a qualidade da participação social da pessoa, seja no trabalho, na família, no lazer ou mesmo na condução do tratamento.

Concernente ao relato no qual a mulher repete o discurso do médico ao tentar comparar o câncer e a hanseníase (*Um médico falou que é melhor eu ter hanseníase do que eu*

ter um câncer, porque a hanseníase tem cura quando se faz o tratamento, e o câncer, não) seu conteúdo denota claramente a magnitude de um discurso legitimamente autorizado fomentando discussões cotidianas e a formação de opiniões. Em nossa sociedade, o médico é representado como uma autoridade máxima para falar de saúde e doença, tendo, portanto, um discurso autorizado para falar tanto de um quanto de outro assunto.

Cruz (2007) argumenta que o médico é socialmente representado em oposição ao cliente, como um agente que combate não apenas a doença, mas, também, o estigma que a mesma acarreta. Porém, ao falar que a hanseníase tem cura e o câncer não, o médico, na sua condição de sujeito social, veicula conteúdos que reforçam as representações sociais do câncer atreladas à morte.

As vivências e experiências dos sujeitos nos serviços de saúde possibilitam a difusão de saberes no grupo, originando representações sociais. Diante disso, as representações sociais sobre o câncer continuarão subsistindo tendo a morte como pano de fundo.

O processo pelo qual passam as mulheres denota que as alterações corporais deixadas pela hanseníase ultrapassam o fato de ser mais uma, das inúmeras, doença dermatoneurológica crônica, tendo-se em vista suas marcas extrapolarem o biológico e perpetuarem-se no psicológico e social, traduzindo-se em preconceito dos outros e de si próprio pela doença.

Bittencourt *et al.* (2010) dizem que a relação de amizade dos portadores de hanseníase é permeada por um sentimento de receio recíproco e, por isso, eles se utilizam de estratégias na tentativa de esconder a doença (BAIALARDI, 2007; EIDT, 2004; GARCIA *et al.*, 2003). Observa-se que, quando a mulher opta por revelar o diagnóstico e tratamento ou o porquê de suas alterações corporais, ocorre discriminação.

Quando eu contei, ele me rejeitou [...] Ele não queria viver comigo, acho que tinha medo de pegar. Eu me sentia rejeitada por ele, mas ainda ficamos juntos um tempo, depois a gente se deixou. u.c.i. 6: 29-38a / Marituba / gi=1 / rh=sim. (u.c.e. nº 141 $\chi^2=8$).

Digo que é tratamento de nervo, porque, se eu falar que é hanseníase, vai ficar todo mundo com medo de mim, como aconteceu com outra funcionária, que foi demitida devido a isso. u.c.i. 36: 18-28a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. nº 768 $\chi^2=10$).

Não adianta eu esconder o problema que eu tenho. Quando eu digo que eu tenho hanseníase, perguntam se eu não tenho vergonha de ter hanseníase. u.c.i. 3: 29-38a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. nº 57 $\chi^2=8$).

Isso pode ser mais bem entendido ao se associar aos registros contidos no caderno de notas no momento da entrevista de número 6. Ao falar sobre a rejeição do marido, essa mulher escondeu o rosto com as mãos, encolheu os ombros, passou a chorar e a falar em tom de lamento, expressando claramente o sofrimento e a humilhação sofrida por este comportamento estigmatizante e preconceituoso de seu companheiro.

As pessoas acometidas por hanseníase também sofrem com a discriminação ocupacional (BITTENCOURT *et al.*, 2010; ALBUQUERQUE, 2001; EIDT, 2004; GARCIA *et al.*, 2003). Nem os avanços no tratamento e o advento da cura, ainda hoje, deixam de afastar o portador de hanseníase do emprego (GARCIA *et al.* 2003).

Dessa forma, omitir o diagnóstico e o tratamento da hanseníase foi uma estratégia adotada por algumas mulheres numa tentativa de não serem excluídas socialmente.

O psicólogo disse que não era para eu ficar triste, para eu não ficar pensando bobagem, não é para eu dizer que sou hanseniana, até porque hanseniana eu não sou, eu não tenho mais a doença, eu já estou curada. Daqui para frente só quero ficar melhor. u.c.i. 40: 49-59a / Ananindeua / gi=zero / rh=não. (u.c.e. n° 819 $\chi^2=10$).

Nem sei se são amigos verdadeiros, não vejo necessidade de contar. Ainda não [...] Espero que a doença não evolua para pior. Queria ter menos reações possíveis, porque é um sofrimento. A gente tem que lidar dia a dia com outras coisas e, ainda, ter que aguentar as reações, é difícil. u.c.i. 39: 29-38a / Marituba / gi=zero / rh=não. (u.c.e. n° 809 $\chi^2=9$).

Tem poucas pessoas capazes de se assumir e dizer que tem ou teve hanseníase. u.c.i. 7: 49-59a / Marituba / gi=1 / rh=sim. (u.c.e. n° 156 $\chi^2=10$).

Eles disseram que não acreditavam que eu tinha hanseníase e não contei, e eu justifiquei que a gente convive com as pessoas sem as conhecer e eu não sabia qual seria a reação deles e, caso eles me rejeitassem. u.c.i. 30: 18-28a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. n°649 $\chi^2=8$).

As estratégias se explicam em virtude do preconceito. As mulheres aprendem a lidar socialmente com a doença a partir do momento em que começam a perceber o comportamento das pessoas frente à doença. É a partir dessa percepção que elas sentem a magnitude do preconceito, o qual se objetiva por meio da rejeição, da demissão do emprego, da vergonha, ou seja, através de vários comportamentos que são significantes. Decorrente disso, elas aprendem a lidar com o preconceito e, assim, passam a usar estratégias no intuito de se proteger, tais como: mentindo ou omitindo que têm a doença, porque elas sabem que, se

revelarem a verdade, poderão ser excluídas ou demitidas. Portanto, essas experiências as guiam a aprender a lidar com a doença na sociedade – orientando-as nas suas práticas e relacionamentos sociais.

A mulher que carrega um estigma pode preocupar-se com o que a família e o grupo social do qual faz parte irão pensar e sentir sobre ela, passando a ter medo de sofrer preconceito e dificuldade de relacionar-se com grupos, por se sentir excluída. Por isso o esforço para escondê-lo torna-se parte de sua identidade e um segredo cujo controle de para quem e quando deve ser dada a informação implica em uma criteriosa avaliação do perigo advindo de tal relato (GOFFMAN, 1988).

A autoimagem interfere nos relacionamentos interpessoais devido ao sentimento de estranhamento relacionado ao próprio corpo, ocasionando isolamento, vergonha e medo da rejeição. A dificuldade de aceitação da nova imagem corporal pode interferir nos relacionamentos afetivos (OLIVEIRA; MONTEIRO, 2004). Tais sentimentos antecipam o preconceito e a rejeição que certamente sofrerão.

Sinceramente, eu tenho vergonha. Depois que terminei o tratamento eu ainda não me aproximei de ninguém. u.c.i. 27: 39-48a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. nº 585 $\chi^2=7$).

A família tem uma importante função na vida das pessoas, sendo um referencial de apoio, segurança e, conseqüentemente, aumento da autoestima (SANGI, *et al.*, 2009) de qualquer pessoa, independente de seu problema de saúde. Dessa forma, o apoio, o amor e o cuidado depreendidos pela família podem ser fatores mobilizadores no enfrentamento das adversidades do diagnóstico e tratamento da hanseníase.

Ele se isolou para ficar comigo e eu quero me curar para sair com ele e irmos aos locais que sempre íamos. u.c.i. 17: 18-28a / Ananindeua / gi=zero / rh=não. (u.c.e. nº 393 $\chi^2=9$).

Tu podes dizer que eu não vou morrer por causa da doença, eu vou viver. Sim, mas devo tudo ao meu marido. Aquela pessoa que, quando eu chorava ou gemia, ele dizia: Eu te amo, eu estou aqui, eu não vou te deixar por causa disso. u.c.i. 17: 18-28a / Ananindeua / gi=zero / rh=não. (u.c.e. nº 377 $\chi^2=7$).

A família tem que apoiar muito a pessoa que tem a doença. u.c.i. 4: 29-38a / Marituba / gi=2 / rh=não. (u.c.e. nº 92 $\chi^2=7$).

A família, todos me apoiam e vivem perguntando se já tomei o meu remédio. u.c.i. 21: 49-59a / Marituba / gi=1 / rh=sim. (u.c.e. nº 451 $\chi^2=7$).

Para enfrentar e adaptar-se à sua nova realidade corporal, as mulheres buscam, por meio da sublimação dos transtornos causados pelas alterações corporais, continuarem vivendo. Assim, tentam amenizar suas angústias projetando a imagem de pessoas que, em suas percepções, têm alterações muito mais graves que as suas.

A gente tem que pensar que existem pessoas com problemas maiores que o da gente. Eu superei porque eu sempre tive muita força de vontade, sempre pedi muito a Deus para me dar força e vigor para viver e agradecer a cada dia. u.c.i. 30: 18-28a / Ananindeua / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. nº 641 $\chi^2=8$).

O sentimento de impotência diante das alterações corporais vai acarretando atitudes de conformação diante da problemática para que consigam viver e conviver com as limitações que a doença e as alterações dela decorrentes lhes causam.

Quem gostar de mim tem que ser do jeito que sou. A hanseníase é uma doença muito triste. Ela não mata, mas faz a gente ficar o pedaço de um ser humano. u.c.i. 2: 49-59a / Marituba / gi=2 / rh=não. (u.c.e. nº 41 $\chi^2=12$).

Eu luto até hoje. É muito difícil, a gente tem que lutar para viver bem com a doença e o que ela deixa. u.c.i. 21: 49-59a / Marituba / gi=1 / rh=sim. (u.c.e. nº 451 $\chi^2=7$).

Eu não acreditava que eu estava com essa doença. Foi a maior luta para eu me aceitar. u.c.i. 33: 29-38a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. nº 699 $\chi^2=10$).

É muito complicado, mas a gente tem que superar, tem que ter força de vontade para superar. u.c.i. 30: 18-28a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. nº 640 $\chi^2=18$).

Isso pode ser mais bem entendido se for associado à linguagem não verbal expressa durante as entrevistas, conforme os exemplos contidos nas u.c.e. acima transcritas. Houve necessidade de atentar para os sinais não verbais emitidos durante a interação com essas mulheres, pois os mesmos denotavam seus sofrimentos, descontentamento e visão de mundo frente à hanseníase, caracterizados por: olhar baixo (mulheres de nº 21, 33, 30, 2), lágrimas (mulheres de nº 21, 33, 30, 2), suspiros profundos (unânime) morder os lábios (mulheres de nº 30 e 33) tamborilar as mãos na mesa (mulher nº 30), musculatura facial contraída (mulheres nº 21, 33, 30, 2) voz balbuciante em tom de lamento (mulheres de nº 21, 33, 30, 2), sorriso sarcástico (mulher nº 2).

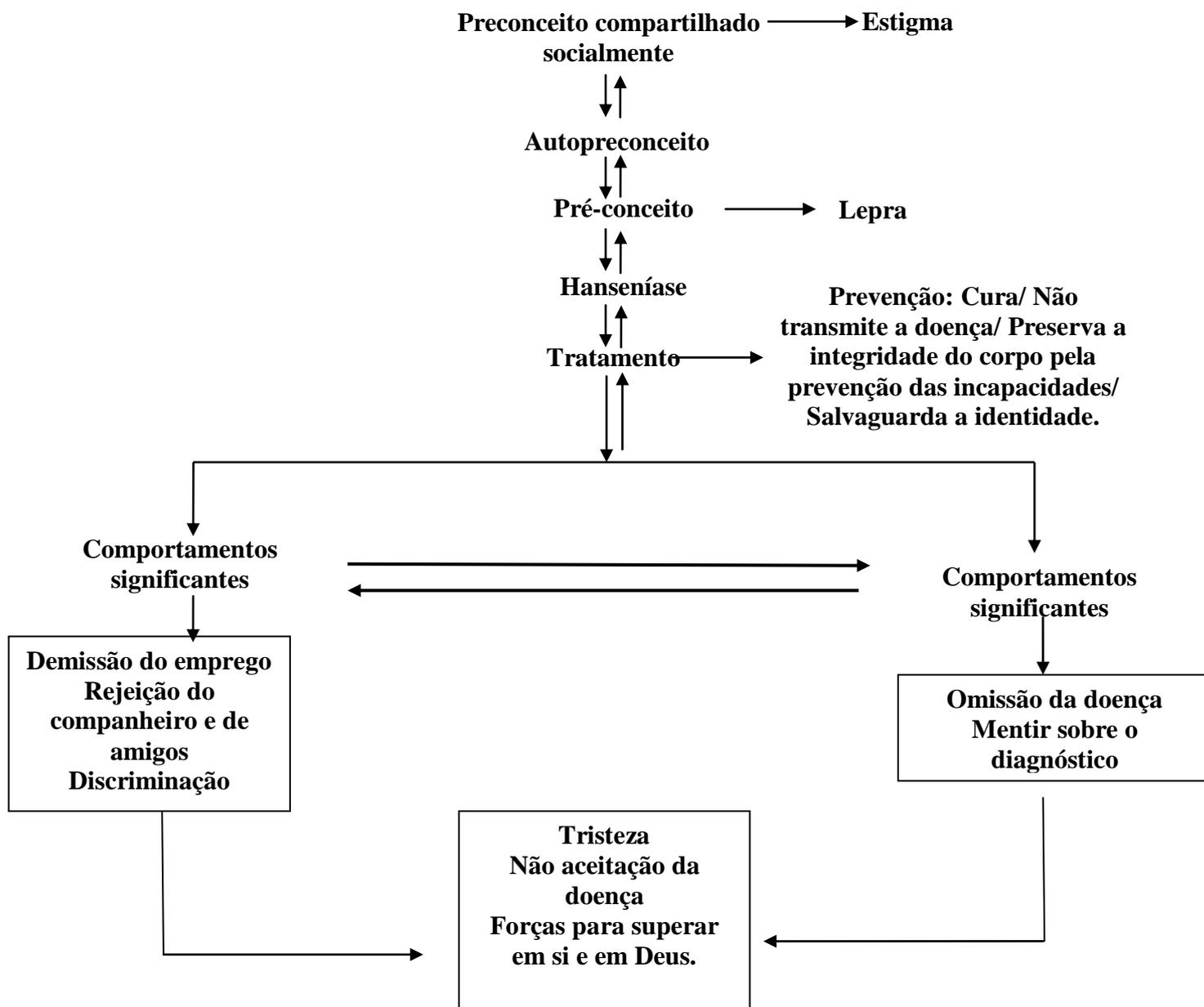
Os resultados aqui apresentados reiteram pesquisas feitas na França sobre as RSs do corpo (JODELET, 1981) e sobre as RS da saúde e da doença (HERZLICH, 2005) e, ainda, os de outra pesquisa realizada no Brasil sobre as RS do corpo no cuidado de enfermagem (FERREIRA; FIGUEIREDO; ARRUDA, 2002).

Em síntese, as representações sociais do tratamento da hanseníase apontam o preconceito compartilhado socialmente sobre o estigma da hanseníase, que gera autopreconceito nas mulheres pela associação da hanseníase com a lepra, desencadeando sentimentos diversos por ocasião do diagnóstico e tratamento da hanseníase, apesar de ser este representativo de prevenção e cura, pois interrompe a transmissão da doença e preserva a integridade do corpo pela prevenção das incapacidades físicas, salvaguardando a identidade.

Quando tornados públicos, o diagnóstico e o tratamento da hanseníase geram comportamentos significantes dos outros para com as mulheres, tais como: demissão de emprego, rejeição do companheiro e de amigos, discriminação. As mulheres, por sua vez, aprendem a lidar socialmente com a doença e também passam a adotar comportamentos significantes para com os outros, tentando se proteger do preconceito. Assim, omitem ou mentem sobre o diagnóstico da hanseníase.

Essa síntese aponta elementos que, em articulação, conduzem a organização de um esquema explicativo das representações sociais do tratamento da hanseníase, representado na Figura 8.

Figura 8 - Esquema explicativo das representações sociais do tratamento da hanseníase



Fonte: Produção da pesquisadora.

5.2 CLASSE 4 – MARCAS CAUSADAS PELOS OUTROS: VIVENCIANDO O MEDO DO CONTÁGIO

Eu digo que a dor maior não é ser discriminada pelas pessoas de fora, e sim pela própria família.

u.c.i. n° 33

Esta é uma classe constituída de 111 u.c.e. e 87 palavras analisáveis, correspondendo a 16,0% do *corpus* de análise.

O Quadro 4 mostra as palavras representativas da classe 4. Observa-se que o corte gerado pelo programa se deu com as palavras com χ^2 igual ou superior a 16.

Quadro 4: Palavras representativas da classe 4

RADICAL	χ^2	PALAVRAS	DICIONÁRIO*
mae	88	mãe	33
irm	77	irmãos	09
cop	70	copo	13
filh	65	filha	14
pai	61	pai	19
familia	60	família	26
mor	59	mora	05
filhos	42	filhos	23
cas	41	casa	35
separ	39	separar	04
crianca	38	crianca	07
colher	37	colher	08
marido	33	marido	24
resultado	33	resultado	06
beb	30	beber	05
mago	27	mágoa	02
prat	26	prato	06
amigos	26	amigos	14
assunto	26	assunto	06
papai	22	papai	05
cham	21	chamar	02
afast	17	afastaram	04

senti	17	senti	07
frente	17	frente	06
tia	16	tia	05
pena	16	pena	04

Fonte: Quadro construído a partir do relatório resumido de resultados do Alceste (Anexo C)

*Significa a forma completa da palavra associada à sua raiz, com a frequência com que foi citada nos discursos que compuseram a classe.

A variável de maior significância nesta classe foi a faixa etária de 29 a 38 anos ($\chi^2 = 11$).

Os vocábulos com maiores valores do coeficiente de associação por meio do Qui-Quadrado (χ^2) e, conseqüentemente, maior associação estatística, foram: *mãe, irmãos, copo, filha, pai, família, casa, separar, criança, colher, marido*, permitiram depreender-se que os conteúdos se congregam em torno do contágio, mais especificamente do preconceito dos familiares por medo do contágio. O preconceito é expresso pelos verbos *separar* e *afastar*, pela alusão aos utensílios de cozinha (*copo, prato, colher*) e pelo substantivo *pena*. No que tange aos léxicos: *mãe, irmãos, filhos, pai, família, marido*, eles denotam que tal preconceito se situa no seio da família nuclear (*marido, filhos*), de entes mais próximos (*pais e irmãos*), de familiares mais distantes e de amigos (*tia e amigos*).

Eu digo que a dor maior não é ser discriminada pelas pessoas de fora, e sim pela própria família. Eu fui discriminada por uma tia minha, a filha dela teve um neném e quando eu ia pegar no neném ela vinha na frente e me tirava o neném. u.c.i. 33: 29-38a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. nº 691 $\chi^2=28$).

Eu já passei por muita discriminação, inclusive dentro de minha própria família. Eu sofri preconceito e continuo sofrendo desde criança, até a minha irmã me discriminou. u.c.i. 15: 39-48a / Marituba / gi=2 / rh=não. (u.c.e. nº 335 $\chi^2=18$).

Qualquer um pode adoecer. A gente não pede para adoecer. Tenho família, mas moram no interior. Uma vez eu fui lá e senti que eles estavam com preconceito, eu não fui mais lá desde que o meu pai morreu. u.c.i. 30: 29-38a / Marituba / gi=2 / rh=sim. (u.c.e. nº 663 $\chi^2=20$).

A família que considero são meus filhos, meu marido e minhas irmãs. Hoje convivemos bem, eles me aceitam, mas, até hoje, eu sinto, não de todos, mesmo sabendo que eu estou curada,

eu sinto, eu vejo a diferença. u.c.i. 15: 39-48a / Marituba / gi=2 / rh=não. (u.c.e. nº 343 $\chi^2=25$).

As políticas oficiais de saúde baseadas no confinamento dos portadores de hanseníase em instituições asilares, separando-os de seus familiares e da sociedade em geral, eram, na época, a única forma de prevenção da doença, e muito contribuíram para o estigma da lepra. Em 1930, o isolamento compulsório foi adotado em todo o Brasil, e o combate à lepra se tornou sistemático em hospitais colônia, visando muito mais à separação do enfermo do que a um tratamento que pudesse curá-lo (MATTOS; FORNAZARI, 2005). Essa política sanitária, prevencionista e isolacionista, baseava-se num modelo tripé, ou seja, compunha-se do leprosário, que era o local em que deveriam ser internados os leprosos; o dispensário, que era o local destinado a abrigar as pessoas que tiveram contato com o doente; e o preventório, local destinado aos filhos dos doentes, sendo estes compulsoriamente afastados de seus pais.

Segundo Figueiredo (2006); Mattos; Fornazari, (2005) e Minuzzo (2008), até 1960 o isolamento era uma política incontestável de combate à lepra, sendo o medo do contágio tão grande, que abrangia objetos e tudo o mais que fosse tocado pelo doente. De modo a impossibilitar qualquer tipo de contato com as pessoas que não tinham a doença, as colônias de leprosos possuíam moeda própria, na qual uma de suas faces continha o Hospício de Lázaro (MORHAN, 2011). Essa informação foi reiterada na entrevista feita com um ex-morador⁴ da Colônia de Marituba, que serviu como informante na fase do trabalho de campo. Nesse sentido, a imagética do leproso com o corpo e o rosto desfigurados, com um sino pendurado no pescoço notificando a sua presença e contaminando tudo aquilo que tocasse continua subsistindo no imaginário popular.

Contudo, só a partir de 1980 é que houve uma reviravolta na saúde pública e, conseqüentemente, na política de combate à lepra, pois houve a desativação das colônias e uma grande campanha de reintegração dos doentes às suas famílias, bem como o tratamento ambulatorial dessa patologia (MINUZZO, 2008).

Assim, o doente de ontem toma vulto em determinadas realidades, que parecem não ter poder suficiente para desconstruir a intensidade do preconceito entranhado em seus meios sociais. Percebe-se claramente o pensamento circulante socialmente acerca da hanseníase nos Municípios de Marituba e Ananindeua.

⁴ Trata-se do Sr. Cristiano Claudio Torres, que concedeu a entrevista de cunho informativo sobre como se dava a vida das pessoas moradoras da Colônia de Marituba.

Eu nunca mais fui à casa dela. Eu me senti muito mal quando uma pessoa me falou que eu era leprosa, que eu tinha lepra e, por isso, eu estava doente e iria ficar ainda pior, toda podre. u.c.i. 6: 29-38a / Marituba / gi=1 / rh=sim. (u.c.e. nº 137 $\chi^2=23$).

Me chamar de leprosa e arrumar mulher na rua. Nenhuma mulher gosta disso. u.c.i. 3: 29-38a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. nº 76 $\chi^2=23$).

Dizem que pega, por isso eu disse logo para a minha filha que estava doente, que era lepra. Era assim que chamavam antes, lepra. u.c.i. 25: 39-48a / Ananindeua / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. nº 551 $\chi^2=22$).

A minha mãe também sofreu muito preconceito, ela vendia tacacá e o pessoal dizia que não iria tomar tacacá feito por leprosa. u.c.i. 15: 39-48a / Marituba / gi=2 / rh=não. (u.c.e. nº 335 $\chi^2=18$).

O sentido dos discursos das mulheres contidos nas u.c.e. supracitadas remetem ao impacto social e psicológico que sofriam ao serem chamadas de leprosas, pois essa alcunha, resistente aos avanços da ciência, causa mal-estar por evocar pessoas mutiladas, feias, com os corpos caindo aos pedaços e isoladas da sociedade, gerando graves alterações na autoimagem e autoestima de tais mulheres, que passavam a se ver desfiguradas, repulsivas e com dificuldades de relacionamentos. Isso pode ser mais bem entendido se associado ao choro incontrolado de tais mulheres ante os relatos supracitados, tendo-se que pausar as entrevistas em vários momentos, deixá-las chorar, segurar suas mãos, oferecer-lhes água, perguntar se gostariam que chamasse o psicólogo ou o médico ou se queriam parar e não mais responder as perguntas. No entanto, nenhuma delas pediu a presença de outro profissional ou desistiu de participar da pesquisa.

No Brasil o termo “lepra” foi abolido e substituído pela palavra “hanseníase”. Na década de 70, Abrão Rotberg propôs a mudança da terminologia de “lepra” para “hanseníase” com vistas a diminuir o estigma (FEMINA, 2007). Em 1975, o Ministério da Saúde do Brasil, através do Decreto n. 76.078 (BRASIL, 1975), adotou o termo “hanseníase”. Em 1995, o decreto virou Lei federal número 9.010 (BRASIL, 1995), tornando-se obrigatório usar o termo “hanseníase” ao invés do termo “lepra”. Porém, neste estudo constata-se que ainda hoje a palavra “lepra” continua sendo usada para denominar ou servir de parâmetro para a hanseníase.

A hanseníase é uma doença cuja principal via de eliminação dos bacilos é a aérea superior, sendo o trato respiratório a mais provável via de entrada do *Mycobacterium leprae*

no corpo. Assim, a transmissão se dá pela eliminação do bacilo através das gotículas oronasais de um portador multibacilar (Virchowianos e Dimorfos) que não tenha iniciado o tratamento específico, para as vias aéreas superiores de uma pessoa suscetível (BRASIL, 2010b).

No entanto, as pessoas têm um imaginário sobre o contágio que acaba influenciando e atravessando a representação social da hanseníase, por mais que se tenha o discurso técnico-científico da desconstrução disso. Mesmo que as mulheres acometidas pela doença sejam orientadas com relação ao contágio e à multidrogaterapia e seu efeito deletério ao bacilo, tornando-o incapaz de infectar outras pessoas na primeira dose. Ainda assim, as crenças sobre o contágio perduram no imaginário, sendo evidenciadas por frases que nutrem as credices e mitos, e geram comportamentos significantes, tais como: separar louças e talheres; não beijar; não tocar; afastar as crianças, dentre outros. Esses comportamentos aludem a tratar-se de uma representação do contágio pelos líquidos corporais. Esses resultados são similares aos encontrados por Moreira; Moryia (1998) em estudo sobre os aspectos psicossociais da epilepsia e Jodelet (1998) em um estudo sobre o contágio da Aids.

A maior preocupação dessas mulheres era o fato de se tornarem objeto de preconceito e discriminação em qualquer lugar em que estivessem. Então, não haveria um refúgio melhor para fugir do estigma do que a vida privada no lar, entre os familiares. Porém, é no lar, em que supostamente encontrariam apoio e compreensão dos familiares para a superação dos problemas decorrentes da doença, onde começa o preconceito.

Tem pessoas que são preconceituosas, quando a minha família descobriu que eu estava doente todo mundo se afastou de mim. A minha mãe foi a primeira a se afastar por medo, ela mora em um município próximo, mas não me visita. Uma vez eu fui a casa dela e contei que estava doente, ela separou copo, prato e talher. u.c.i. 31: 29-38a / Marituba / gi=2 / rh=sim. (u.c.e. nº 660 $\chi^2=55$).

Só meu marido, meu pai, minha mãe e minhas irmãs sabem. Uma irmã ficou meio assim e eu briguei com ela, porque ela não queria beber no mesmo copo, comer com a mesma colher. u.c.i. 8: 18-28a / Ananindeua / gi=1 / rh=sim. (u.c.e. nº 178 $\chi^2=48$).

Eles se afastaram de mim. Eu senti que eles não queriam nem chegar perto de mim, me deram um copo para eu beber água, um prato e uma colher para eu comer. u.c.i. 15: 29-38a / Marituba / gi=2 / rh=sim. (u.c.e. nº 664 $\chi^2=35$).

A característica central da situação cotidiana da vida dessas mulheres consistia nos problemas sociais, ou seja, aqueles causados pelo preconceito, pela não aceitação da própria família e pelas situações constrangedoras a que eram expostas, corroborando assim com os estudos de Baialardi (2007).

As mulheres que concederam as entrevistas 8, 15 e 38, ilustradas nas u.c.e. supracitadas, manifestaram-se com titubeios, pausas longas, sinalização de negação através de balanço da cabeça, como se nem elas acreditassem que passaram por tais situações, ou tivessem vergonha de relatar as situações constrangedoras vivenciadas. Houve choros, suspiros profundos e encolhimento de ombros. Tais expressões denotam o sofrimento psíquico dessas mulheres ao sentirem-se humilhadas e excluídas pelos outros próximos, ou seja, com algum grau de parentesco com elas.

De acordo com Mendes (2004), a família é um sistema social primário e é nela que o indivíduo se desenvolve, é cuidado, aprende como viver socialmente, e promove o crescimento físico, pessoal e emocional. O modo de vida tem um papel determinante, porque é na família que são criados muitos dos hábitos referentes à saúde e ao equilíbrio biopsicossocial. Na visão desse autor, a família desenvolve um sistema de crenças, valores e atitudes ante a saúde e a doença que são evidenciados por meio dos comportamentos de saúde e doença dos seus membros (estado de saúde da família).

Nos momentos em que alguém da família passa por uma situação de estresse, na iminência de uma doença crônica estigmatizada e estigmatizante como a hanseníase, todo o grupo familiar é afetado. Para Casaes (2007), estando a família inserida em um grupo social, ela reproduz o conhecimento consensual desse grupo e, no caso de doenças estigmatizadas, o conhecimento popular preconceituoso emerge em alguns membros da família, que passam a adotar comportamentos estigmatizantes ante determinadas doenças.

Para Jovchelovitch (2008), o conhecimento comum produzido pela comunidade proporciona aos seus membros os parâmetros por meio dos quais as pessoas dão sentido ao mundo e relacionam suas próprias histórias a narrativas mais amplas da vida comunitária, as quais se enredam de tal maneira, que, quando a história de vida de uma pessoa é contada, ela reflete a história, os acontecimentos, as formas culturais e o comportamento de toda a comunidade.

Diante do exposto, pode-se afirmar que os comportamentos preconceituosos dos familiares das mulheres desta pesquisa com relação à hanseníase refletem o conhecimento popular arcaico e as crenças arraigadas no que concerne ao contágio da doença,

relacionando-o com o isolamento dos doentes e de tudo o que fosse por eles tocado, numa alusão à política vigente nos tempos em que a Colônia de Marituba ainda servia para abrigar e segregar os hansenianos. Esta análise é importante para se saber que o entendimento do preconceito sofrido por tais mulheres requer o conhecimento do comportamento de quem estigmatiza, sendo este muito mais abrangente por relacionar-se ao comportamento do grupo de pertença.

Ora, se a aceitação, de acordo com Goffman (1988), é uma grande questão para os estigmatizados, é porque eles se sentem inseguros em relação aos outros. A mulher com o corpo alterado pela hanseníase está sempre insegura em relação ao que pensam dela, como a receberão e como a identificarão. Decorrente disso, ela passa a ter comportamentos significantes por medo da rejeição e, assim, passa a não frequentar certos grupos sociais com os quais convivía anteriormente, deixa de vestir certas roupas e pode passar a evitar o contato afetivo-sexual em virtude do medo da rejeição do outro. Esta incerteza diante dos outros é ocasionada pelo fato de que, intimamente ou não, os outros podem defini-la em termos de seu estigma.

Eu não gosto mais de fazer, só faço por fazer. Quase sempre dói, dói as minhas pernas, enfim, dói tudo. Talvez eu não queira mais por revolta, por ele não me beijar mais, me chamar de leprosa e arrumar mulher na rua. Nenhuma mulher gosta disso. u.c.i. 3: 29-38a / Marituba / gi=1 / rh=sim. (u.c.e. n° 137 $\chi^2=23$).

Não quero mais. Tenho nojo de me deitar com ele. O pior é que toda vez ele vem com a mesma história e eu caio. Depois eu me arrependo e choro de raiva. É só para eu pegar filho, já são sete com esse menor que tem três meses. u.c.i. 6: 29-38a / Marituba / gi=1 / rh=sim. (u.c.e. n° 143 $\chi^2=45$).

A sexualidade passou a ter um papel secundário na vida dessas mulheres, seja porque a intimidade entre os casais desnuda e expõe o corpo ao olhar do outro, ou isso pode advir de uma reação negativa (*eu não gosto mais de fazer, só faço por fazer, não quero mais*) como resposta ao preconceito expresso pelo parceiro (*chamar de leprosa; não beijar mais*), ou pela exacerbção de sintomas provocados pelas reações hanseníacas, tais como o aparecimento de nódulos, neurites, aumento e piora das lesões corporais, dores generalizadas, artralguas entre outros (*Quase sempre dói, dói as minhas pernas, enfim, dói tudo*).

É evidente que o ponto fundamental das condutas das mulheres evidenciadas nas u.c.e. supracitadas refere-se ao preconceito e à submissão do corpo de tais mulheres aos

prazeres sexuais de seus parceiros, mesmo sentindo-se ultrajadas, sem vontade de relacionarem-se sexualmente, sofrendo dores e não tendo prazer durante o ato sexual.

Esses resultados corroboram os de Oliveira; Gomes e Oliveira (1999), ao constatarem que a hanseníase não é um óbice para o ato sexual, porém pode servir de barreira para algumas manifestações de afeto tais como o beijo; e que, mesmo as mulheres não sentindo prazer no ato sexual, elas figuram como objeto de satisfação dos homens, servindo-os, fazendo do ato sexual uma obrigação pelo fato de serem mulheres.

Pode-se então inferir que a diminuição do preconceito da hanseníase, após a desativação dos leprosários, da mudança do termo “lepra” para “hanseníase”, e da cura alcançada a partir do tratamento, não foi suficiente para minorar as atitudes preconceituosas de mudança de postura da sociedade ante as mulheres que têm o corpo alterado pela hanseníase, sejam estas portadoras ou ex-portadoras de tal doença, uma vez que tais condutas estigmatizantes demonstram o desconhecimento sobre o modo de transmissão e contágio da doença. Assim, a ênfase em procedimentos excessivamente higiênicos, como a separação dos utensílios domésticos e o afastamento de qualquer coisa ou pessoa que a mulher possa contaminar pelo toque, tornando-a intocável, são supostamente utilizados como prevenção do contágio.

Ela não me deixava carregar o neném, porque achava que eu ia passar a doença para ele. Ela não dizia, mas eu descobri depois, quando outra tia me disse por que ela passava tanto na frente, tanto a minha tia como a filha dela e o marido, e tiravam sempre a criança da minha frente. / u.c.i. 33: 29-38a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. nº 692 $\chi^2=36$).

Uma vez fui à casa de minha irmã, eu gosto muito de criança, e quando eu fui abraçar os netos dela, uma das netinhas disse para os outros: a mamãe falou que não é para a gente ficar muito agarrada com a titia, não é para a gente ficar abraçando muito ela. Aquilo me doeu muito, fui para casa arrasada. u.c.i. 15: 39-48a / Marituba / gi=2 / rh=não. (u.c.e. nº 337 $\chi^2=28$).

O pior foi que a tia da minha filha levou a minha filha para morar com ela, para que ela não pegasse a doença. Eu estava totalmente só, a minha mãe não mora comigo e os meus irmãos é o mesmo que estar só, passam o dia na rua jogando bola. u.c.i. 20: 29-38a / Marituba / gi=2 / rh=sim. (u.c.e. nº 415 $\chi^2=18$).

A explicação para as condutas das mulheres (u.c.e. nº 415 / u.c.i. nº 20) refere-se ao fato de ser a hanseníase uma doença que passa de uma pessoa para outra, sendo, por isso, o

domicílio um espaço de risco. Assim, por desconhecer o tratamento e a ação dos medicamentos sobre os bacilos, recorre aos tempos em que os filhos eram tirados dos pais e levados aos preventórios como medida profilática, demonstrando ser este o conhecimento que a tia possuía sobre o contágio.

O desconhecimento demonstrado por alguns familiares conviventes das mulheres no que concerne ao contágio pode ser explicado da seguinte maneira: o controle dos contatos não é feito na URE; este deve ser realizado na unidade sanitária localizada no bairro em que o portador reside. Portanto, se a portadora não for muito bem orientada sobre a importância da ida dessas pessoas na unidade, ela não verá necessidade de levá-los e nem terá argumentos suficientes para convencer os seus contatos para irem à unidade submeter-se às atividades de controle. Como consequência, esse grupo deixa de receber as orientações que, *a priori*, deveria receber e difundir em seu meio; além disso, muitas das vezes estão doentes e não sabem, perdendo a oportunidade de serem diagnosticados e tratados precocemente.

A Portaria nº 1.073/GM de 26 de setembro de 2000 (BRASIL, 2000b), referente ao controle e eliminação da hanseníase, enfatiza a vigilância dos contatos domiciliares, pela importância epidemiológica desse grupo na detecção precoce de casos. Para fins operacionais, considera-se contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido nos últimos cinco anos com o doente, devendo a mesma ser submetida a exame dermatoneurológico e receber orientações quanto ao período de incubação, transmissão, sinais e sintomas da hanseníase, e do retorno ao serviço de saúde no caso de surgimento de qualquer alteração suspeita, além de duas doses da vacina BCG-id, com intervalo mínimo de seis meses entre a primeira e a segunda dose (BRASIL, 2002).

Outra reflexão acerca do controle dos contatos deve-se a que, sendo esse grupo chamado para submissão às atividades de controle, ele é alertado para a doença pelas próprias ações de controle do programa, e estas acionam o imaginário. Decorrente disso, as mulheres não podem lançar mão das estratégias de autoproteção como as citadas na classe 3, tais como: mentir sobre a causa das alterações em seus corpos, escondê-las por meio de roupas, ou deixando de ir a lugares que antes frequentavam, ou ocultar o diagnóstico e tratamento, pois as próprias ações de vigilância epidemiológica da doença se incumbem de torná-la pública pela chamada de seus contatos, os quais, muitas vezes, fazem o exame e recebem a vacina BCG. Porém, não recebem orientações sobre como agir e se cuidar e, com isso, são impedidos de acrescentar novos saberes aos já existentes, cerceando-os de difundirem conhecimentos

corretos sobre a doença e desconstruírem as crendices, mitos e ações errôneas sobre o contágio da hanseníase.

O sofrimento das mulheres ao tornar público que tinham ou tiveram hanseníase, e o modo como foram humilhadas e discriminadas pelos familiares, ou seja, por aqueles de quem elas esperavam apoio e compreensão, repercute em suas próprias representações da doença. O apoio da família é essencial para dar suporte às mulheres e, muitas vezes ajudá-las a superar o impacto do diagnóstico e o autopreconceito com relação à hanseníase, ajudando na adesão ao tratamento e na prática dos cuidados prescritos.

Porém, ao contrário dos debates anteriores, aparece a família provendo apoio afetivo, psicológico, humanístico e convívio social harmonioso, conforme os exemplos a seguir.

Dizem que pega, por isso eu disse logo para minha filha que estava doente, que era lepra. Era assim que chamavam antes, lepra. Ela disse: _mãe eu não quero sair de junto da senhora e nem afastar o meu filho. u.c.i. 25: 49-59a / Ananindeua / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. n° 551 $\chi^2=22$).

Eu digo sempre que só me importa a opinião de quem eu amo. Meu marido nunca mudou, ele é lindo, nunca tocou no assunto. Minha família, também, pai, mãe e irmãos sempre me apoiaram. Em nenhum momento, tanto por parte da família do meu marido quanto da minha, me trataram de outra maneira. u.c.i. 29: 29-38a / Ananindeua / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. n° 623 $\chi^2=23$).

Minha mãe foi minha melhor amiga, se não fosse ela eu não estaria de pé. Depois, meu pai me falou que ele ficava imaginando se quando ele chegasse em casa ia me encontrar bem ou se eu ia estar inchada com reação. u.c.i. 33: 29-38a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. n° 707 $\chi^2=20$).

Filhos, mãe e irmãos não excluem a gente [...]. u.c.i. 12: 39-48a / Ananindeua / gi=zero / rh=não. (u.c.e. n° 283 $\chi^2=24$).

Em relação às pessoas que não faziam parte da família, uma estratégia utilizada pelas mulheres que compuseram a classe 3 para lidar com a hanseníase foi o segredo. O medo de revelar o diagnóstico deve-se ao medo da humilhação, da perda e afastamento dos amigos, tendo em vista que ainda hoje a hanseníase é associada à lepra e ao preconceito. Nesta classe as mulheres optaram por contar aos amigos ou alguém se incumbiu de fazê-lo, tornando pública a doença e expondo-as ao preconceito e afastamento dos ‘amigos’, reiterando os resultados da classe 3, no que concerne ao preconceito. Vale lembrar que o isolamento

compulsório em instituições asilares ocorreu há mais de 50 anos, mas nos dias atuais ainda existem portadores ou ex-portadores de hanseníase em desvantagens, quando os mesmos procuram isolar-se de familiares, amigos e muitas vezes não conseguem se inserir no mercado de trabalho.

Meus amigos se afastaram de mim, minhas amigas também se afastaram. u.c.i. 15: 39-48a / Marituba / gi=2 / rh=não. (u.c.e. n° 343 $\chi^2=25$).

Quando eu falo em excluir, falo daqueles que diziam que eram amigos e que foram se afastando aos poucos. u.c.i. 12: 39-48a / Ananindeua / gi=zero / rh=não. (u.c.e. n° 283 $\chi^2=24$).

Falei para poucos amigos, porque existem muitas pessoas que têm preconceito. Os que eu falei se afastaram. u.c.i. 35: 29-38a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. n° 753 $\chi^2=50$).

Cabe aqui ressaltar que esta foi uma classe constituída por conteúdos que traduziram sentimentos de tristeza, impotência, humilhação, baixa autoestima e atitudes de conformismo com a situação vivida por estas mulheres. A linguagem corporal comunicada por elas durante as entrevistas materializou os sentimentos decorrentes da vivência do estigma e do preconceito. Isso pôde ser constatado em manifestações como choro, que algumas vezes chegou ao pranto, cabeça e olhos baixos, contração dos ombros e cruzamento de braços em torno de si mesmas.

No início das entrevistas, seis mulheres tentaram demonstrar que a situação vivida não as abalava, investiram em sorrir, mas foram traídas pela contração quase involuntária dos músculos da face, mantendo-se com os olhos baixos. Por vezes, falaram em tom irônico sobre as suas vivências. Porém, no meio dos discursos titubearam, pausaram suas falas, diminuíram o tom de voz, lacrimejaram e choraram. Cabe ressaltar que o choro ocorreu em muitos momentos das entrevistas, sendo recorrente com todas as mulheres, em especial, nas questões que levaram à produção de discursos que formaram a classe 4.

Em síntese, as ideias sobre o contágio da hanseníase remetem às experiências com a antiga Colônia de Marituba, à história da lepra, ao preconceito, ao isolamento do doente, ao afastamento de familiares e a tudo o que fosse por ele tocado, de modo a interromper a cadeia de transmissão da doença.

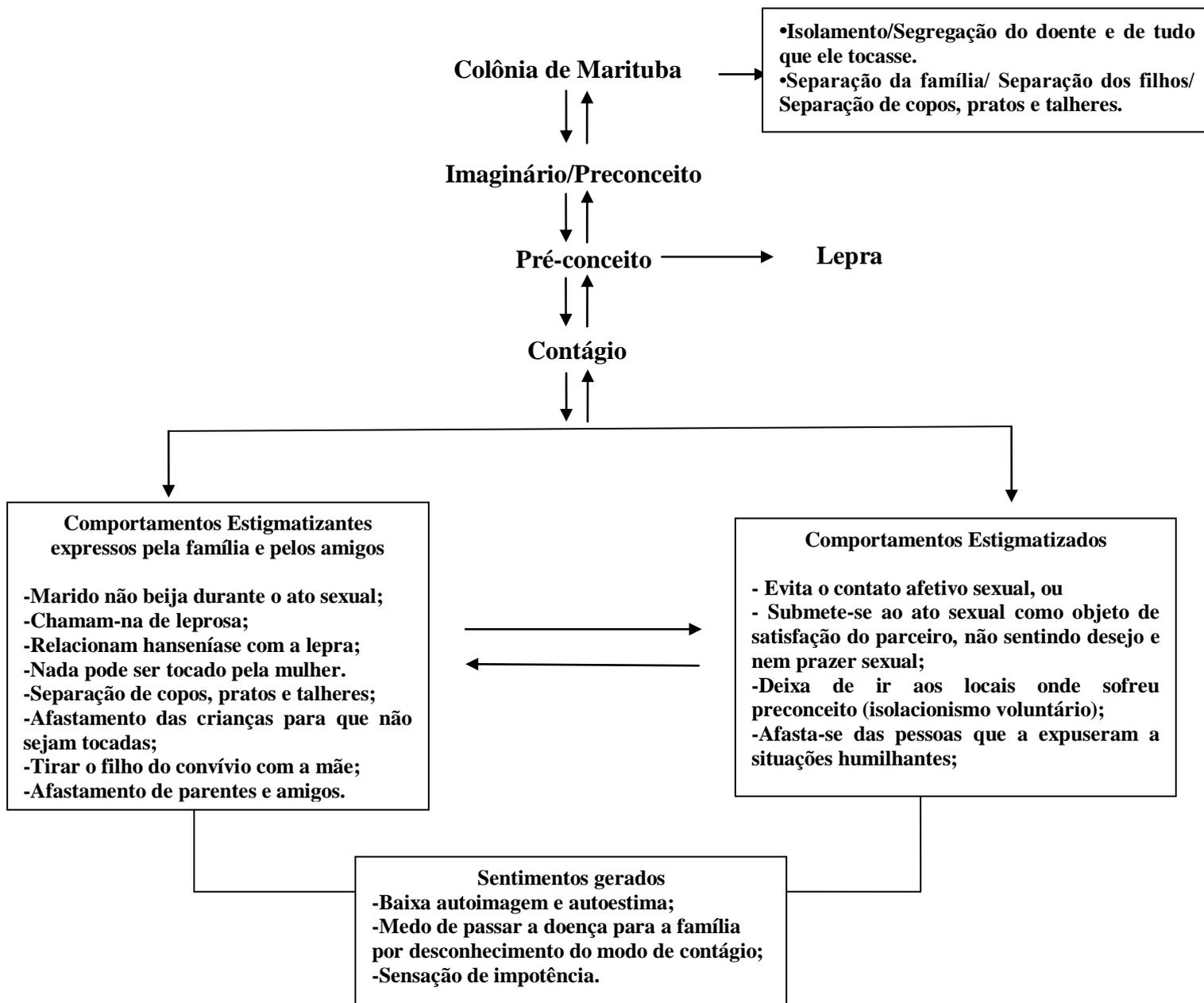
Diante disso, os familiares e amigos, alertados pelas ações do Programa de Controle da Hanseníase, ficam cientes da doença de seu familiar, e alguns comportamentos significantes e estigmatizantes contra as mulheres são adotados por desconhecimento acerca

do modo de contágio, por isso, tentam proteger-se amparados em ideias arcaicas construídas sobre o contágio. Tais comportamentos reproduzem o pensamento do grupo de seus pertencimentos, hierarquizado e justificado por representações sociais marcadas por preconceitos que acabam por gerar distanciamento social de seus membros, mesmo em situações de proximidade.

Assim, veiculam-se nos depoimentos das mulheres os seguintes comportamentos significantes e estigmatizantes: os maridos mantinham com elas relações sexuais, mas não as beijavam na boca; chamavam-nas de leprosas; separavam copos, pratos e talheres; afastavam as crianças para que não fossem tocadas pela mulher. Estas, por sua vez, também aprendiam a viver socialmente com o preconceito, resguardando-se de novas exposições a situações humilhantes, passando a adotar comportamentos significantes e estigmatizados, tais como: evitavam o contato afetivo sexual ou submetiam-se ao ato sexual como um objeto de satisfação de seus parceiros, pois não conseguiam sentir prazer; deixavam de ir aos locais onde sofreram preconceito e afastavam-se das pessoas que as expuseram a situações humilhantes.

Essa síntese aponta elementos que, em articulação, conduzem a organização de um esquema explicativo das representações sociais do contágio pela hanseníase, representado na Figura 9.

Figura 9 - Esquema explicativo das representações sociais sobre o contágio



Fonte: Produção da pesquisadora.



CAPÍTULO 6

**O CUIDADO DE SI COMO ESTRATÉGIA DE
RESGATE AO CORPO ANTERIOR**

CAPÍTULO 6

O CUIDADO DE SI COMO ESTRATÉGIA DE RESGATE AO CORPO ANTERIOR

6.1 CLASSE 1 – CUIDANDO DO CORPO QUE EU SOU PARA VOLTAR AO CORPO QUE EU FUI: A PRÁTICA DO CUIDADO DE SI

Hoje estou escura, manchada, cheia de pintas vermelhas, cheia de caroços, meus dedos inchados. Acho que estou fora do que é normal, de como era. É muito diferente, a minha pele está diferente, é mais escura, cheia de pinta vermelha, é engelhada.

u.c.i. n° 13

Esta é uma classe constituída por 153 u.c.e. e 109 palavras analisáveis, correspondendo a 21% do total do *corpus*. O Quadro 5 mostra as palavras representativas da classe 1. Observa-se que o corte gerado pelo programa se deu com as palavras de χ^2 igual ou superior a 24.

Quadro 5: Palavras representativas da classe 1

RADICAL	χ^2	PALAVRAS	DICIONÁRIO*
corpo	147	corpo	170
bonit	136	bonito	34
manch	75	manchas	37
limp	70	limpa	14
higiene	64	higiene	22
banho	56	banho	21
pel	50	pele	70
cheir	44	cheirosa	09
cabelo	43	cabelo	13
hidrat	39	hidratante	24
unha	38	unhas	15
creme	38	creme	21
fei	35	feia	12
mulher	34	mulher	30
lis	33	liso	05
gord	31	gorda	13
pint	31	pintar	09

perfum	29	perfume	03
agora	28	agora	41
praia	28	praia	09
carocos	28	caroços	15
bel	26	beleza	09
academia	26	academia	07
vaidos	24	vaidosa	08
saudavel	24	saudável	10

Fonte: Quadro construído a partir do relatório resumido de resultados do Alceste (Anexo C).

*Significa a forma completa da palavra associada à sua raiz, com a frequência com que foi citada nos discursos que compuseram a classe.

Nos resultados da classificação hierárquica descendente feita pelo Programa ALCESTE (Figura 7, Anexo C), no que tange a esta classe, não houve menção de variável característica.

A ideia-síntese desta classe se organiza em torno do cuidado, de maneira genérica às mulheres, pois todas cuidavam do corpo em busca de uma aparência melhor, o que pode explicar não terem aparecido variáveis características nesta classe, pois se trata de cuidados com o corpo inerentes a todas as mulheres do estudo, na tentativa de interromper o curso da doença e voltar ao corpo que tinham antes das alterações corporais.

Levando em consideração as palavras com maior qui-quadrado, ou seja, aquelas mais representativas da classe, tais como: corpo, bonito, manchas, limpa, higiene, banho e pele, associadas às u.c.e contidas na classe, infere-se que essa classe se organiza em torno do corpo, mais precisamente os cuidados com o corpo, sendo que tais cuidados estéticos (com vistas a melhorar a aparência pessoal) e básicos (que todos devem ter, como a higiene, lavar as mãos, etc.) seguem um referencial de temporalidade, e, transversal a este, surge o referencial biomédico referente à saúde e à doença. Assim, surgem comparações entre o corpo que tinham antes (o da saúde) e o corpo que têm hoje (o da doença).

Se for hoje, uso muito creme para minha a minha pele, que é muito seca. Não pego sol, uso protetor solar e sombrinha. Não como remoso⁵. Continuo pintando meu rosto, minhas unhas

⁵ A expressão “Não como remoso” significa, no contexto da u.c.e exemplificada, que a mulher não se utiliza de alimentos que possam agravar sua doença. Se a pessoa possuir algum ferimento séptico e comer uma comida dita remosa, pode agravar o quadro clínico, ou seja, piorar a infecção, ou mesmo desencadear um processo infeccioso, no caso de um ferimento asséptico. São consideradas comidas remosas os alimentos que levam os

e meu cabelo. Eu sou vaidosa. Eu adorava me bronzear, usar água oxigenada para ficar com os pelos loiros, usava roupas decotadas. u.c.i. 22: 39-48a / Ananindeua / gi=2 / rh=sim. (u.c.e. n° 468 $\chi^2=22$).

Em um corpo bonito, bem estruturado, saudável, pele bonita, limpa. Se cuidar sempre. Procurar não descuidar porque senão pode adoecer. Porque o corpo é a saúde da pessoa. Ir ao médico, fazer ginástica, não fumar, não beber, cuidar da pele e do cabelo. Hoje ele está feio, cheio de manchas, não é mais saudável como antes. u.c.i. 38: 18-28a / Ananindeua / gi=1 / rh=não. (u.c.e. n° 793 $\chi^2=22$).

Não, antes era bonito, a minha pele era limpa, não tinha essas coisas. Tudo quanto é coisa aparece agora. Hoje eu tenho um corpo diferente do corpo de antes. Antes eu não tinha essas mazelas. u.c.i. 19: 18-28a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. n° 401 $\chi^2=20$).

O contexto indicado por esta classe alude à beleza do corpo, relacionando-a à aparência saudável. Há uma valorização do corpo belo e saudável, que ainda pode ficar melhor com determinados tipos de cuidados, como: malhar, não engordar, cuidar da pele e do cabelo, usar maquiagem, se bronzear e exibir marca de biquíni, tomar banho e passar cremes no afã de adquirir uma pele limpa, lisa e macia, ter uma alimentação equilibrada, não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas. Enfim, ter uma aparência sensual, uma pele aveludada e um corpo capaz de atrair a atenção de outras pessoas. Nesse contexto lexical, os olhares atraídos para a aparência devem ser de admiração e não por preconceito, como nas classes 3, 4 e 2.

Este outro corpo, corpo diferente, o corpo de agora, o corpo de hoje, refere-se a um corpo que carrega consigo algum tipo de alteração causada pela Hanseníase, por ser esta uma doença que acomete a pele e os nervos periféricos, e que acaba por comprometer a aparência das pessoas.

Tal comprometimento se dá porque o bacilo de Hansen é um parasita intracelular, infecta as células, tendo tropismo pelas fibras nervosas, atingindo desde as terminações da derme até os troncos nervosos. As lesões na pele e a dos nervos periféricos se iniciam pelo comprometimento dos melanócitos, levando à mácula hipocrômica, primeira manifestação do bacilo na pele, e também nas células de Schwann, sendo a desmielinização a primeira manifestação da doença no nervo (GARBINO, 2006).

A reação do tecido à ação do bacilo pode ter respostas variadas, desde a de não ter alterações funcionais até a destruição dos nervos periféricos, comprometendo suas funções.

seguintes ingredientes: peixes de pele, crustáceos e todos os tipos de mariscos, pato no tucupi, porco, maniçoba, vatapá, quelônios em geral (tartaruga, jabuti, muçua, tracajá, etc.), qualquer tipo de caça, dentre outros.

Disso decorrem dores intensas, hipersensibilidade do nervo, edema, déficit motor e sensitivo. Há também ocorrência de neurites sem dor, ditas silenciosas. Assim, sua intensidade, extensão e distribuição dependem da forma clínica, da fase evolutiva da doença e do agravamento do dano neural nos episódios reacionais, podendo acometer ramos cutâneos ou o tronco do nervo (BRASIL, 2008).

O acometimento das fibras autonômicas leva à diminuição ou perda da sudorese e lubrificação da pele, causando ressecamento e o aparecimento de fissuras, infecções e deformidades. No que concerne às fibras sensitivas, destaca-se a perda da sensibilidade à dor, ao frio, ao calor e, mais tardiamente, também ao tato. Quando ocorre lesão do tronco dos nervos periféricos, há acometimento sensitivo, autonômico e motor no território do(s) nervo(s) afetado(s), resultando em perda de todas as formas de sensibilidade (anestesia) e de parestesia, paralisia e atrofia muscular (*op cit.*, 2008).

Todas as formas clínicas apresentam lesões em nervos periféricos. O espessamento, a dor espontânea à palpação e a induração são características da hanseníase e podem se apresentar focal ou difusamente ao longo do nervo, principalmente nos locais de aprisionamento nos túneis osteoligamentares, podendo se apresentar como nodosidades (consequência dos granulomas e abscessos) e irregularidades (GARBINO, 2000).

As perdas de função dos axônios sensitivos, neurovegetativos e motores limitam ou incapacitam a execução de algumas atividades da vida diária (AVDs) e laborativas; tornando-se mantenedoras e causadoras, em potencial, de mais e maiores incapacidades, mesmo depois de cessadas as reações, sendo agora decorrentes das paralisias (GARBINO; OPROMOLLA, 2003). Tais incapacidades dão visibilidade corporal à doença, pois levam a contraturas, atrofia e deformidades.

Definidas as alterações mais comuns causadas pela hanseníase de modo a organizar o pensamento e facilitar o entendimento desta classe, as concepções foram sendo comunicadas a partir de léxicos que aludiram à classificação dos corpos em uma linha temporal, do passado e do presente, e biomédica, da saúde (passado) e da doença (presente).

O passado é o da saúde, aquilo que se tinha, o que se era, o que se perdeu, e o presente é o da doença, aquilo em que se está, o que se é, o que se tem (não o que se ganhou, pois a doença não é referida nos discursos pelo sentido da dádiva). Dessa forma, na construção das concepções de corpo para as mulheres pesquisadas, há claramente esta delimitação entre o corpo de outrora e o corpo atual, objetivamente demonstrada na pergunta

feita pela pesquisadora, quando esta lhes solicitava a falarem sobre os seus corpos e os cuidados com estes.

Eu era bem branca, hoje estou escura, engordei, estou inchada, minha pele já não é lisa como antes. u.c.i. 17: 18-28a / Ananindeua / gi=zero / rh=não. (u.c.e. n° 358 $\chi^2=19$).

Hoje eu mudei um pouco [...]. Era muito diferente, eu tinha uma pele bonita, era uma pele rosada, sem mancha, lisa, sem nada. Agora estou toda manchada, cheia de nódulos, com muitas dores e o meu rosto ficou todo escuro. u.c.i. 22: 39-48a / Ananindeua / gi=2 / rh=sim. (u.c.e. n° 474 $\chi^2=23$).

Hoje ele está feio, cheio de manchas, não é mais saudável como antes. u.c.i. 38: 18-28a / Marituba / gi12 / rh=não. (u.c.e. n° 793 $\chi^2=22$).

Antes era bonito, a minha pele era limpa, não tinha essas coisas [...] Hoje eu tenho um corpo diferente do corpo de antes. u.c.i. 19: 18-28a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. n° 401 $\chi^2=20$).

A dimensão estética do corpo toma vulto e orienta as sensações de estranhamento à formação da nova imagem e dos novos sentidos que requerem a emergência dos cuidados de si com o corpo.

Essa dimensão se sustenta nas mudanças corporais e suas repercussões tanto no corpo físico quanto no afetivo, bem como nos significados atribuídos pelas mulheres aos seus corpos.

Dimensão estética do corpo: O belo (sadio) e o feio (doente): elementos significativos na construção das representações

O belo e o feio são adjetivos impostos à imagem do corpo e servem para classificar as pessoas na sociedade. A partir dessa classificação definem-se grupos, ganhos e perdas, e determinam-se, inclusive, ocupações de espaços sociais (FERREIRA, 1999).

A análise mostra que a beleza e a feiura aparecem concomitantes com a classificação do corpo saudável ou doente. Ambas as classificações emergem como polos antagônicos e bem delimitados, sem muitas possibilidades de intercâmbio entre eles.

Eu tinha muito orgulho do meu corpo, eu era uma mulher limpa, tinha um corpo bonito e limpo, sem mancha nenhuma. Horrível, fico com medo de não mais ficar boa. u.c.i. 11: 39-48a / Ananindeua / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. n° 240 $\chi^2=23$).

Era muito diferente, eu tinha uma pele bonita, era uma pele rosada, sem mancha, lisa, sem nada. Agora, estou toda manchada, cheia de nódulos, com muitas dores e o meu rosto ficou todo escuro. u.c.i. 22: 39-48a / Ananindeua / gi=2 / rh=sim. (u.c.e. nº 474 $\chi^2=23$).

Não se pode estudar o corpo sem considerar o meio sociocultural, pois o corpo carrega marcas sociais nas suas técnicas, nos seus gestos, nas suas formas e nas suas aparências (LE BRETON, 2003, 2006). Para esse autor (2006), estando o corpo atrelado à estrutura social e cultural, ele também sofre mudanças de acordo com as épocas, o que significa dizer que as representações sobre o corpo são engendradas nas visões de mundo em cada sociedade.

Nesse aspecto, segundo Silva, J. (2009), a diferenciação entre o sadio e o doente ou entre o normal e o patológico é muito viva no imaginário e no discurso dos moradores de Marituba, onde muitas pessoas usam a hanseníase como referência para expressar se têm ou não saúde, não importando se vivem em estado de extrema carência, em precárias condições de moradia e se não existe saneamento básico.

Para as mulheres deste estudo a concepção de perfeição do corpo baseia-se na ausência de alterações na pele. Assim, imagens de perfeição e limpeza estão atreladas ao que, para elas, seria o corpo perfeito. Dessa forma, o belo e o feio estariam condicionados à integridade da pele e esta, segundo as depoentes, deve estar lisa, sem manchas, clara e bem hidratada (PAZ, 2003).

Um corpo bonito, bem estruturado, saudável, pele bonita, limpa. [...] Hoje ele está feio, cheio de manchas, não é mais saudável como antes. u.c.i. 38: 18-28a / Marituba / gi=1 / rh=não. (u.c.e. nº 793 $\chi^2=22$).

O autoconceito e a autoimagem são importantes e trazem influências para o estilo de vida das pessoas. A não aceitação da nova imagem, pela mudança corporal abrupta, gera um estranhamento de si nas mulheres. O corpo transformado em algo repulsivo e fora dos padrões altera as formas de convívio e por vezes limita as participações sociais (SILVEIRA; SILVA, 2006).

Segundo Santanna *et al.* (2003), as implicações psíquicas de doenças socialmente estigmatizadas são grandes, pois os seus portadores passam a ser confundidos com suas doenças e com os significados simbólicos a elas atrelados. Para esse autor, portar uma doença que tem uma conotação negativa implica ser visto como um indivíduo com qualidades negativas.

Nesta classe, semelhante à classe 3, aparecem objetivações e ancoragens ligando-se ao preconceito e, também, pejorativas numa menção à autoimagem alterada.

Eu penso num corpo engelhado, cheio de micose, com casca. Assim, que nem ferida. Se bem que tem vários tipos de hanseníase. u.c.i. 38: 18-28a / Ananindeua / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. nº 395 $\chi^2=23$).

Hoje estou escura, manchada, cheia de pintas vermelhas, cheia de caroços, meus dedos inchados, tudo engelhado. Parece pele de sapo. Acho que estou fora do que é normal, de como era. É muito diferente, a minha pele está diferente, é mais escura, cheia de pinta vermelha, e engelhada. u.c.i. 13: 29-38a / Marituba / gi=2 / rh=sim. (u.c.e. nº 292 $\chi^2=21$).

Hoje eu me vejo como um feijão podre. Toda vez que eu cato feijão e vejo um feijão podre no meio, tenho que separar o podre dos bons. u.c.i. 10: 39-48a / Marituba / gi=1 / rh=não. (u.c.e. nº 206 $\chi^2=26$).

A organização dos discursos supracitados possibilita identificar que a representação se constrói a partir de um empenho cognitivo do sujeito em entender o que acontece no seu corpo em decorrência da doença. Nesse empreendimento, observa-se a objetivação na imagem do sapo, que causa repulsa, e do feijão – que necessita ser separado por estar podre. O processo de objetivação e ancoragem na imagem do grão de feijão, por exemplo, faz parte do universo cotidiano feminino da dona de casa. O preparo desse alimento implica em um processo que se assemelha ao isolacionismo social compulsório pelo qual os hansenianos foram submetidos no passado: a separação física com a reclusão nas colônias. Ao remeter o pensamento à ideia da seleção dos feijões podres e separá-los dos bons, os fragmentos de textos contidos nessa u.c.e. retoma de forma significativa a ideia do contágio e da segregação.

A autopercepção negativa da doença adquire uma espessura ainda maior ao se associar as palavras aos sentimentos de tristeza verbalizados e expressos nos olhares, no pranto inconsolável, no desespero e outras formas de comunicação não verbal, captadas no decorrer da produção dos dados e registradas no caderno de notas.

A convivência com o novo corpo e o cuidado de si

Os caminhos que as mulheres percorrem ao buscarem amenizar as alterações corporais impostas pela hanseníase, não só pelo aspecto clínico da doença como pelo aspecto social da estigmatização, se constituem de medidas de enfrentamento e alívio à forte carga

emocional vivenciada, materializadas sob a forma de cuidado de si como esperança de prevenção, preservação da vida e enfrentamento do medo do que possa vir a acontecer.

Assim, o cuidado de si relativo ao corpo subdivide-se em: 1) Cuidados Básicos; 2) Cuidados Estéticos; 3) Cuidados Demandados pela Doença.

Sobre os cuidados básicos, os resultados apontam para os cuidados cotidianos com o corpo, que têm a ver com a manutenção da saúde, os quais compõem as atividades da vida diária, como: os ligados à higiene e à busca de assistência médica com vistas a não adoecer. Na especificidade do corpo feminino, destacam-se, também, no conjunto de cuidados, os relacionados à estética corporal, como: bronzear-se, hidratar a pele através do uso de cosméticos, o uso de adereços, maquiar-se, perfumar-se, manter-se no peso ideal, entre outros.

Sobre os cuidados demandados pela doença, os resultados denotam a potencialização de muitos dos cuidados classificados como básicos, uma vez que a enfermidade traz consequências que comprometem a integridade corporal e a funcionalidade do corpo. Isso significa que há uma valorização do cuidado de si, outrora negligenciado em atenção ao seu corpo sadio (SILVA *et al.*, 2010). Assim, observa-se o uso de superlativos pelas mulheres, através do emprego do advérbio *mais*, no intuito da valorização dos cuidados que lhes são necessários: *Hoje eu uso mais protetor solar que antes; Tem que ser mais cuidadosa.*

Em outro conjunto de cuidados que emerge nos resultados estão os que se relacionam a especificidade do tratamento da hanseníase, usados para minimizar os efeitos colaterais dos medicamentos ou da ação do agente infeccioso sobre a pele e os nervos periféricos, tais como o uso de sombrinhas, protetor solar, hidratante, entre outros.

Os cuidados com a higiene corporal foram enfatizados como primordiais para a manutenção da saúde. Nessa ótica, ser saudável é estabelecer bons hábitos e compreender que todo corpo merece carinho especial e que esse cuidado traz benefícios em forma de saúde.

Apesar dessas cicatrizes, a mulher deve cuidar do seu corpo, ter uma boa higiene pessoal, tomar banho, vestir roupa limpa, ter zelo consigo mesmo. u.c.i. 10: 29-38a / Ananindeua / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. n° 506 $\chi^2=22$).

Higiene do corpo todo, limpar as unhas, limpar as mãos, limpar os cabelos, lavar muito o corpo, se arrumar [...]. u.c.i. 23: 29-38a / Ananindeua / gi=2 / rh=sim. (u.c.e. n° 481 $\chi^2=20$).

(*) O que você quis dizer? cuidados próprios (é mais pessoal) ou cuidados apropriados (= cuidados adequados – mais relativos à condição da pessoa).

Segundo Foucault (2009) uma das formas do cuidado de si refere-se à ação de ocupar-se de si. Para ocupar-se de si urge conhecer a si, o que requer um retornar para si através de atos referentes à atenção, ao olhar e à percepção, para conhecer o que importa constituir-se em cuidados próprios. Estes consistem em ações que envolvem cuidados com o corpo, exercícios físicos, controle de peso, dentre outras.

O autocuidado com o corpo exige conhecimentos e a observação de si mesmo para a tomada de consciência daquilo que é maléfico nos seus hábitos rotineiros, na sua forma de agir e de pensar (PAZ, 2003). Assim, a auto-observação regular emerge da análise dos dados como um cuidado aliado à detecção precoce de doenças.

Procurar um médico imediatamente caso encontre alguma mancha no corpo. Tem que cuidar da aparência e fazer ginástica. u.c.i. 41: 18-28a / Ananindeua / gi=zero / rh=não. (u.c.e. nº 822 $\chi^2=28$).

Se cuidar sempre. Procurar não descuidar porque senão pode adoecer. Porque o corpo é a saúde da pessoa. Ir ao médico, fazer ginástica. u.c.i. 38: 18-28a / Ananindeua / gi=1 / rh=não. (u.c.e. nº 793 $\chi^2=22$).

Deve evitar engordar exageradamente, porque tem o problema de colesterol e da pressão alta. Tem que cuidar da pele, não pegar muito sol, hidratar o rosto e ir ao médico regularmente. u.c.i. 35: 29-38a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. nº 736 $\chi^2=20$).

Não se deve esquecer a influência da mídia na construção de corpos e práticas de cuidado de si, diariamente lembradas por imagens de mulheres belíssimas recomendando produtos estéticos milagrosos e que, se usados, propiciam a aquisição da tão aspirada beleza. Observa-se que a estética importa à estruturação da representação social do corpo e sustenta um discurso sobre a saúde, associando cuidados que ora remetem à manutenção/reabilitação da funcionalidade corporal, ora ao seu embelezamento, sobretudo nas mulheres (FERREIRA, 1999).

Para Samarão (2007), as imagens possuem função epistêmica, função simbólica, que originam um significado, causando sensações e emoções no espectador, que, mesmo sem conhecer, reconhece um signo veiculado pela escola e pela mídia (ORTIZ, 2006). Assim, ao ver uma imagem, o espectador a toma como representação de seu cotidiano (PESAVENTO, 2005).

O predomínio da estética e sua importância na manutenção da autoimagem socialmente aceita podem ser exemplificados no contexto das u.c.e. que contemplam os

segmentos de falas abaixo, quando as depoentes, ao produzirem os discursos sobre como viam o corpo feminino e quais cuidados deveriam ter com seu corpo, associavam aos cuidados diários duas finalidades: a da higienização do corpo, que tem aderência aos discursos da saúde, e a da estética corporal:

Vem na minha cabeça sexo, uma mulher quente, gostosa. Uma mulher com o corpo bonito, liso, sem manchas, bronzado e com marca de biquíni. Higiene, depilação, hidratação do corpo, pintar as unhas, cuidar do cabelo, fazer ginástica e se maquiar. Vejo um corpo normal. u.c.i. 32: 39-48a / Marituba / gi=1 / rh=não. (u.c.e. n° 675 $\chi^2=40$).

Beleza, juventude, corpo sarado, corpo sexy. [...] Preventivo, cuidado com os seios, uma boa higiene, hidratar a pele, estar sempre limpa e cheirosa. u.c.i. 10: 39-48a / Marituba / gi=1 / rh=não. (u.c.e. n° 206 $\chi^2=26$).

No meu corpo, em um corpo bonito, bem feito, com os seios bonitos, com as pernas grossas. Precisa ter higiene, lavar bem o corpo, tomar banho três vezes ao dia, usar uma roupa bonita, andar bem perfumada, cheirosa, maquiada, cabelos bonitos, pintados, comprido. u.c.i. 18: 18-28a / Ananindeua / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. n° 394 $\chi^2=25$).

A beleza do corpo aparece nas representações de várias mulheres, corroborando com os resultados da pesquisa de Ferreira (1999). Na atualidade, não estar bonita pode indicar um grande fracasso, provocando a perda da autoestima e causando insegurança (CURY, 2005). Segundo Castilho (2001), a autoestima feminina centrada apenas na aparência torna as mulheres mais vulneráveis a uma imagem corporal negativa, bem como aos seus efeitos negativos.

No entanto, uma perfeição superficial, baseada apenas na aparência, pouco tem a ver com os valores e atitudes relativos à saúde, tão importantes para a formação da identidade e maneiras de se comportar segundo as regras de conveniência social (PEREIRA; DOIMO; KOWALSKI, 2009).

Penso logo em uma mulher alta com um corpo bem feito, com a pele clara, limpa, bem hidratada, que tenha um rosto bonito e sem marcas, um cabelo muito bem tratado. u.c.i. 36: 18-28a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. n° 759 $\chi^2=22$).

Cuidados com o corpo demandados pela doença

Conforme a discussão posta, cuidar do corpo adquire um lugar preponderante na sociedade atual, em que se idealiza um corpo firme, bronzeado, protegido dos sinais do tempo, com a pele lisa e hidratada, com bom tônus muscular, sem flacidez e gordura. Para conseguir tais atributos, ou, pelo menos, aproximar-se de tais padrões, não há limites nos cuidados concernentes aos regimes alimentares, aos exercícios físicos, às cirurgias estéticas e aos “milagrosos” cremes de beleza. Então, tudo o que não se aproxima do ideal corporal feminino imposto pela cultura dominante torna-se marginalizado (LARINI; SIMÕES, 2009; PEREIRA; DOIMO; KOWALSKI, 2009).

Era muito diferente, eu tinha uma pele bonita, era uma pele rosada, sem mancha, lisa, sem nada. Agora, estou toda manchada, cheia de nódulos, com muitas dores e o meu rosto ficou todo escuro. u.c.i. 22: 39-48a / Ananindeua / gi=2 / rh=sim. (u.c.e. n° 474 $\chi^2=23$).

Na visão de portadores de doenças crônicas como a hanseníase, tal condição acarreta vários prejuízos; dentre estes se tem as perdas nas relações sociais, financeiras, da capacidade física, as limitações nas atividades de lazer e a diminuição da participação em atividades sociais (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2008).

Mas, paralelo a isso, a mulher não deixa de se cuidar e os cuidados de si emergem aplicados às alterações corporais, na tentativa de resgate de sua integridade corporal, minimizando as alterações.

Tomar banho, fazer o preventivo todo ano. Essas coisas de mulher. Higiene com o corpo, tomar banho, passar hidratante, passar um perfume antes de dormir, escovar os dentes, botar uma maquiagem, pentear o cabelo, pintar as unhas. u.c.i. 16: 29-38a / Marituba / gi=2 / rh=sim. (u.c.e. n° 347 $\chi^2=19$).

De acordo com Secchi; Camargo; Bertoldo (2009), a insatisfação com a imagem corporal influi no poder, *status* e atração designados ao corpo, tendo em vista relacionarem-se ao poder de atração sobre o sexo oposto. Nesse sentido, Novaes; Vilhena (2003) afirmam que a imagem da mulher ainda está atrelada à beleza, havendo menos condescendência para os desvios nos padrões estéticos socialmente partilhados.

Por isso, as mulheres buscam estratégias de proteção da autoimagem, que figuram como cuidados específicos à sua condição. O que para outras mulheres pode ser uma questão de opção, gosto, moda, para as que têm alterações visíveis geradas pela doença a simples

escolha por uma vestimenta ou outra caracteriza-se como cuidado cuja finalidade é ocultar o corpo alterado, no afã de salvaguardar a sua identidade (EIDT, 2004).

Eu adorava me bronzear, usar água oxigenada para ficar com os pelos loiros, usava roupas decotadas. u.c.i. 22: 39-48a / Ananindeua / gi=2 / rh=sim. (u.c.e. nº 468 $\chi^2=22$).

A construção supracitada mostra uma referência ao passado, ao que se fazia e que gostava de fazer. Depreende-se dessa análise que a mulher deixou de fazer algo que julgava ser importante devido ao medo de piorar suas alterações corporais ou de evidenciá-las à sociedade, tornando-as públicas.

O discurso dessa mulher traz um conteúdo que alude à vestimenta e, em vista disso, é importante explorar os registros contidos no diário de campo, quando da observação feita na sala de espera das consultas. Sobre a vestimenta das mulheres se detectou que a maioria delas adequava suas roupas cobrindo a região anatômica onde estavam situadas as alterações corporais, protegendo-se, na medida do possível, de olhares estigmatizantes e preconceituosos.

A u.c.e. 468 supracitada remete à entrevista nº 22, concedida por uma mulher com lesões disseminadas por toda a região corporal e incapacidades graves, que compareceu à entrevista trajando calça e blusa com mangas compridas, na tentativa de ocultar as incontáveis lesões no seu corpo. Carregava uma sombrinha na mão direita, a qual só saiu desta para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois a mesma tinha dupla finalidade: além da proteção da pele contra os raios solares, a sombrinha visava, também, esconder a garra fixa no 5º quirodáctilo direito. Seu cabelo, preso no alto da cabeça com um pregador, tentava encobrir as orelhas, sem, no entanto, conseguir ocultar os megalóbulos (orelha em figo seco), visivelmente expostos aos olhares de outrem.

Diante disso, pode-se afirmar que essa mulher retraduziu seu corpo – o corpo de hoje, o qual exigia cuidados diferenciados e, em decorrência da doença, teve que se abster de algumas coisas das quais gostava, como, por exemplo, usar roupas decotadas. O cuidado de si surge em decorrência da percepção da necessidade de mudar. Assim, era preciso trocar o decote por roupas fechadas, o bronzeamento do corpo pelo protetor solar e pela sombrinha, de modo a proteger-se de um dano físico maior e do preconceito. Porém, a tentativa de ocultar as alterações visíveis acabou por expor ainda mais o que ela tentava esconder, pois a vestimenta chamou a atenção da pesquisadora por destoar do padrão de roupas usadas no local.

Merece destaque a postura assumida por algumas mulheres frente ao cuidado de si numa tentativa de minimizar as alterações presentes e se protegerem de um dano maior. Para tanto, buscavam, também, no universo dos saberes consensuais, a cura de seus males.

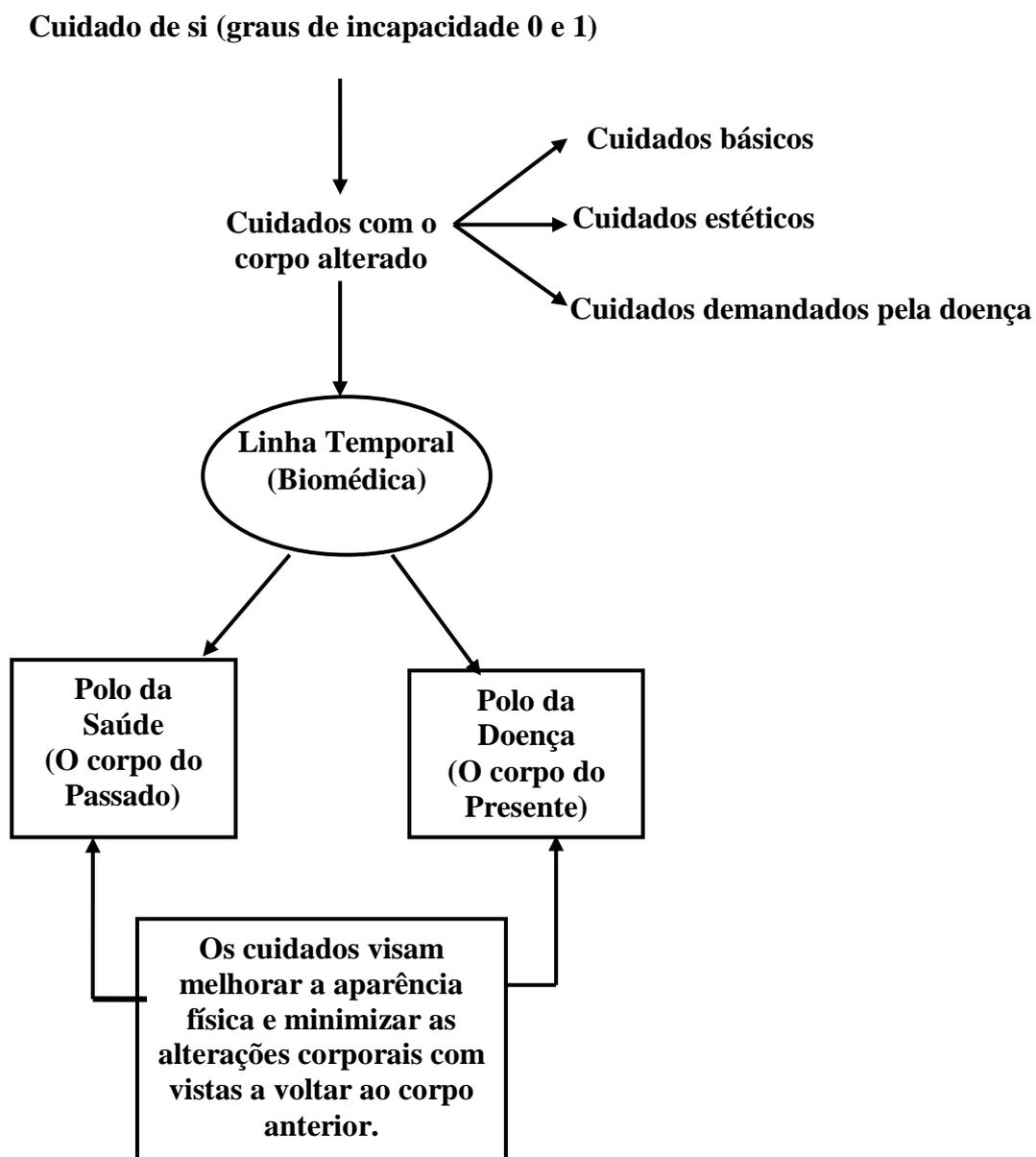
É tipo um sal. Até a semana passada eu ainda tinha esse pó em casa. Eu ainda botei nesse aqui, agora só aparece essa cicatriz pequena. Era um buraco enorme que dava para ver o osso. u.c.i. 24: 29-38a / Ananindeua / gi=1 / rh=sim. (u.c.e. n° 506 $\chi^2=22$).

A representação social é, para Wagner (1998), o modo como as pessoas agem diante de um objeto elaborado pelo grupo; assim, ela abrange a prática social dos atores e, por isso, é sempre uma unidade do que as pessoas pensam e do modo como fazem.

Na tentativa de entender as mudanças em seus corpos, as mulheres investem em ressignificá-los e, para tal, traçam uma linha temporal a partir do diagnóstico da doença, passado e presente (o corpo de antes e o corpo de hoje). E, paralela a esta, aparece outra linha, a Biomédica: da saúde (corpo do passado) e da doença (corpo do presente). A percepção da doença e das alterações corporais (manchas, nódulos, mudanças da coloração da pele dentre outras) estimula-as a agir em prol de si mesmas, levando-as ao cuidado de si (cuidados básicos, estéticos e demandados pela doença), que emerge como possibilidade de uma aparência mais bonita, de interromper o curso das alterações corporais e voltar ao corpo anterior – bonito e sadio – mas que agora está feio e doente.

Essa síntese aponta elementos que, em articulação, conduzem a organização de um esquema explicativo de como as práticas de cuidado de si se caracterizam à luz das representações sociais do tratamento e do contágio, representado na Figura 10.

Figura 10 – Esquema explicativo sobre as demandas de cuidados de si com o corpo alterado sem deformidades



Fonte: Produção da pesquisadora

6.2 CLASSE 2 – A PRÁTICA DO CUIDADO PRESCRITO E O CUIDADO DE SI NA REABILITAÇÃO

Não me ferir, eu não posso cortar o pé e nem a mão. Na cozinha, eu tenho que usar sempre uma luva para não me queimar, para não me ferir porque eu tinha dormência na mão e tinha que ter cuidado para pegar na panela quente.

u.c.i. n° 7

Esta classe está formada por 103 u.c.e. e 109 palavras analisáveis, correspondendo a 14,0% do total das classes. O Quadro 6 mostra as palavras representativas da classe 2. Observa-se que o corte gerado pelo programa se deu com as palavras com χ^2 igual ou superior a 21.

Quadro 6: Palavras mais representativas da classe 2

RADICAL	χ^2	PALAVRA	DICIONÁRIO*
usar	104	usar	36
sol	90	sol	53
sapato	83	sapato	10
protetor_solar	80	protetor solar	21
sombrinha	55	sombrinha	15
molh	53	molho	09
fer	52	ferir	10
pes	51	pés	26
queim	44	queimar	08
evit	42	evitar	11
hidrat	40	hidratante	24
melhor	36	melhorar	07
oleo_de_amen	36	óleo de amêndoas	03
fisioterapeuta	29	fisioterapeuta	08
produto	25	produtos	05
mao	24	mãos	18
morna	24	morna	04
condic	24	condições	03
completo	24	completo	04

ressecamento	24	ressecamento	04
cozinh	23	cozinha	02
escurec	23	escureceu	03
recebi	22	recebi	12
usava	21	usava	21
esper	21	espero	13

Fonte: Quadro construído a partir do relatório resumido de resultados do Alceste (Anexo C)

*Significa a forma completa da palavra associada à sua raiz, com a frequência com que foi citada nos discursos que compuseram a classe.

A análise das variáveis descritivas possibilita dizer que se trata de uma classe que foi formada principalmente por mulheres com grau de incapacidade 2 ($\chi^2=10$) e residentes no Município de Marituba ($\chi^2=7$).

As palavras mais representativas desta classe (*usar, sol, sapato, protetor solar, sombrinha, molho, ferir, pés, queimar, uso, evitar, hidratante, óleo de amêndoas*) remetem ao cuidado, sendo este um cuidado prescrito (autocuidado) por profissionais e centrados em um corpo que *já não é mais* sadio e que já está incapacitado (grau de incapacidade 2), prejudicando sua funcionalidade. Em outras palavras, a classe reporta a cuidados reabilitadores e preventivos inerentes ao corpo incapacitado pela hanseníase, no intuito de evitar a evolução do dano. Essas dimensões são exemplificadas nos segmentos oriundos dos depoimentos das mulheres apresentados a seguir:

Eu já passo creme nas mãos e nos pés, não pego muito sol, uso sombrinha e protetor solar. O meu pé incha, mas, como tenho medo de usar sapato baixo porque um prego furou minha sandália e atravessou o meu pé, uso sapatos mais altos e mais largos feitos aqui mesmo na ortopedia. u.c.i. 23: 29-38a / Ananindeua / gi=2 / rh=sim. (u.c.e. n° 483 $\chi^2=65$).

Não posso mais usar salto alto porque meu pé está dormente, só posso usar sapatos com palmilhas feitas aqui, não uso mais decotes, estou toda manchada e ando com roupa fechada para não chamar atenção para as manchas. u.c.i. 12: 39-48a / Ananindeua / gi=zero / rh=não. (u.c.e. n° 267 $\chi^2=23$).

A incapacidade é entendida como uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida

(BRASIL, 1999).

A reabilitação possibilita que a pessoa portadora de deficiência alcance o nível físico, mental e ou social funcional ótimo, de modo que lhe sejam oferecidos meios capazes de modificar sua própria vida. Compreende medidas capazes de compensar a ausência de uma função ou uma limitação funcional, tais como as ajudas técnicas e outras estratégias propiciadoras de ajustes ou reajustes sociais (BRASIL, 1999).

A reabilitação deve ser desenvolvida por uma equipe multiprofissional que deve atuar de forma interdisciplinar, sendo a família parte integrante desse processo. O objetivo principal da equipe é devolver ao paciente o máximo de seu potencial físico, psíquico, social e laboral (trabalho), apesar das limitações impostas pela doença.

As medidas preventivas fazem parte da reabilitação, cujas atividades devem ser ministradas durante e, em alguns casos, após a cura, de modo a evitar a instalação das deficiências de difícil reversão. O atendimento deve ser o mais precoce possível, para que o indivíduo possa voltar às suas atividades (NARDI, 2006).

Não se pode falar em incapacidade física sem aludir à funcionalidade do corpo, pois se trata de conceitos multidimensionais e interativos que foram retratados nos discursos dos sujeitos desta classe. Assim, a funcionalidade do corpo refere-se à capacidade de realizar os movimentos do corpo na realização dos afazeres cotidianos, principalmente os ligados ao universo feminino. Tais afazeres estão fortemente ligados à identidade de gênero.

Estando as mulheres com a funcionalidade corporal alterada, necessitam ressignificar seus corpos e, também, se utilizar de estratégias que lhes possibilitem seguir a vida normalmente. Nesse contexto, o relato abaixo evidencia o cuidado que a mulher tinha consigo, com o seu corpo, respeitando as alterações e limitações impostas pela hanseníase, contudo tais limitações não a afastaram de suas tarefas diárias. Para tanto, passou a explorar condições favoráveis com vistas a facilitar a execução de suas tarefas rotineiras, minimizando, assim, os riscos de agravar ainda mais suas alterações corporais. Esse movimento de transformação e de adaptação reflete sobremaneira a dinâmica das representações sociais.

Na cozinha, eu tenho que usar sempre uma luva para não me queimar, para não me ferir, porque eu tinha dormência na mão e tinha que ter cuidado para pegar na panela quente.
u.c.i. 7: 49-59a / Marituba / gi=1 / rh=sim. (u.c.e. nº 162 $\chi^2=46$).

As incapacidades físicas e as deformidades presentes nos portadores ou exportadores de hanseníase aludem não só ao diagnóstico e tratamento tardio, como, também, à

observação acurada e ao tratamento adequado antes, durante e após o diagnóstico de processos inflamatórios que necessitem de outras terapias e acompanhamento regular. Assim, o diagnóstico e tratamento adequado das reações e neurites são essenciais. O tratamento adequado implica em quimioterapia específica, corticoterapia, cirurgia, entre outras, bem como o monitoramento regular da acuidade visual e função neural (BRASIL, 2008).

O cuidado de si na reabilitação da hanseníase

As pessoas que apresentam história de episódios reacionais, neurites ou diagnóstico de graus de incapacidade 1 ou 2 apresentam maior risco de desenvolver deformidades (PIMENTEL *et al.*, 2004; ARAÚJO, 2008). Esses grupos precisam primeiro aprender como se faz e entender por que necessitam fazer, para que possam realizar as práticas diárias de autocuidados reflexivamente, individualmente ou em grupos, inserindo-se e comprometendo-se no processo de prevenção.

O doutor me disse que, se eu não me cuidar, nenhum medicamento vai ajudar. u.c.i. 30: 18-28a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. nº 651 $\chi^2=20$).

Disseram que o remédio ia escurecer e ressecar a minha pele, mas que depois a minha pele voltava ao normal, por isso eu tinha que evitar o sol e usar protetor solar, sombrinha e hidratante. u.c.i. 23: 29-38a / Ananindeua / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. nº 496 $\chi^2=29$).

A terapeuta ocupacional que cuidou das minhas mãos, fez exercícios em mim. Melhorou muito, porque eu já sinto um pouquinho e tenho cuidados para não me queimar. Disseram que era para eu botar as pernas de molho em um balde com água e óleo à altura do joelho e depois passar hidratante para sair essa pele seca. u.c.i. 20: 29-38a / Marituba / gi=2 / rh=sim. (u.c.e. nº 428 $\chi^2=27$).

A limitação na funcionalidade do corpo orienta a autopercepção das alterações corporais e as condutas ante as transformações impostas pela doença em seus corpos, havendo necessidade de executar certos cuidados cotidianos em prol de si mesmas, objetivando a melhoria na qualidade de vida.

O princípio do cuidado de si toma a forma de uma atitude, de um comportamento e do modo de levar a vida, enfim, se configura numa cultura do cuidado de si, que se representa por meio de técnicas, receitas e saberes transformados em comportamentos. Na cultura de si aparecem duas posturas básicas: a observação e a ação (FOUCAULT, 2009).

Na visão de Foucault (2009), a observação implica num olhar internalizado, para dentro de si, para que possam perceber-se como sujeitos. Dessa forma, a partir do momento em que praticam diariamente a técnica de entrar em contato consigo mesmo, ou seja, com seus sentimentos e pensamentos, eles estão cuidando de si. Voltadas para esse pensamento, as mulheres têm o hábito de se auto-observarem continuamente e, assim, percebem-se gordas, magras, feias, bonitas, com pele ressequida, escura, dormente, manchadas, dentre outros atributos.

No que tange à ação, esta consiste na realização de atos que conduzam a um estado de bem-estar físico, mental, espiritual e social. Dessa forma, a prática do cuidado de si pode ser estimulada pelas seguintes modalidades: autoridades religiosas (padre, pastor, rabino, pai de santo, entre outros), médicos, enfermeiros, outros profissionais de saúde e parentes, dentre outros.

O autocuidado é prescrito desde o diagnóstico, ao explicar-se o horário da medicação, a ingestão contínua, a dose supervisionada, a não ingestão de álcool durante o tratamento, o tempo para a alta, o número de doses, os efeitos colaterais dos medicamentos, os cuidados com o sol, o que são as reações hansênicas, as alterações que podem ou não sumir do corpo, a necessidade da vinda dos contatos, o que são contatos domiciliares, como se transmite a hanseníase, dentre outras.

Porém, dependendo do impacto do diagnóstico, as orientações sobre os efeitos colaterais e as reações hansênicas têm que ser dadas gradativamente ao longo dos atendimentos, pois podem amedrontar sobremaneira o usuário que já está chocado com o diagnóstico da doença.

Ao perguntar-se às mulheres se elas tinham recebido orientações sobre os cuidados com o corpo e, se positivo, de quem, elas manifestaram-se conforme evidenciado abaixo:

Recebi orientações de várias pessoas, não tenho o que reclamar daqui. u.c.i. 17: 18-28a / Ananindeua / gi=zero / rh=não. (u.c.e. nº 390 $\chi^2=55$).

Recebi na fisioterapia orientação para hidratar as mãos, os pés, o corpo. u.c.i. 5: 49-59a / Marituba / gi=1 / rh=não. (u.c.e. nº 126 $\chi^2=31$).

O meu médico, as enfermeiras, as fisioterapeutas, a assistente social, o pessoal do curativo, o psicólogo. Aqui o atendimento é muito bom. u.c.i. 23: 29-38a / Ananindeua / gi=2 / rh=sim. (u.c.e. nº 496 $\chi^2=29$).

Recebi da doutora, ela falou para eu ter cuidados com a pele. u.c.i. 8: 18-28a / Ananindeua / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. nº 180 $\chi^2=27$).

Da fisioterapeuta e da minha médica. u.c.i. 10: 39-48a / Marituba / gi=1 / rh=não. (u.c.e. nº 237 $\chi^2=24$).

O pessoal daqui foi como uma família para mim. Eu me criei aqui nessa unidade. u.c.i. 4: 29-38a / Marituba / gi=2 / rh=não. (u.c.e. nº 110 $\chi^2=22$).

Do exposto, deduz-se que a consulta de enfermagem é essencial para a abordagem integral dos usuários de hanseníase, tendo o autocuidado como alvo da educação em saúde e as ações de controle como alvo da vigilância epidemiológica, além de despertar a motivação para que tais mulheres aprendam a conviver com as alterações corporais. O acompanhamento e monitoramento dos cuidados prescritos devem ser feitos baseados no exame dermatoneurológico regular, de modo a detectar, monitorar e tratar precocemente os comprometimentos neurais que possam levar às incapacidades físicas e deformidades.

Foucault (2009) denomina esse processo de “direção da consciência”. Segundo esse autor, o cuidado de si necessita, na maioria das vezes, que outra pessoa conduza o indivíduo a um estado de consciência. Assim, esse direcionamento permitirá o bem-estar do indivíduo consigo mesmo. Fazer fisioterapia, praticar na academia, caminhar, fazer os exercícios ensinados em casa, proteger-se de danos maiores, enfim, “tomarem a si próprias” como objeto do conhecimento e campo de ação para transformarem-se, corrigirem-se e promoverem seus próprios cuidados.

A “transformação” das mulheres deste estudo ocorreu quando elas passaram a adotar comportamentos que antes não tinham, mas agora precisam ter, pois o novo corpo exige cuidados diferenciados para que possam melhorar a qualidade de suas vidas e assim possam viver melhor. Dessa forma, *o uso de sapatos feitos na ortopedia da URE, o uso de luvas na cozinha, de protetores solares e hidratantes na pele, pés e mãos*, entre outros cuidados, foram relatados pelas mulheres no decorrer das entrevistas.

Eu já passo creme nas mãos e nos pés, não pego muito sol, uso sombrinha e protetor solar. O meu pé incha, mas, como tenho medo de usar sapato baixo porque um prego furou minha sandália e atravessou o meu pé, uso sapatos mais largo e mais alto feito aqui mesmo na ortopedia. u.c.i. 23: 29-38a / Ananindeua / gi=2 / rh=sim. (u.c.e. nº 483 $\chi^2=65$).

Não posso mais usar salto alto porque meu pé está dormente, só posso usar sapatos com palmilhas feitas aqui. U.c.i 20: 29-38a / Ananindeua / gi=zero / rh=não. (U.c.e n° 267 $\chi^2=23$).

Eles me orientaram para não usar sapato apertado, não ficar muito exposta ao sol. Eu uso hidratante direto, porque a pele fica seca mesmo que a pessoa não pegue sol. u.c.i. 15: 39-48a / Marituba / gi=2 / rh=não. (u.c.e. n° 345 $\chi^2=20$).

Usar bastante creme, colocar sempre os meus pés na água morna por causa da pele ressecada e para evitar o sol. U.c.i 27: 39-48a / Marituba / gi=zero / rh=não. (U.c.e n° 596 $\chi^2=23$).

A úlcera plantar ou mal perfurante plantar (MPP) ocorre não só devido à anestesia por lesão do nervo tibial, como, também, pela paralisia, perda do volume da musculatura intrínseca do pé, anidrose e deformidades (garras, pé caído e alterações de estruturas ósseas). Isso denota a ênfase que deve ser dada na educação do usuário para a prevenção das úlceras plantares, principalmente quanto ao exame diário do pé e dos sapatos e aos cuidados relativos à marcha (BRASIL, 2008).

Com a presença de alterações corporais, as mulheres representam o corpo como doente, que pode piorar e mutilar e, por isso, carece de cuidados. Essa necessidade de cuidados com o corpo surge pela importância que este tem para a expressão do sujeito, pois o corpo é a dimensão material da existência humana. Desse modo, reitera-se que a percepção do estado de necessidade estimula o cuidado de si.

Orientação para hidratar as mãos, os pés, o corpo, evitar o sol e não usar cotonetes porque pode ferir o nariz. Espero que pare como está, porque eu tenho medo que chegue num ponto que não possa mais parar. u.c.i. 5: 49-59a / Ananindeua / gi=1 / rh=não. (u.c.e. n° 126 $\chi^2=31$).

Eu gostava de sol, não usava hidratante e nem protetor solar. u.c.i. 42: 39-48a / Marituba / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. n° 830 $\chi^2=24$).

Não posso mais usar salto alto porque meu pé está dormente. u.c.i. 12: 39-48a / Ananindeua / gi=zero / rh=não. (u.c.e. n° 267 $\chi^2=23$).

Porém, nem sempre o cuidado de si deixa de ser praticado por falta de auto percepção de sua necessidade. Em grande parte das vezes as dificuldades financeiras não permitem a alocação de recursos para esse fim, gerando um sentimento de frustração por não poderem

cuidar de si como gostariam, objetivando ainda mais a doença pelo agravamento das alterações corporais.

Agora, de vez em quando eu ganho um hidratante da minha irmã, porque com o que o meu marido ganha não dá para comprar o hidratante e nem o protetor solar. Estou preta, minha pele escureceu com o sol. u.c.i. 5: 49-59a / Marituba / gi=1 / rh=não. (u.c.e. nº 116 $\chi^2=34$).

Com vistas a esclarecer mais esse debate, buscou-se nos dados sociodemográficos verificar se esta era a realidade da maioria. Os resultados apontaram que 4,65% das mulheres do estudo viviam de doações; 16,28% viviam com uma renda familiar menor que 1 salário mínimo nacional e 58,14 % tinham renda familiar variável entre 1 e 2 salários mínimos, o que constata a dificuldade em alocar recursos em prol de si mesmas, pois a renda familiar estava comprometida com prioridades maiores,

Dessa forma, o grupo de mulheres pesquisadas vinha de uma classe social com recursos financeiros escassos para a aquisição de determinados produtos que a auxiliassem nos cuidados do corpo e, conseqüentemente, no cuidado de si.

De acordo com a tradição da cultura grega, o cuidado de si liga-se à prática médica, sendo este o terceiro aspecto da prática de si, segundo Foucault (2009). Nessa forma particular de cuidado de si, o corpo tem um valor imensurável, uma vez que é sobre ele que todas as atenções devem dirigir-se.

Na assistência à saúde, de um lado estão os profissionais orientando (prescrevendo) sobre o que deve ser feito em prol de melhorar as alterações corporais, e do outro lado está a mulher, dona deste corpo, que ouve as orientações da equipe e as valora atribuindo-lhe significação no processo de retomada da sua autoimagem corporal, realizando os cuidados prescritos nas suas práticas diárias.

As representações sociais da hanseníase comportam conhecimentos reificados e consensuais, bem como valores sociais. Essas representações influenciam e orientam as condutas destas mulheres quanto ao cuidado de si. O desejo e os afetos mobilizados pela vivência da doença as impulsionam à vontade de transformar tais representações, pois estas conduzem à imagem de corpos mutilados e repulsivos, conforme o imaginário construído acerca da associação hanseníase/lepra. Participam do processo de ressignificação do corpo práticas de cuidados que contribuem para estacionar o curso das alterações e, assim, resgatar a funcionalidade corporal, minimizando a discriminação por elas sofrida em função de estigmas.

A motivação para a ação pode ser observada quando elas dizem “*não posso me queimar*”; “*quero que tudo acabe, volte tudo ao normal e fique para trás a hanseníase*”. A ação se concretiza no ato de assumir isso como prática de cuidado de si: “*na cozinha eu tenho que usar sempre uma luva para não me queimar*”; “*usar hidratantes na pele, não pegar sol e usar protetor solar, ter cuidados para não me ferir...*”.

Ora, o corpo sempre será atravessado pelo olhar do outro e é este olhar que atua como referência na construção de uma relação com os outros e consigo mesmo, ou seja, com o cuidado de si. Assim, o olhar do outro serve de panóptico sobre o próprio corpo do indivíduo, sobre sua estética e sobre o modo de ver, entender e estar no mundo.

Em uma sociedade que cultua a aparência, os cuidados com o corpo viraram essenciais. Então, um corpo com alterações corporais visíveis fica exposto ao olhar do outro e sem muitas possibilidades de escondê-lo, tendo-se em vista que nem sempre se consegue esconder tudo o que se quer, deixando à mostra algumas alterações, tornando-o, assim, vulnerável ao olhar de outrem.

Não uso mais decotes, estou toda manchada e ando com roupa fechada para não chamar atenção para as manchas. u.c.i. 12: 39-48a / Ananindeua / gi=zero / rh=não. (u.c.e. nº 267 $\chi^2=23$).

Identifica-se, no contexto do discurso supracitado, tratar-se de autocuidados de preservação da própria figura diante do social, os quais geraram comportamentos significantes, pois a mulher deixou de se adornar como gostava e passou a se trajar com roupas fechadas de modo a preservar sua identidade. Essa constatação remete e reitera os achados presentes na classe 1, pois volta ao debate sobre os corpos de antes e de hoje. Nesse pensamento, o corpo de antes era saudável e bonito, e, portanto, podia vestir-se com roupas decotadas, pois a intenção não era escondê-lo. Ao contrário, o uso de roupas que delineavam seus atributos tinha por finalidade atrair os olhares de outrem, de modo a sentir-se bonita, desejada e, assim manter uma autoestima e autoimagem positivas.

Essa discussão pode ser mais bem entendida se comparada às situações captadas por meio da observação sistemática feita pela pesquisadora em sala de espera, onde se constatou que algumas mulheres com incapacidades visíveis, tais como reabsorções ósseas, amiotrofias, garras cúbito-mediano ou de artelhos, usavam alguns artifícios de modo a não atrair olhares sobre as suas alterações. Assim, elas sempre chegavam à sala de espera carregando algum objeto, de modo a esconder a mão por trás dele.

Por outro lado, quando se tratava dos pés, algumas se recusavam a usar os sapatos adaptados, mesmo tendo mal perfurante plantar, pois esses sapatos evidenciam a condição de portadoras de incapacidades e, por se tratar de uma URE localizada no Município de Marituba, sem dúvidas seria pela hanseníase. Tentando ocultar suas deformidades e preservar suas identidades, usavam tênis e tentavam entrelaçar os pés por trás dos pés da cadeira, de modo a desviar a atenção sobre eles.

Cabe aqui dizer que na sala de espera da URE as cadeiras ficam encostadas às paredes dos consultórios, localizando-se uma de frente para a outra, uma vez que existem consultórios em ambos os lados. Isso favorece o panoptismo, pois a disposição das cadeiras facilita os olhares entre si, criando mecanismos de inclusão e exclusão. Era nessa sala que a pesquisadora procedia à sua observação.

A observação possibilitou constatar a existência de preconceito entre os próprios portadores ou ex-portadores de hanseníase, pois os que apresentavam alterações visíveis eram ignorados pelos outros, mesmo que estes também tivessem alterações corporais (só que menos visíveis). Se aqueles perguntassem alguma coisa, como: “O médico já chegou? Qual número ele chamou?”, estes se limitavam a responder e viravam de costas, denotando claramente que não queriam continuar a conversa. Cabe esclarecer que, apesar da URE atender a outras dermatoses, a maior parte de sua clientela é de portadores e ex-portadores de hanseníase em tratamentos diversos.

Outros, por sua vez, levantavam quando aqueles sentavam ao seu lado. O exposto leva à formação de pares ou grupos entre os iguais, ou seja, os com alterações mais visíveis e os com alterações menos visíveis. Assim, o grupo que aguardava o curativo mostrava um entrosamento perfeito na sala de espera desse procedimento, evidenciado através de conversas, risos, piadas e até mesmo namoro entre eles. O que é explicado pelo fato de todos terem o mesmo problema, ou seja, todos tinham MPP, tinham os pés atrofiados, cobertos com atadura, e usavam sapatos adaptados ou tênis ou deambulavam auxiliados por órteses (muletas).

Segundo Goffman (1988), o primeiro grupo de pessoas que podem ajudar pessoas estigmatizadas são outros estigmatizados, por compartilharem os mesmos medos, angústias e inseguranças frente ao mundo. Nesse sentido, as mulheres com alterações corporais pela hanseníase conseguem se entrosar com outros que se encontram na mesma situação. Elas passam a compartilhar um sistema comum de valores, deixam de sentirem-se diferentes e, por isso, não se preocupam em esconder suas alterações corporais. Nesse grupo elas figuram entre

os iguais e não correm o risco de serem discriminadas, sendo valorizadas como seres humanos no seio do próprio grupo, independente de sua aparência física. O grupo funciona como rede social de ajuda e de superação para todos os seus iguais, acolhendo, compartilhando e construindo novos saberes.

Para Jovchelovitch (2008), os saberes comuns a uma comunidade proporcionam a matéria pela qual os indivíduos dão sentido ao mundo, desenvolvem um saber teórico e prático para lidar com o cotidiano e instituem relações comunicativas que propiciam a formação de laços de solidariedade e cooperação, e a experiência da pertença.

Com base nesse pensamento, a exteriorização ou ocultação das alterações corporais aproxima ou exclui os usuários, formando as pertenças dentro da própria URE, principalmente pela associação entre tais alterações e o histórico da hanseníase no município.

Todos os sistemas de classificação, todas as imagens e descrições que circulam em uma sociedade, mesmo as descrições científicas, demandam uma ligação de prévios sistemas e imagens, uma estratificação na memória coletiva e uma reprodução na linguagem que, sempre, revela um conhecimento anterior e que quebra as amarras da informação presente. (MOSCOVICI, 2007).

No pensamento de Jovchelovitch (2008, p. 146), “quando o passado ‘congela’ na memória de uma comunidade, a vida humana fica sujeita à violência de um passado que não passa”. Para a mudança do presente é preciso que se compreenda e reelabore o passado, pois é isso que assegura a possibilidade de se desvencilhar de memórias traumáticas. Do exposto depreende-se que não existe corpo fora da história, da sociedade e da cultura.

Dessa forma, qualquer expressão de preconceito em relação à hanseníase representa um comportamento dotado de significação social. É a partir desses signos que as mulheres orientam suas condutas frente ao cuidado de si com seus corpos e com os modos de apresentá-los e adorná-los.

As expectativas com o término do tratamento denotam uma tentativa de resgatar a saúde por meio da volta ao corpo anterior.

Espero que pare como está, porque eu tenho medo que chegue num ponto que não possa mais parar. u.c.i. 5: 49-59a / Marituba / gi=1 / rh=não. (u.c.e. nº 126 $\chi^2=31$).

Que tenha efeito imediato, que não tenha consequências, que o tratamento acabe mesmo após os seis meses. É isso que eu espero, que após os seis meses tudo acabe, volte tudo ao normal e fique para trás a hanseníase. u.c.i. 10: 39-48a / Marituba / gi=1 / rh=não. (u.c.e. nº 237 $\chi^2=24$).

Eu esperava que, pelo menos, as manchas sumissem. u.c.i. 23: 29-38a / Ananindeua / gi=zero / rh=sim. (u.c.e. nº 498 $\chi^2=20$).

Assim, uma questão que merece destaque, e que pode ser considerada como o lado positivo da doença, é que esta reorienta a mulher a olhar para o seu corpo com mais zelo, praticando cuidados que todos deveriam ter, porém não o fazem por estarem saudáveis e não sentirem necessidade de tais cuidados, que, por ora, lhes parecem supérfluos. São exemplos: a preservação da integridade da pele pelos cuidados que se deve ter com o fogo, ao cozinhar; o uso de calçados confortáveis e a inspeção diária dos mesmos; a importância de se praticar exercícios físicos; os cuidados com a alimentação no que tange à prevenção de doenças e à estética corporal; o uso do protetor solar, de sombrinhas, de hidratantes corporais, entre outros.

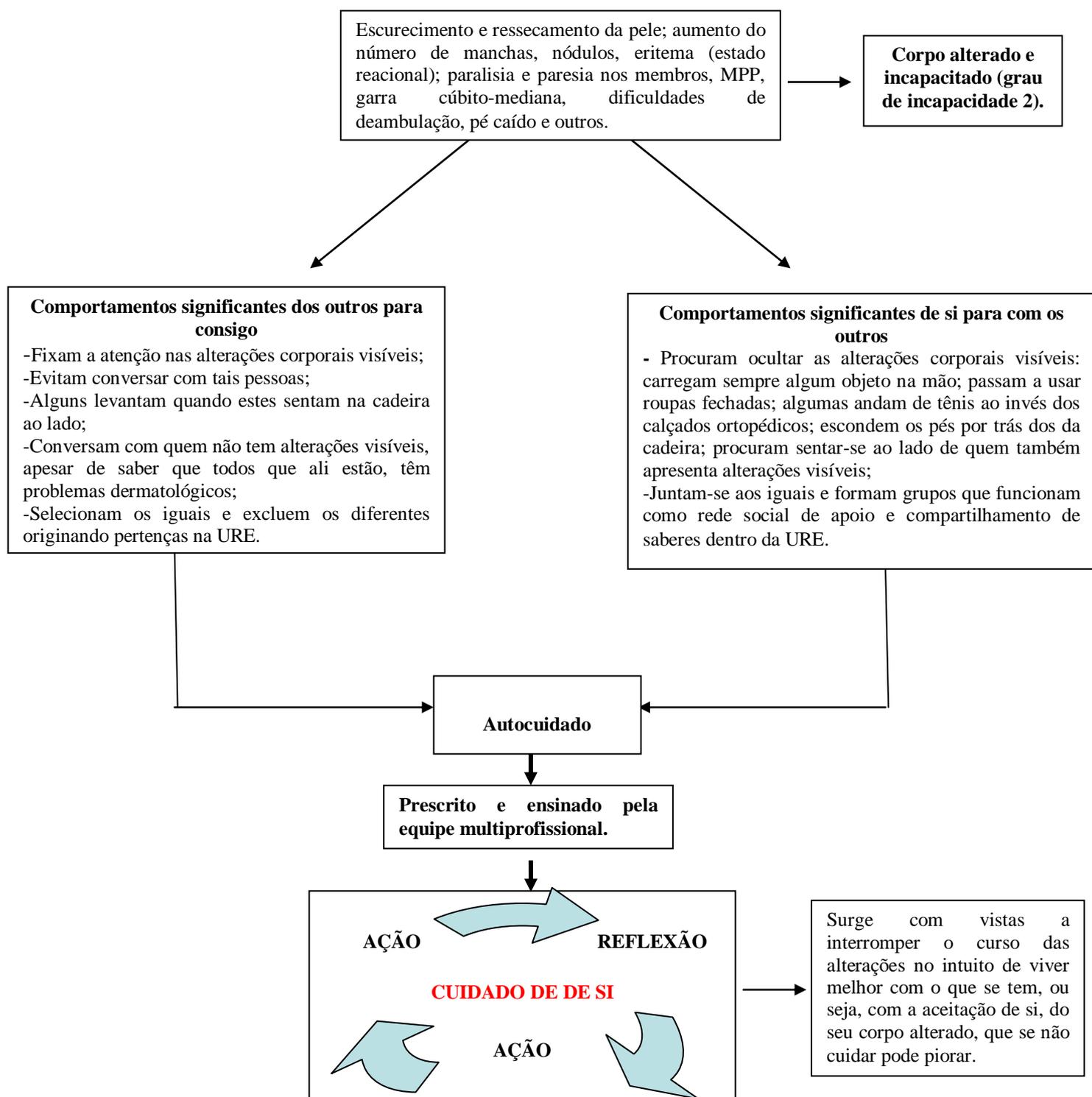
Enfim, o cuidado de si com o corpo alterado e incapacitado surge a partir de um empenho cognitivo das mulheres na tentativa de entender as alterações objetivadas em seus corpos, que se atrelam à história da lepra. Elas são estigmatizadas através de comportamentos significantes de outros usuários na sala de espera da URE, cujos olhares fixam-se nas alterações corporais visíveis; são pessoas que evitam conversar com elas, sendo que alguns levantam-se quando tais mulheres se sentam na cadeira ao lado; procuram conversar com pessoas que, para eles, têm problemas (no que tange à visibilidade das alterações corporais) similares aos seus, ou seja, selecionam os iguais e excluem os diferentes.

Diante de tais comportamentos, elas tentam se proteger do estigma e de novas situações constrangedoras adotando comportamentos também significantes, tais como: tentam esconder as alterações corporais visíveis carregando algum objeto na mão; passam a usar roupas fechadas; algumas andam de tênis ao invés de calçados ortopédicos; escondem os pés por trás dos da cadeira e procuram sentar-se ao lado de quem também apresenta alterações visíveis.

As situações vivenciadas mobilizam desejos e afetos, levando-as ao desejo de transformar as representações sociais sobre o corpo alterado. Para tal, há necessidade de passar por um processo de ressignificação do corpo, o qual exige práticas de cuidados específicos à condição clínica atual, cuidados reabilitadores, prescritos e ensinados por uma equipe multiprofissional, visando minimizar ou interromper o curso das alterações corporais em seu corpo, resgatando a capacidade funcional restante, minimizando o estigma e melhorando suas qualidades de vida.

Essa síntese aponta elementos que, em articulação, conduzem a organização de um esquema explicativo de como as práticas de cuidado de si com o corpo alterado e incapacitado se caracterizam à luz das representações sociais do tratamento e do contágio, representado na Figura 11.

Figura 11 – Esquema explicativo sobre as demandas de cuidado de si com o corpo alterado e com incapacidades físicas



Fonte: Produção da pesquisadora.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados oriundos desta pesquisa mostram que as representações sociais das mulheres sobre o seu corpo alterado pela hanseníase sofrem influência da memória social da lepra, ainda presente nas moradoras de Marituba e Ananindeua, atrelada à antiga Colônia de Marituba, cujas portas fecharam-se em atendimento à política de saúde vigente.

Tais memórias são captadas quando as mulheres falam sobre seus corpos que se transformaram, passando da beleza à feiúra, e sobre como sofreram morte social, isolamento e mutilações. O corpo alterado pela hanseníase 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, desencadeando nas pessoas atitudes preconceituosas de exclusão e humilhação que repercutem nas mulheres, em suas formas de se portarem socialmente e lidarem com seus corpos e com as pessoas com as quais convivem, o que se evidencia em comportamentos de autoproteção no intuito de salvaguardarem suas identidades.

Os conhecimentos disponíveis em seus arcabouços mentais são pautados mais nas conversações do universo consensual do que nos discursos biomédicos veiculados nas unidades de saúde, ou seja, seus saberes advêm da comunicação entre os membros de seus pertencimentos sociais, das informações veiculadas pelos órgãos de comunicação e, também, pela ancoragem a estereótipos culturais.

Entende-se, então, que as representações sociais dessas mulheres sobre seus corpos se formam, basicamente, nos meios sociais onde vivem e convivem. Trata-se, portanto, de uma construção simbólica alicerçada por crenças, medo, terror, originando um grande tabu social que tem como pano de fundo a lepra.

Com base nos resultados desta pesquisa, constatou-se ser a hanseníase, ainda nos dias de hoje, uma doença com alto potencial estigmatizante. Concebida negativamente, ainda atemoriza e desconcerta as pessoas por ela acometidas, desencadeando um processo de estresse ante a menção de seu acometimento, por seu significado entranhar-se em um emaranhado de sentimentos, atitudes e crenças que funcionam como caminhos tortuosos no que tange ao diagnóstico e tratamento da doença, principalmente ao depararem-se com os episódios reacionais, com as alterações na coloração da pele devido aos efeitos da clofazimina, e com o medo de tornar pública a doença e sofrer preconceito.

Dessa forma, a aplicação da teorimétodo das representações sociais nesta pesquisa permitiu o entendimento de como se dá a articulação entre os elementos na construção dos

saberes sociais que vão repercutir nas práticas relacionadas ao problema e o contexto cultural onde ocorrem tais práticas. Essa construção simbólica ocorre em Marituba, onde se tem um ambiente propício de circulação de saberes, de memórias, de simbologias, de imagens que congelaram e não conseguem se desentranhar do ambiente e, por isso, tornaram-se ‘marcas’, mais precisamente, ‘marcas do ambiente’.

As representações sociais das mulheres deste estudo mostram que, sobre a hanseníase, na sociedade, ainda circulam imagens que remetem a corpos deformados e mutilados, que sustentam o mito de que a doença, inexoravelmente, ainda na atualidade, levará a perdas de partes do corpo de quem a tem. As memórias e simbologias sobre a vida nas colônias resistem ao tempo e geram comportamentos sociais estigmatizantes.

Pessoas que vivenciaram a Colônia de Marituba, cujo resgate da memória social traz à luz da atualidade as questões do passado, retroalimentam as representações sociais da lepra, vivificando-as. Nesse processo, colaboram as pessoas que vivem em Marituba e que são remanescentes da antiga Colônia, cujos corpos têm mutilações. Nesse encadeamento, a memória social da lepra em Marituba imprime e marca, porque as pessoas que viveram na Colônia ou que tiveram parentes próximos que lá viveram, a todo o momento evocam suas reminiscências trazendo-as à tona, retroalimentando e reforçando as imagens que sustentam as representações sociais circulantes.

Em síntese, em Marituba se tem a linguagem da imagem, no caso os ex-asilados mutilados, e a linguagem das reminiscências da memória social, que atualizam as representações sociais e impedem o processo de desconstrução e reconstrução empreendido nos discursos oficiais sobre a hanseníase. Assim, por mais que existam as campanhas do Ministério da Saúde, com a veiculação de um novo discurso (com novas imagens e novos saberes), em Marituba se tem a memória social, as imagens dos mutilados, o Abrigo João Paulo II, no qual ainda vivem 148 asilados que não tinham para onde ir após a desativação da Colônia, e as casas que eram doadas aos hansenianos que casavam e passavam a constituir suas famílias.

Face à natureza da teoria das representações sociais, esta versa sobre a construção de um saber prático. É a construção de um saber consensual que leva o sujeito a se orientar no mundo e a agir frente a ele. O cuidado faz parte do segundo momento, ou seja, da ação, materializando-se em atos. Só se decide entre um cuidado e outro quando se articulam os conhecimentos atuais a determinado objeto, situação ou outros conhecimentos já presentes na cognição. E isso só ocorre a partir do entendimento dos porquês – Por que é preciso mudar?

Por que é preciso fazer? – e do: Como fazer? No âmbito desta pesquisa, a forma de entender o conhecimento consensual sobre o corpo alterado pela hanseníase leva as mulheres a decidirem sobre o que fazer, levando-as à ação, traduzida em cuidado.

As mulheres com alterações corporais pela hanseníase sofrem preconceito e discriminação de outras pessoas, que, por medo do contágio e alimentadas pela memória social da lepra, passam a ter comportamentos sociais significantes para com elas. As mulheres que vão à URE para consulta também guardam tais memórias, mas têm a oportunidade de acessar outros saberes, técnicos e científicos, sobre a hanseníase, suas manifestações, tratamentos, cuidados e seus desfechos.

Nesse diálogo entre o senso comum e a ciência, articulam elementos que as levam a decidir sobre sua adesão ao tratamento, por ser este o único modo de prevenir os avanços da hanseníase no corpo, e, assim, recuperar o corpo anterior, livrar-se ou interromper o curso das alterações corporais, evitarem a exposição pública de seus corpos, preservando-se do preconceito e da discriminação.

Com isso, essas mulheres passam a exercer o papel de difusoras do conhecimento científico, na medida em que, ao aderirem ao tratamento e participarem dos programas de educação em saúde, adquirem informações e as repassam para a sociedade (família, amigos, entre outros), contribuindo para a inserção de outros elementos que irão se congregam na desconstrução e reconstrução de representações sociais da hanseníase.

O estudo permitiu depreender que o cuidado de si empreendido pelas mulheres se afirma como uma postura, um modo de viver melhor com o que se tem, ou seja, com o corpo que era sadio e agora está alterado. Essa postura se traduz em práticas reflexivas aprendidas continuamente a partir do diagnóstico da doença, que variam de acordo com as suas percepções quanto às alterações presentes e com a valorização dada ao protótipo de corpo requerido pela realidade social, de modo a se (re)afirmarem socialmente, mesmo com as alterações objetivadas em seus corpos.

As relações existentes entre a forma como as mulheres lidam com seus corpos, as práticas de cuidado de si adotadas e as RS do corpo alterado pela hanseníase remetem às relações sociais, tendo-se em vista que o corpo expressa o sujeito por meio de uma linguagem peculiar, traduzida através de posturas, movimentos, vestimentas, dentre outros; ou seja, o visível também exterioriza o invisível. Elas aprendem a lidar com seus corpos, pois a exteriorização da alteração marca a sua presença causando impacto social, transformando tais alterações corporais em “marcas” impressas pelo outro. Isso ficou evidenciado através dos

olhares e comentários indiscretos dos outros na sala de espera, causando mal-estar às mulheres, por refletirem sentimentos de medo, compaixão, pena e reprovação.

As formas de lidar com seus corpos refletem a posição social que elas ocupam naquele meio social. Assim, a vivência da doença, com suas marcas e representações oriundas do corpo alterado, leva-as a ocupar uma posição social de doentes, de estigmatizadas, de humilhadas e de leprosas. As alterações corporais visíveis fazem as mulheres continuarem com suas identidades vinculadas à doença, mesmo que estejam de alta curada há muitos anos.

Pode-se afirmar que as mulheres lidam com seus corpos de dois modos: revelando-os, ou ocultando-os e protegendo suas marcas do olhar dos outros. Tentam se esconder para se autoprotegerem, e adotam práticas de cuidado de si para minimizar as alterações corporais.

Porém, algumas vezes, a tentativa de esconder o corpo para proteger as alterações do olhar dos outros acaba por revelá-lo, pois as estratégias utilizadas (vestimentas, calçados, portar algum objeto na mão quando esta tem deformidades) fogem ao que é normal e, em se tratando de vestes, acabam por despertar olhares e revelar justamente aquilo que elas tentam esconder. Ainda mais porque no Pará o clima é quente; portanto, usar muita roupa e cobrir o corpo em demasia atrai a atenção por fugir ao que é considerado apropriado ao clima local.

Os resultados encontrados não são generalizáveis, mas apontam que, nos dias atuais, ainda persistem imagens circulantes atreladas ao leproso e à lepra, ligadas, principalmente, à história da antiga Colônia de Marituba. Isso possibilita levantar questões para pesquisas futuras, demonstrando potencialmente seu caráter de expansibilidade: imagens da lepra e do leproso estão vinculadas à presença da Colônia na história de Marituba e sua repercussão no Município de Ananindeua, ou ainda persistem tais imagens vinculadas à hanseníase como uma doença que não tem cura, que deforma e que tem alto poder contágio?

Apesar dos resultados desta pesquisa apontarem a realidade de um grupo social bastante identitário de mulheres da Região Norte, moradoras de contextos arraigados de representações sociais sobre a hanseníase, atreladas à memória social da lepra e aos modos de viver dos moradores de uma antiga colônia de hansenianos, essas mulheres relataram situações ocorridas com os outros muitos próximos, e que não necessariamente viveram na Colônia. Isso permite supor que na sociedade ainda circulam tais elementos.

O exposto mostra a necessidade de se empreender esforços com vistas a fortalecer o trabalho com os seus conviventes (contatos intradomiciliares), em prol de se desconstruir tais RS e se (re)construírem outras.

As mulheres são inscritas no Programa de Controle da Hanseníase, portanto, recebem informações sobre a hanseníase, seu tratamento, a cura e os modos de contágio. Porém, ainda assim, tais ações não conseguem atingir os seus contatos, pois estes continuam com concepções errôneas e ultrapassadas sobre o contágio da doença, dando indícios de uma lacuna da assistência à saúde desse grupo.

No Capítulo 5, classe 4: “Marcas causadas pelos outros: vivenciando o medo do contágio”, constatou-se que os outros próximos às mulheres, ou seja, as pessoas que compartilham espaços sociais e espaços físicos, seus conviventes (marido, parentes e amigos), ainda estão muito carentes de informações atualizadas da ciência no que tange à hanseníase. Isso ficou evidenciado a partir dos comportamentos preconceituosos e estigmatizantes de tais pessoas para com as mulheres, expressos pelos seguintes comportamentos: os maridos deixam de beijá-las na boca; chamam-nas de leprosas; há ênfase em procedimentos excessivamente higiênicos, como a separação de copos, pratos e talheres e de tudo que for por elas tocado.

Em face disso, pode-se dizer que as ações educativas não estão sendo alcançadas, apontando uma lacuna no atendimento dessas mulheres, pois as ações de saúde dirigidas a elas e a seus conviventes não estão dando conta de suas subjetividades, de seus processos internos, da vivência do adoecimento, de conviver e compartilhar um espaço com alguém que tenha o corpo alterado pela hanseníase.

As ações voltadas somente ao tratamento medicamentoso não conseguem abranger os processos psicossociais que as mulheres com alterações corporais pela hanseníase passam em seus cotidianos. Isso indica a necessidade de ações que alcancem a subjetividade feminina dessas mulheres que vivenciam o processo do adoecimento e que, muitas vezes, ficam sem condições de diálogo dentro das unidades de saúde. Pois elas não conseguem falar de suas vivências, do modo como vivem e sofrem com a doença em seus corpos, de como se cuidam, dos medos, do preconceito vivenciado, de como se relacionam com os outros, bem como de suas necessidades e anseios.

A busca de estratégias para melhorar as ações de saúde dirigidas às mulheres e a seus conviventes aponta a importância da equipe de saúde e, mais precisamente, dos enfermeiros, para que, ao assisti-las, seja levada em consideração a subjetividade escondida por trás da objetividade demonstrada em seus corpos alterados. O modo como representam essas marcas pode suscitar um referencial de medidas educativas coerentes e voltadas as suas reais necessidades de saúde, ajudando o processo de (re)construção das representações sociais da

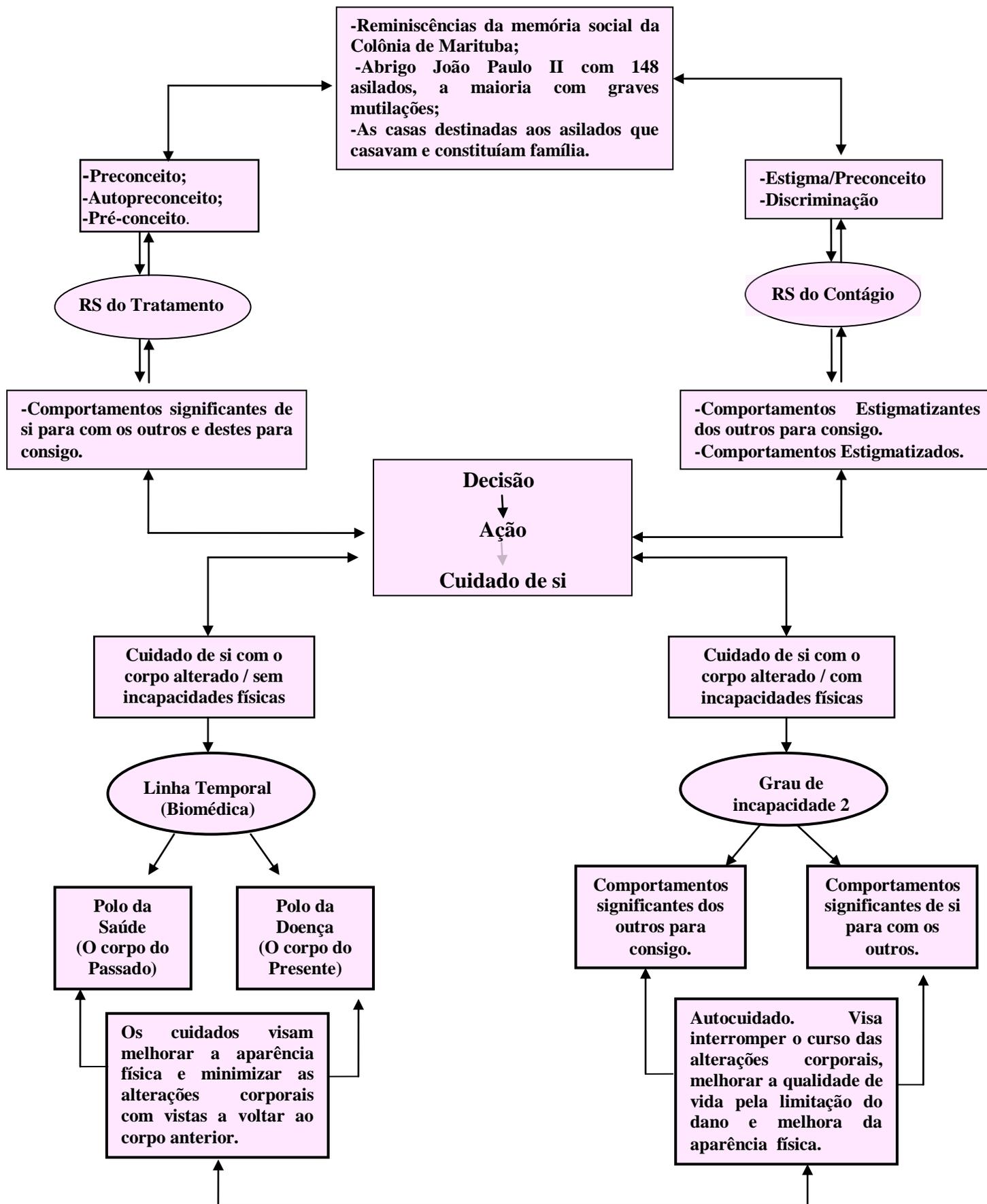
hanseníase das mulheres e de seus conviventes, cujas ações estigmatizantes refletem o saber de seus pertencimentos sociais sobre o contágio.

O enfermeiro que atua na rede básica de saúde tem como alvo do cuidado a atenção à saúde integral do outro, devendo proporcionar-lhe cuidados que alcancem um estado de bem-estar geral consigo e com as outras pessoas. Porém, isso só é possível a partir de uma abordagem holística, pois, no que tange às mulheres com o corpo alterado pela hanseníase, há necessidade de se entender sua subjetividade, principalmente no que se refere à autoestima e autoimagem de tais mulheres, de modo que se trabalhem com elas as ações relativas ao cuidado de si de maneira reflexiva, incentivando o autocuidado e a construção de uma autoimagem positiva.

Uma contribuição do estudo para os sujeitos foi que, ao final das entrevistas, houve oportunidade de ampliar a interação entre a pesquisadora e as mulheres, por meio de um trabalho educativo individual com vistas ao diálogo sobre a doença, seu tratamento e cuidados relacionados ao corpo, à terapêutica medicamentosa e outros, visando elucidar dúvidas e debater sobre suas concepções detectadas pela pesquisadora durante a entrevista, ajudando a desconstruir dogmas e mitos existentes no que concerne à hanseníase. Nesse sentido, aponta-se o caráter convergente-assistencial desta pesquisa, em especial no encontro com as mulheres, no momento da produção dos dados.

Em síntese, a partir das imagens, informações, afetos e comportamentos relacionados à hanseníase, as representações sociais das mulheres sobre seus corpos alterados pela hanseníase articulam elementos que conformam o campo que, figurativamente, esquematiza como tais RS se organizam:

Figura 12 – Campo das representações sociais do corpo por mulheres com o corpo alterado pela hanseníase e suas implicações e demandas de cuidado de si



À luz das discussões postas no alcance dos objetivos desta pesquisa, confirma-se a tese de que o corpo da mulher marcado pela hanseníase com qualquer incapacidade visível compreende um universo subjetivo, produz representações, ao tempo em que se torna produto das mesmas, interfere na maneira desta mulher refletir sua autoimagem, implicando em determinados modos de cuidado de si e de relacionar-se com o mundo. Pois, no campo da representação social do corpo alterado pela hanseníase, se evidenciaram imagens e sentidos atribuídos pelas mulheres e por pessoas com as quais convivem que comunicam estigmas e preconceitos enraizados que se ancoram em uma história social da lepra, os quais trazem consequências que levam dor e sofrimento ao cotidiano destas mulheres, na forma com que lidam com seus corpos e com suas perdas. Na ressignificação de seus corpos, elas balizam a saúde e a doença como polos de comparação entre passado e presente, e buscam formas de viver através do investimento no tratamento médico e nos cuidados, os quais emergem como estratégias para superar as incapacidades e resgatar a feminilidade escondida/revelada em seus corpos.

A partir do cuidado prescrito, ensinado (autocuidado), as mulheres, com sua capacidade ativa, criativa e reflexiva na produção do conhecimento, demonstram potencial para o alcance do cuidado de si, na medida em que precisam preservar suas identidades vivendo melhor com o corpo que têm. O cuidado de si se revelou nesta tese como um cuidado libertador para as mulheres, um cuidado derivado de sua compreensão e aceitação de sua nova condição, na adoção de práticas específicas de cuidado, para melhor viver e conviver com a família e a sociedade.

Esta tese contribui para o campo de conhecimento da enfermagem de saúde pública, em especial, para a área que se dedica aos estudos das doenças transmissíveis, naquilo que importa às implicações psicossociais das doenças. E, especificamente, ressaltam-se suas contribuições ao campo da enfermagem fundamental, na linha de pesquisa de fundamentos do cuidado de enfermagem, na medida em que traz à tona a subjetividade feminina, através dos saberes do senso comum que conformam comportamentos frente à vivência do adoecimento, indicando possibilidades ao cuidado de si, fundamentais para o bem-estar, o conforto e o viver destas mulheres. Ainda mais, seus resultados reiteram a importância e a necessidade de se compreender profundamente o ser humano, para melhor cuidá-lo, elemento essencial à enfermagem, de acordo com os princípios nightingaleanos.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABRIC, J-C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. (Orgs). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 27-38.
- ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. [trad. Laureano Pelegrin]. Bauru, SP: EDUSC, 2001.
- ALBUQUERQUE M. O estigma da hanseníase: o pavor do contágio e as primeiras noções de contenção de risco. **jornal da Anbio**, Rio de Janeiro, ano 1, n. 2, mar. 2001. Disponível em: <http://www.anbio.org.br/jornais/jornal/pag11.htm>. Acesso em 20 dez 2010.
- ALFERES, V.R. O corpo: Regularidades discursivas, representações e patologias. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 23, p. 211-219, 1987. Disponível em www.fpce.uc.pt/nucleos/niips/i_pub/val_pub/corpo.htm. Acesso em: 12 out. 2008.
- ALVES-MAZOTTI, A.J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas Ciências naturais e Sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1999.
- ANDRADE, M. **O ser-enfermeiro Assistindo ao Portador de Hanseníase Incursão na Vivência Fenomenológica**. 1993, 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.
- ANDRADE, S.S. Saúde e beleza do corpo feminino – algumas representações no Brasil do Século XX. **Movimento**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 119-143, jan./abr. 2003. Disponível em <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/Movimento/article/view/2665>. Acesso em: 22 abr. 2008.
- ANDRADE, V. *et. al.* Fatores Associados ao Domicílio e a Família na determinação de Hanseníase. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10 (supl. 2), p.281-292, 1994.
- _____. Uma Nova Perspectiva para Acelerar a Eliminação da Hanseníase no Brasil – A Integração na Atenção Básica. **Boletim de Dermatologia Sanitária**, v. 8, n. 2, p.51-58, 2000.
- ARAÚJO, S.R.F. de. Determinantes genéticos da hanseníase em uma população do Rio Grande do Norte. 2008, 110 f. Dissertação (Mestrado em Bioquímica) . Centro de Biociências. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2008.
- ARRUDA, A. As representações sociais: desafios de pesquisa. **Revista de Ciências Humanas**: EDUFSC. Florianópolis, p. 9-23, 2002. Especial temática.
- BAIALARDI, K.S. O estigma da hanseníase: relato de uma experiência em grupo com pessoas portadoras. **Hanseno. Int.** (Online). v.32, n.1, p. 27-36, 2007. Disponível em: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-51612007000100004&lng=pt&nrm=iso . Acesso em 15 jan. 2011.
- BAKIRTZIEF, Z. Identificando barreiras para aderência ao tratamento da hanseníase. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 497-505, 1996.

BAMBIRRA, N. O Atendimento Multiprofissional da Hanseníase no Serviço de Dermatologia do Hospital das Clínicas da UFMG. *In: 7º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária*, 2004, Belo Horizonte. **Anais eletrônicos**. Minas Gerais: UFMG, 2004. Disponível: <http://www.ufmg.br/proex/arquivos/7Encontro/Saude117.pdf>. Acesso em: 12 out. 2009.

BARBARÁ, A.; SACHETTI, V.A.R.; CREPALDI, M.A. Contribuições das Representações Sociais ao estudo da Aids. **Interação em Psicologia**. v. 9, n. 2, p. 331-9, 2005.

BARBOSA, D.M.; SILVA, D.M.O.; ROSA, E.T.A. A percepção das perdas no âmbito psicossocial de indivíduos com deformidade na face em decorrência da hanseníase. **Estudos**, Goiânia, v. 34, n. ½, p. 101-118, jan./fev. 2007.

BARLETA, I.M.P. **A mulher com alterações corporais**: um estudo de representações sociais. 2003, 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

BEIGUELMAN, B. Genética e Hanseníase. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 117-128, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n1/a11v07n1.pdf> Acesso em: 18 abr. 2009.

BITTENCOURT, L.P. *et al.* Estigma: percepções sociais reveladas por pessoas acometidas por hanseníase. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 185-90, abr./jun, 2010.

BORENSTEIN, M.S. *et al.* Hanseníase: estigma e preconceito vivenciados por pacientes institucionalizados em Santa Catarina (1940 – 1960). **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 61. n. esp., p.708-12, 2008.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 14. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

BRASIL. **Decreto Federal nº 76.078 de 04 de agosto de 1975**. Altera a denominação de órgãos do Ministério e dá outras providências. Brasília (DF); 1975.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 165/BSB de 14 de maio de 1976. Regulamenta as instruções para execução das normas de controle da hanseníase. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília (DF), 11 jun. 1976, seção 1, parte 1, p. 830.

_____. **Lei Federal nº 8069 de 13 de julho de 1980. Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília (DF), 1980. Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/anotada/2342250/art-2-do-estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-lei-8069-90> Acesso em 28 out. 2008.

_____. **Lei Federal nº 9.010 de 29 de março de 1995**. Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. Brasília (DF), 1995.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SVS/MS Nº 354, de 15 de agosto de 1997**. Regulamenta o registro, a produção, a fabricação, a comercialização, a exposição à venda, a prescrição e a dispensação dos produtos à base de talidomida. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em <http://www6.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/legislacao/0055>. Acesso em: 27 abr. 2009.

_____. Brasil. **Decreto Federal nº 3298, de 20 de dezembro de 1999**. Regulamenta a Lei 7853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências. Poder Executivo, Brasília, DF, 1999.

_____. Departamento de Gestão e Políticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a elaboração de Programas de Capacitação para a Equipe de Saúde da rede básica atuar nas Ações de Controle da Hanseníase pela área técnica de Dermatologia Sanitária**. Brasília: Ministério da Saúde. 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1073/GM de 26 de setembro de 2000. Publicada no D.O.U. - 188-E – p. 18 -Seção 1- 28 de setembro, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Lei Federal nº 10.741 de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras competências. Brasília (DF), 2003. Disponível em: <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10741.htm> Acesso em 28 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de prevenção de incapacidades**. 3. ed., rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria conjunta N° 125, de 26 de março de 2009. Define ações de controle da hanseníase. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/poc0125_26_03_2009.html. Acesso em: 12 mai. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portal Saúde. 2010a. Disponível em <http://WWW.hanseníase.datasus.gov.br>. Acesso em: 22 abr. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BUB, M.B.C. *et al.* A Noção de Cuidado de Si Mesmo e o Conceito de Autocuidado na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, n.15 (Esp.), p. 152-157, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 11 maio 2008.

CARDOSO, D.C.; CONDE, M.R. **A representação social de pacientes oncológicos sobre o processo saúde-doença: implicações para o cuidado com a saúde**. Belém, 2007. Monografia (Graduação em Enfermagem), Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Pará, Pará, 2007.

CARRARO, T.E.; RADÜNZ, V. Cuidar de si para cuidar do outro. In REIBNITZ et al. (org.): **O processo de cuidar, ensinar e aprender o fenômeno das drogas: políticas de saúde, educação e enfermagem.** Florianópolis: PEN/UFSC, v.2, 2003. p. 99-111.

CARRASCO, M.A.P. **O saber de enfermagem na assistência à hanseníase no estado de São Paulo.** Campinas, 1997. Tese (Doutorado), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1997.

CASAES, N.R. **Suporte social e vivência de estigma: um estudo entre pessoas com HIV/Aids.** 2007, 123 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2007. Disponível em: http://www.pospsi.ufba.br/Nilton_Casaes.pdf Acesso em: 24 mar. 2010.

CASTILHO, S.M. **A imagem corporal.** Santo André: ESETec, 2001.

CLARO, L.B.L. **Hanseníase: representações sobre a doença.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

COUTINHO, B.B.; TRINDADE, Z.A. As Representações sociais de saúde no tratamento da leucemia e linfoma. **Psic: revista da vetor editora**, v. 1., n.1, jun. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1676-73142006000100003&script=sci_arttext Acesso em: 09 nov. 2010.

CRUZ, A. A Inconformidade dos corpos e a doença no espaço público. O Cabo dos trabalhos: **Revista Electrónica do Programa de Doutorado Pós-Colonialismos e Cidadania Global.** n. 2, 2007. Disponível em: <http://cabodostrabalhos.ces.uc.pt/n2/ensaios.php>. Acesso em: 22 mar. 2010.

CRUZ, C.A.V. *et al.* **A Endemia Hansênica no Estado do Pará: perspectivas para a eliminação.** Belém, 1998, 79 f. Monografia (Especialização em Epidemiologia), Hospital Universitário João de Barros Barreto, Universidade Federal do Pará, Pará, 1998.

CURY, A. **A ditadura da beleza e a revolução das mulheres.** Rio de Janeiro: Sextante, 2005.

DALBOSCO, C.A. Corpo e alma na velhice: significação ético-pedagógica do “cuidado de si mesmo”. **Rev. Bras. de Ciên. do Envelh. Hum.** Passo Fundo, v. 3 n. 1, p. 22-37, jan./jun. 2006. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/59> . Acesso em: 03 nov. 2008.

DIAS, A.S.R.; BARBOSA, E.N. **Os contatos de Hanseníase em uma Unidade Básica de Saúde de Belém-Pará: controle ou descontrole?** 2001, 73 f. Monografia (Graduação em Enfermagem). Curso de Enfermagem, Universidade do Estado do Pará, Pará, 2001.

EIDT, L.M. **O mundo da vida do ser hanseniano: sentimentos e vivências.** 2000, 252f. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2000.

EIDT, L.M. Ser hanseniano: sentimentos e vivências. **Hansenologia Internat.** v. 29, n. 1, p. 21-27, 2004.

FEMINA, L.L. *et al.* Lepra para hanseníase: a visão do portador sobre a mudança de terminologia. **Hansenol. int.** (Online). Baurú, v.32, n.1, p. 37-48, 2007.

FERREIRA, A.M.R. **Hanseníase**: representações sociais dos enfermeiros do Programa Saúde da Família (P.S.F.) do município de Belém. 2003, 113 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

FERREIRA, I.N.; ALVAREZ, R.R.A. Hanseníase em menores de quinze anos no município de Paracatu, MG (1994 a 2001). **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 41-49, 2005.

FERREIRA, J. O Corpo Sígnico. *In*: ALVES, P.; MINAYO, M.C.S. (Orgs.). **Saúde e Doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

FERREIRA, M.A. **O corpo no cuidado de enfermagem**: representações de clientes hospitalizados. 1999. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

FERREIRA, M.A.; FIGUEIREDO; N.M.A., ARRUDA, A. A Expressão do gênero nas representações de clientes hospitalizados sobre o cuidar e o cuidado de enfermagem. **Cadernos de Saúde Coletiva**. v. 1, n. 2, p.11-23, jul./dez. 2002.

FERREIRA, M.L.S.M.; MAMEDE, M.V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 11, n. 3 p. 299-304, maio-jun. 2003.

FIGUEIREDO, I.A. **O Plano de Eliminação da Hanseníase no Brasil em questão**: o entrecruzamento de diferentes olhares na análise da política pública. 2006, 209 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas). Centro de Ciências Sociais, Universidade Federal do Maranhão, Maranhão, 2006.

FONSECA, L.M. **Termos e expressões utilizados por familiares ao relatarem suas experiências nos diferentes momentos do adoecimento mental**. 2010, 77 f. Dissertação (Mestrado em Ciências, Programa de Enfermagem Psiquiátrica). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

FOUCAULT, M. **As Técnicas de Si**. Traduzido por Wanderson Flor do Nascimento e Karla Neves, 1982. Disponível em: < www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault> . Acesso em: 23 jul. 2009.

_____. **A hermenêutica do sujeito**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 35. ed. Petrópolis: Vozes, 2008a.

_____. **Microfísica do Poder**. 26. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2008b.

_____. **História da sexualidade 3**: o cuidado de si. 10. re. São Paulo: Graal, 2009.

GARBINO, J.A. Neuropatia Hanseniana: aspectos fisiopatológicos, clínicos, dano neural e regeneração. *In: OPRMOLLA, D.V.A. Noções de hansenologia*. Bauru (SP): Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000. p. 79-89.

_____. Ensaio Clínico e neurofisiológico sobre a resposta do nervo ulnar, na hanseníase em reação tipo 1 e tipo 2, sob diferentes regimes de esteróides via oral. 2006, 115 f. Tese (Doutorado em ciências. Área de Concentração: Infectologia em Saúde Pública). Programa de Pós-graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, 2006. Disponível em: http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:RJJEaD1rjGcJ:hansen.bvs.ilsl.br/textoc/teses/GARBINO_JOSE%2520ANTONIO/PDF/GARBINO_JOSE.pdf. Acesso em: 03. jun. 2011.

GARBINO, J.A.; OPRMOLLA, D.V.A. Monitoração da Neuropatia da Hanseníase. *In: OPRMOLLA, D.V.A.; BACCARELLI, R. Prevenção de Incapacidades e Reabilitação Hanseníase*. Bauru (SP): Instituto Lauro de Souza Lima, 2003. p. 33-36.

GARCIA *et. al.* Considerações psicossociais sobre a pessoa portadora de hanseníase. *In: OPRMOLLA D.V.A.; BACCARELLI R. (organizadores). Prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase*. Bauru (SP): Instituto Lauro de Souza Lima, 2003. p. 25-30.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. *In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Petrópolis (RJ): Vozes, 2004, p.64-89.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Trad. Márcia Bandeira Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. Rio de Janeiro: Record, 2007.

GÓMEZ, D.J.C. Cuerpo de Mujer: territorio delimitado por el discurso médico. **Comunidad y Salud**. v. 5, n. 1, p. 32-37, Ene./Jun. 2007. Disponível em: <http://www2.scielo.org/ve/scielo>. Acesso em: 23 maio 2008.

GONÇALVES, H. **Peste Branca**: um estudo antropológico sobre a tuberculose. Rio Grande do Sul: Editora UFRGS, 2002.

GUERRA, J.G. *et al.* Erythema nodosum leprosum case series report: clinical profile, immunological basis and treatment implemented in health services. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** [online] Uberaba, v. 37, n. 5, p. 384-390, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822004000500003. Acesso em: 18 abr. 2009.

HELENE, L.M.F.; SALUM, M.J.L. A reprodução social da hanseníase: um estudo do perfil de doentes com hanseníase no Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**. v. 18, n. 1. p. 101-113, 2002.

HERZLICH, C. A Problemática da Representação Social e sua utilidade no campo da doença. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15 (Suplemento), p. 57-70, 2005.

JODELET, D. **La representation sociale du corps**. Paris: Laboratoire de Psychologie Sociale Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1981.

_____. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. *In*: MOSCOVICI, S. (Org.). **Pensamiento y vida social**. Barcelona/Buenos Aires/México: Paidós, 1984. p. 469-494.

_____. Representações do contágio e a AIDS. *In*: JODELET, D.; MADEIRA, M. (org.). **Aids e representações sociais: a busca de sentidos**. Natal: EDUFRRN, 1998. p. 17 – 45.

_____.(Org.). **As Representações sociais no campo das ciências humanas**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

JOPLING, W.H.; MC DOUGALL, A.C. **Manual de Hanseníase**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 1991.

JOVCHELOVITCH, S. **Os Contextos do Saber: representações, comunidade e cultura**. Trad. Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

KERN, F.A. **Os sentidos das teias e redes sociais no contexto da Aids: um retorno para a vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

KRONBERGER, N.E. WAGNER, W. Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos. *In*: BAUER, M.W. & GASKELI, G. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático** (Tradução de Pedrinho A. Guareschi). Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. p. 416-441.

LARINI, K.C.P.; SIMÕES, R. Sobrepeso ou obesidade: a visão de corpos de mulheres maduras. **Movimento & Percepção**. v. 10, n. 14, p. 67-85, Jan./jun. 2009.

LE BRETON, D. **Antropologia del cuerpo y modernidad**. Buenos Aires: Nueva Vision, 1995.

_____. **Adeus ao Corpo: Antropologia e Sociedade**. Tradução de Marina Appenzeller. Campinas: Papirus, 2003.

_____. **A Sociologia do corpo**. Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

LOMBARDI, C. Aspectos epidemiológicos da mortalidade entre doentes de hanseníase no Estado de São Paulo, Brasil (1931-1980). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.18, n.2, p. 71-107, abr. 1984. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v18n2/03.pdf> Acesso em: 27 set. 2010.

MARZANO-PARISOLI, M.M. **Pensar o Corpo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MATTOS, D.M.; FORNAZARI, S.K. A lepra no Brasil: representações e práticas de poder. **Cadernos de Ética e Filosofia Política**. vol. 6, n.1, p. 45-57, 2005.

MEDEIROS, P.F. *et al.* A divers(idade) em saúde para corpos femininos. **Mnemosine**, v.1, n. 1, p. 234-261, 2005. Disponível em: <http://www.cliopsyche.cjb.net/mnemosine/viewarticle.php?id=42&layout>. Acesso em: 08 abr. 2008.

MENDES, M.L.S. **Mudanças familiares ao ritmo da doença**: as implicações das doenças crônicas na família e no centro de saúde. 2004, 186 f. Dissertação [Mestrado em Sociologia]. Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho, Portugal, 2004. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/953/2/Tese%20Mestrado.pdf> Acesso em 25 jan. 2011.

MEYER, D.E. **Identidades traduzidas**: cultura e docência teuto-brasileiro-evangélica no Rio Grande do Sul. Santa Cruz do Sul: Sinodal, EDUNISC, 2000.

MILANEZ, N. Corpo cheiroso, corpo gostoso: unidades corporais do sujeito no discurso. *Acta Scientiarum. Language and Culture*. v. 31, n.2, p. 215-222, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto**: hanseníase. Belo Horizonte: Secretaria de Atenção à Saúde/Minas Gerais, 2006. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/LinhaGuiaHanseniase.pdf> Acesso em 07 jan. 2011.

MINUZZO, D.A. **O homem paciente de hanseníase (lepra)**: representação social, rede social familiar, experiência e imagem corporal. 2008, 140 f. Dissertação (Mestrado em Políticas de Bem-Estar em perspectiva; evolução, conceito e actores). Universidade de Évora. Portugal, 2008. Disponível em: http://www.ensino.uevora.pt/pbe_erasmus_mundus_phoenix/thesis/thesis_hanseniase_lepra_minuzzo.pdf Acesso em 06 set. 2009.

MIRANDA, C.A.S. **Hanseníase** – o impacto da representação social e a crise identitária. João Pessoa: Ed. Universitária, 1999.

MONTAGU, A. **Tocar**: o significado humano da pele. 4. ed. São Paulo: Summus, 1988.

MOREIRA, A.S.P.; MORIYA, T.M. Aspectos psicossociais da epilepsia: representações sociais intergrupos. In: MOREIRA, A.S.P; OLIVEIRA, D.C. (org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiania: AB, 1998. p. 205-214.

MORHAN. **Dossiê: a história dos filhos órfãos de pais vivos no Brasil**. Disponível em: <http://www.morhan.org.br> .Acesso em 17 fev. 2011.

MOSCOVICI, S. **Representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. Das Representações Coletivas às Representações Sociais: elementos para uma história. In: JODELET, D. **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001. p. 45-66.

_____. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

_____. Preconceito e representações sociais. In: ALMEIDA, A.M.O.; JODELET, D. (orgs). **Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas**: representações sociais. Brasília: Thesaurus, 2009. p. 17- 49.

- NARDI, S.M.T. Reabilitação: a busca da funcionalidade plena. *In: MORHAN. **Atenção Integral à hanseníase no SUS: Reabilitação – um direito negligenciado*** [Ed. de lançamento], 2006. p. 14 -19.
- NASCIMENTO-SCHULZE, C; CAMARGO, B.V. Psicologia social, representações sociais e métodos. **Temas em Psicologia da SBP-2000**. v. 8, n. 3, p. 281-299, 2000.
- NIXON, S. Exhibiting masculinity. *In: HALL, S. (org.). **Representation Cultural representations and signifying practices***. London: Sage, 2003. p. 291-330.
- NOVAES, J.V. VILHENA, J. De cinderela à moura torta: sobre a relação mulher, beleza e feiúra. **Revista Interações**. n. 8, p. 9-36, 2003.
- OBREGON, D.T. **Batallas contra la Lepra: estado, medicina y ciencia en Colômbia**. Medellín: Fondo Editorial/Universidad Eafit, 2002.
- OLIVEIRA, D.C., GOMES, A.M.T.; MARQUES, S.C. Análise estatística de dados textuais: alguns princípios e uma aplicação ao campo da saúde. *In: MENIN, M.S.S.; SHIMIZU, A.M. (Orgs). **Experiência e representação social: questões teóricas e metodológicas***. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2005. p. 157-200.
- OLIVEIRA, M.H.P.; GOMES, R.; OLIVEIRA, C.M. Hanseníase e sexualidade: convivendo com a diferença. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 85-91, jan. 1999.
- OLIVEIRA, M.H.P.; ROMANELLI, G. The effects of Leprosy on men and women: a gender study. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jan./mar. 1998.
- OLIVEIRA, M.L.W.R. *et al.* A representação social da hanseníase, trinta anos após a substituição da terminologia “lepra” no Brasil. **História, Ciências e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p. 41–48, 2003. Disponível em: http://homolog.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000400003&lng=pt&nrm=iso&tlng=en Acesso em 19 dez. 2008.
- OLIVEIRA, M.M.; MONTEIRO, A.R.M. Mulheres mastectomizadas: ressignificação da existência. **Texto & Contexto Enferm**. Santa Catarina. v. 13, n. 3, p. 401-8. Jul./set. 2004.
- OLTRAMARI, L.C. Um estudo sobre as representações sociais da Aids nos estudos produzidos no Brasil. **Cadernos de Pesquisa interdisciplinar em ciências humanas**. Santa Catarina. n. 45, p. 1-17, Set. 2003. Disponível em: <http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/viewFile/1948/4428>. Acesso em 08 mar. 2009.
- ORTIZ, R. **Cultura Brasileira e identidade nacional**. São Paulo: Brasiliense, 2006.
- PAZ, M.H.D. **O significado da pele para mulheres portadoras de dermatoses: abordagem para educação em saúde**. 2003, 197 f. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde). Universidade de Fortaleza, Ceará, 2003.

PEDROLO, F.T.; ZAGO, M.M.F. A Imagem Corporal Alterada do Laringectomizado: resignação com a condição. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.46, n.4, p. 407-415, 2000. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_46/v04/pdf/artigo6.pdf Acesso em 22 out. 2008.

PEREIRA, D.A.A.; DOIMO, L.A.; KOWALSKI, M. Discurso estético do corpo – o autocuidado de mulheres. [CSOnline] – **Revista Eletrônica de C. Sociais**. Juiz de Fora. v.3, n. 6, p. 33-59. jan. /abr. 2009.

PÉRES, D.S.; FRANCO, L.J.; SANTOS, M.A. Feelings of women after the diagnosis of type 2 diabetes. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 16, n. 1, p. 101-108, jan./fev. 2008.

PESAVENTO, S.J. **História e história cultural**. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

PIMENTEL, M.I.F. *et al.* Neurite silenciosa na hanseníase multibacilar avaliada através da evolução das incapacidades antes, durante e após a poliquimioterapia. **An. Bras. Dermatol.** [online]. v.79, n.2, p. 169-179, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962004000200005. Acesso em 25 maio 2011.

QUEIROZ, M.S. Representações sociais: Uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. *In: Doenças Endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais*. BARATA, R.B.; BRICEÑO-LEÓN, R. (Orgs.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 27-46.

RODRIGUES, J. C. **Tabu do Corpo**. 7. ed., rev. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006.

ROMERO-SALAZAR, A. *et al.* El estigma en la representación social de la lepra. **Cadernos de Saúde Pública**. v.11, n. 4, p. 535- 542, 1995.

_____. La lepra: invisibilidad y estigma. **Opción**. v. 17, n. 35, p. 11-42, ago. 2001.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: UNESP / HUCITEC / ABRASCO, 1994.

ROSSI, L.; SANTOS, M.A. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento do câncer em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 23, n. 4, p. 32-41, 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/pcp/v23n4/v23n4a06.pdf> Acesso 03 fev. 2011.

SÁ, A.M.M. **O sentido do tratamento para tuberculose no cotidiano de doentes e de profissionais de saúde**. 2007, 161 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SÁ, C.P. de. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

SÁ, S.P.C.; FERREIRA, M.A. Cuidados fundamentais na arte de cuidar do idoso: uma questão para a enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev Enferm.**, Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.46-52, 2004.

SAMARÃO, L. O espetáculo da publicidade: a representação do corpo feminino na mídia. **Contemporânea**. n. 8, p. 45-57, 2007. Disponível em: http://www.contemporanea.uerj.br/pdf/ed_08/04LILIANY.pdf Acesso em 22 jan. 2011.

SANGI, K.C.C. *et al.* Hanseníase e estado reacional: história de vida de pessoas acometidas. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 209-214, abr./jun. 2009.

SANT'ANNA, P.A. *et al.* A expressão de conflitos psíquicos em afecções dermatológicas: um estudo de caso de uma paciente com vitiligo atendida com o jogo de areia. **Psicol. teor. prat.** [online]. São Paulo, v. 5, n. 1, p. 81-96, jun. 2003. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872003000100007&script=sci_arttext. Acesso em 29 mar. 2011.

SCHULZE, C.M.N. As representações sociais de pacientes portadores de câncer. *In*: SPINK M.J.P. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. 1. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 266-279.

SECCHI, K.; CAMARGO, B.V.; BERTOLDO, R.B. Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. **Psicologia: teoria e pesquisa**. v. 25, n. 2, p. 229-236, abr./jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a11v25n2.pdf> Acesso em 22 fev. 2011.

SILVA, J.B. A Ex-Colônia de Hansenianos de Marituba: perspectiva histórica, sociológica e etnográfica. **NAEA. UFPA**, Belém, paper n. 234, mai. 2009. Disponível em: www.ufpa.br/naea/pdf/PEPERS_NAEA.pdf. Acesso em 12 set. 2010.

SILVA, L.D. Corpo e deficiência. **Rev. pós-graduandos Sociol. UFPB**, v.3, n.1, mar. 2003. Disponível em <http://www.cchla.ufpb.br/paraiwa/03-dantasdasilva.html#_ftn1>. Acesso em: 4 nov. 2008.

SILVA, P.E. **Aids e religiosidade**: influências intersubjetivas aos acometidos pela epidemia. 2009, 127 f. Dissertação (Mestrado em Ciências das religiões). Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, 2009. Disponível em: http://bdtd.biblioteca.ufpb.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=482 Acesso em 24 jan. 2011.

SILVA, S.E.D. *et al.* Meu corpo dependente: representações sociais de pacientes diabéticos. **Rev. bras. enferm.** v. 63, n. 3, p. 404-409, maio/jun. 2010.

SILVA, T.T. **Identidade e Diferença**: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

SILVEIRA, I.R., SILVA, P.R. As representações sociais do portador de hanseníase sobre a doença. **Saúde Coletiva**. v. 3, n. 12, p. 112-17, 2006.

SOARES, C.G.M. **Hanseníase no Estado do Pará**: perfil epidemiológico da população que demanda internação por reações hansênicas. 2001, 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, São Paulo, 2001.

SONTAG, S. **Doença como Metáfora**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SPINK, M.J. O estudo empírico das Representações Sociais. *In:* _____ (Org.). **O conhecimento no cotidiano:** as Representações Sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995. p. 85-108.

THIENGO, M.A.; OLIVEIRA, D.C.; RODRIGUES, B.M.R.D. Representações sociais do HIV/Aids entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 39, n.1, p. 68-76, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/re USP/v39n1/a09v39n1.pdf>. Acesso em 13 jan. 2011.

TRONCA, I. **As máscaras do medo:** lepra e AIDS, Campinas, São Paulo: Editora da Unicamp, 2000.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das Representações Sociais *In:* MOREIRA, A.S.P; OLIVEIRA, D.C. (Org.). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social.** Goiânia: AB, 1998. p. 03 – 25.

WALDOW, V.R. **Cuidado Humano:** o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.



APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA PARA CAPTAÇÃO DO PERFIL DOS SUJEITOS

Data: ___/___/___

Identificação e Dados Sociodemográficos:

Nome _____ Código: _____

Idade _____ Religião _____

Situação conjugal _____ Vive com companheiro () Sim () Não

Com quem mora _____ Nível de escolaridade: _____

Profissão: _____ Ocupação atual: _____

Renda própria? _____ Renda familiar _____

Possui plano de saúde () Sim () Não

Bairro/Município onde mora _____ Casa própria () Sim () Não

Participa de alguma atividade social? () Sim () Não Qual? _____

Atividades de lazer: _____ Frequência: _____

Questões referentes ao Tratamento:

Forma Clínica da doença: _____ Tempo de doença: _____

Sinais e sintomas iniciais _____ Alterações presentes _____

Grau de Incapacidade _____

Antecedentes Pessoais: _____ Antecedentes Familiares _____

Tratamento PQT? _____ Há quanto tempo? _____

Reabilitação física? _____ Há quanto tempo? _____

Curativo? _____ Há quanto tempo? _____

Reação Hansênica: _____ Há quanto tempo? _____

Outro tipo de tratamento? _____ Há quanto tempo? _____

Alta medicamentosa? () Sim () Não Há quanto tempo? _____

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA ENTREVISTA

- 1) Quando eu falo “corpo”, “corpo de mulher”, o que isto te faz pensar?
- 2) Quais cuidados você acha que a mulher precisa ter com seu corpo?
- 3) Como você vê o seu corpo?
- 4) Como você cuida do seu corpo?
-(Explorar os cuidados antes e após o adoecimento).
- 5) Quando eu falo “Corpo com hanseníase”, o que isto te faz pensar?
- 6) Como é ser mulher e ter o corpo alterado pela hanseníase?
(Explorar a sua própria visão e a dos outros em relação a si).
- 7) A que você atribui o aparecimento das alterações no seu corpo?
- 8) Como é para você conviver com as alterações corporais provocadas pela hanseníase?
(Explorar as formas de relacionamento com o cônjuge, família e amigos).
- 9) Nas consultas que você fez na Unidade de Referência, o que você teria a dizer sobre as orientações relativas aos cuidados corporais?
(Explorar se houve orientações, por parte de quem, que tipo de orientações?)
- 10) O que você espera do tratamento que está fazendo atualmente em relação ao seu corpo?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE DOUTORADO



COMITÊ DE ÉTICA

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você foi selecionada e está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada: **“O que o corpo revela e o que esconde: mulheres com o corpo alterado pela hanseníase e suas implicações para o cuidado de si”**, que tem o propósito de saber o que as mulheres portadoras de hanseníase pensam sobre o seu corpo alterado; e que cuidados as mulheres tem com o seu corpo. A pesquisa terá duração de três anos e faz parte de um Curso de Doutorado em Enfermagem.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase da pesquisa, você será identificada por códigos (E1, E2). O que você disser será utilizado apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados apenas em eventos e/ou revistas científicas.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar. Sua recusa não lhe causará prejuízos, nem na sua relação com o pesquisador e nem com a instituição de saúde em que você faz tratamento.

Você participará desta pesquisa respondendo a uma entrevista na qual terá que dar respostas e, também, será observada pela pesquisadora enquanto estiver aguardando o seu atendimento na sala de espera. Em qualquer momento da entrevista, caso seja necessário, o psicólogo será chamado para conversar com você. Tais respostas serão gravadas com o auxílio de um aparelho (MP3), se você autorizar, e guardadas até 05 (cinco) anos após o término da pesquisa. Ao final deste prazo serão destruídas. As perguntas serão feitas pela própria pesquisadora. De acordo com sua disponibilidade será agendado o local, data e hora para realização desta.

Você não terá custo algum ou quaisquer pagamento financeiro ou de outra espécie. Não haverá dano de qualquer natureza seja ele: físico, mental ou moral. Porém, com a sua participação os benefícios em relação ao ensino e a assistência de Enfermagem serão de grande valia, pois na pesquisa será focado o corpo de mulher alterado pela hanseníase e as

implicações para o cuidado de si, o que requer uma associação deste com os cuidados de enfermagem recebidos nas instituições de saúde, base importante para a melhoria da assistência recebida em tais locais.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e e-mail do pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o estudo e sua participação, agora ou a qualquer momento.

IACÍ PROENÇA PALMEIRA
Fone: (091) 81189344
E-mail: iaci_palmeira@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: (21) 2293-8148/ramal 228
Rio de Janeiro, 09 de julho de 2009.

Autorização da cliente: Após ter tomado conhecimento do conteúdo deste Termo de Consentimento, concordo em participar voluntariamente desse estudo, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento, conforme consta nesse documento.

Belém, _____ de _____ de _____

Assinatura da participante ou de seu representante

**APÊNDICE D – SÍNTESE DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS MULHERES
DA PESQUISA**

Sujeitos	Idade	Município de resid	Religião	Relacionamento estável	Nível de Escolaridade	Atividade laboral fora do lar	Renda familiar (R\$)
E1	50	Marituba	Católica	Sim	Ens. médio completo	Sim	470,00
E2	53	Marituba	Não tem	Não	Ens. Médio incompleto	Não	884,00
E3	30	Marituba	Católica	Sim	Ens. Fund. incomp.	Sim	700,00
E4	36	Marituba	Católica	Não	Ens. Fund. incomp.	Não	400,00
E5	50	Marituba	Evangélica	Sim	Ens. Fund. incomp.	Não	460,00
E6	30	Marituba	Católica	Não	Ens. Fund. incomp.	Não	320,00
E7	51	Marituba	Católica	Não	Analfabeta	Não	550,00
E8	26	Ananindeua	Católica	Sim	Médio completo	Não	465,00
E9	48	Ananindeua	Evangélica	Sim	Ens. Fund. incomp.	Não	600,00
E10	40	Marituba	Católica	Sim	Superior Incomp.	Sim	4.000,00
E11	40	Ananindeua	Evangélica	Não	Ens. Fund. incomp.	Não	900,00
E12	40	Ananindeua	Católica	Não	Ens. Fund. incomp.	Não	450,00
E13	29	Marituba	Católica	Não	Ens. Fund. incomp.	Sim	465,00
E14	40	Ananindeua	Católica	Não	Ens. Fund. incomp.	Sim	400,00
E15	46	Marituba	Católica	Sim	Ens. Médio incomp.	Não	600,00
E16	33	Marituba	Evangélica	Não	Ens. Médio incomp.	Não	465,00
E17	25	Ananindeua	Evangélica	Sim	Ens. Médio completo	Sim	3.000,00
E18	21	Ananindeua	Católica	Sim	Ens. Médio incomp.	Sim	900,00

Sujeitos	Idade	Município de resid	Religião	Relacionamento estável	Nível de Escolaridade	Atividade laboral fora do lar	Renda familiar (R\$)
E19	23	Marituba	Católica	Não	Ens. Fund. completo	Não	82,00
E20	38	Marituba	Católica	Não	Ens. Fund. incompleto	Não	Vive de doações
E21	49	Marituba	Católica	Não	Ens. Médio incomp.	Sim	465,00
E22	41	Ananindeua	Católica	Sim	Ens. Fund. incomp.	Não	250,00
E23	34	Ananindeua	Católica	Sim	Ens. Fund. incomp.	Não	460,00
E24	29	Ananindeua	Evangélica	Sim	Ens. Fund. incomp.	Não	500,00
E25	50	Ananindeua	Católica	Não	Ens. Fund. incomp.	Não	200,00
E26	37	Ananindeua	Evangélica	Não	Superior Incompleto	Não	400,00
E27	45	Marituba	Evangélica	Não	Ens. Fund. incomp.	Não	1.000,00
E28	30	Ananindeua	Católica	Sim	Superior Incompleto	Sim	4.500,00
E29	29	Ananindeua	Umbandista	Sim	Superior Incompleto	Sim	1.50000
E30	22	Marituba	Evangélica	Sim	Ens. Médio completo	Sim	500,00
E31	37	Marituba	Católica	Sim	Analfabeta	Não	570,00
E32	45	Ananindeua	Católica	Sim	Ens. Fund. incomp.	Não	930,00
E33	36	Marituba	Evangélica	Não	Ens. Médio completo	Não	900,00
E34	28	Ananindeua	Católica	Não	Ens. Médio completo	Não	5.000,00
E35	30	Marituba	Católica	Sim	Ens. Médio completo	Não	465,00
E36	24	Marituba	Evangélica	Não	Ens. Médio Incompleto	Sim	1.200,00
E37	42	Ananindeua	Católica	Sim	Ens. Fund. incomp.	Não	900,00

Sujeitos	Idade	Município de resid	Religião	Relacionamento estável	Nível de Escolaridade	Atividade laboral fora do lar	Renda familiar (R\$)
E38	19	Marituba	Evangélica	Não	Ens. Médio completo	Não	600,00
E39	32	Marituba	Evangélica	Sim	Superior Incompleto	Não	2.500,00
E40	53	Marituba	Evangélica	Não	Ens. Fund. incomp.	Não	550,0
E41	27	Ananindeua	Evangélica	Sim	Ens. Fund. incomp.	Não	465,00
E42	42	Marituba	Evangélica	Não	Ens. Médio Incompleto	Sim	160,00
E43	30	Ananindeua	Evangélica	Sim	Ens. Médio Incompleto	Não	2.500,00

APÊNDICE E - SÍNTESE DO PERFIL CLÍNICO-TERAPÊUTICO DAS MULHERES DO ESTUDO

Sujeitos	Forma clínica quando portadora	Grau de Incapacidade	Antec. familiar	Estado reacional		Alta curada		Fisioterapia	Curativo
				Qto Tempo?	Qto Tempo?	Qto Tempo?	Qto Tempo?		
E1	MHV	2	Sim	Não	-	Sim	13 a	Sim	Sim
E2	MHV	2	Sim	Não	-	Sim	15 a	Sim	Sim
E3	MHD	0	Sim	Sim	12 m	-	-	Não	Não
E4	MHD	2	Sim	Não	-	Sim	10 a	Sim	Sim
E5	MHD	2	Não	Não	-	Sim	7 a	Sim	Não
E6	MHD	1	Não	Sim	3 a	Sim	2 a	Não	Não
E7	MHD	1	Sim	Sim	3 a	Sim	3 a	Sim	Não
E8	MHD	0	Sim	Sim	1 m	Não	-	Não	Não
E9	MHD	1	Não	Sim	5 m	Sim	4 m	Não	Não
E10	MHD	1	Sim	Não	-	Não	-	Não	Não
E11	MHV	0	Sim	Sim	2 m	Não	-	Não	Não
E12	MHI	0	Não	Não	-	Não	-	Não	Não
E13	MHV	1	Não	Sim	15 m	Sim	1 a	Não	Não
E14	MHV	2	Sim	Sim	1 m	Não	-	Não	Não
E15	MHV	2	Sim	Não	-	Sim	16 a	Sim	Sim
E16	MHD	2	Não	Sim	1 a	Sim	1 a	Não	Não
E17	MHD	0	Não	Não	-	Não	-	Não	Não
E18	MHT	0	Não	Sim	1 m	Sim	1 a	Não	Não

Sujeitos	Forma clínica quando portadora	Grau de Incapacidade	Antec. familiar	Estado reacional		Alta curada		Fisioterapia	Curativo
				Qto Tempo?	Qto Tempo?	Qto Tempo?	Qto Tempo?		
E19	MHD	0	Sim	Sim	4 m	Sim	10 m	Não	Não
E20	MHV	2	Não	Sim	16 m	Sim	4 m	Sim	Não
E 21	MHD	1	Sim	Sim	20 m	Sim	7 m	Sim	Não
E22	MHV	2	Sim	Sim	2 m	Sim	2 a	Não	Não
E23	MHD	2	Sim	Sim	3 a	Sim	10 m	Sim	Não
E24	MHV	1	Sim	Sim	2 a	Sim	1 a	Sim	Não
E25	MHV	0	Não	Sim	5 a	Sim	4 a	Não	Não
E26	MHD	0	Sim	Sim	2 m	Sim	10 d	Não	Não
E27	MHV	0	Sim	Sim	20 m	Sim	16 m	Não	Não
E28	MHD	0	Sim	Não	-	Não	-	Não	Não
E29	MHD	1	Sim	Sim	2 a	Sim	10 m	Sim	Não
E30	MHT	0	Não	Sim	4 a	Sim	4 a	Não	Não
E31	MHD	2	Sim	Sim	12 a	Sim	12 a	Sim	Não
E32	MHD	0	Não	Não	-	Não	-	Não	Não
E33	MHD	0	Sim	Sim	9 a	Sim	10 a	Não	Não
E34	MHV	0	Não	Não	-	Não	-	Não	Não
E35	MHT	0	Sim	Sim	4 m	Sim	8 m	Não	Não
E36	MHT	0	Sim	Sim	8m	Sim	6 a	Não	Não
E37	MHD	0	Sim	Sim	2 m	Sim	1 a	Não	Não
E38	MHT	1	Não	Não	-	Sim	1 m	Sim	Não
E39	MHT	0	Sim	Não	-	Não	-	Não	Não
E40	MHV	0	Sim	Sim	3 m	Não	-	Não	Não
E41	MHT	0	Sim	Não	-	Não	-	Não	Não
E42	MHD	0	Sim	Sim	1 a	Sim	6 m	Não	Não
E43	MHD	0	Não	Não	-	Não	-	Não	Não



ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE ACEITE DA URE DR. MARCELLO CÂNDIA



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
INSTITUTO POBRES SERVIDOS DA DIVINA PROVIDÊNCIA
URE DR. MARCELLO CÂNDIA

TERMO DE ACEITE

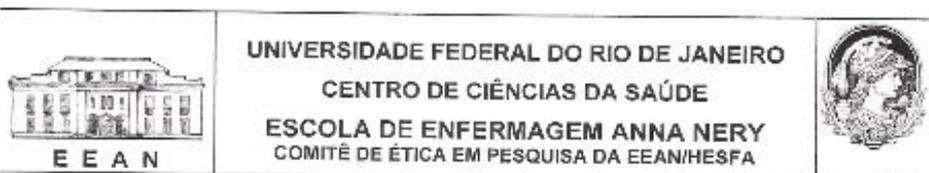
Informo para os devidos fins que o Conselho Técnico-Científico da Unidade de Referência Especializada em Dermatologia Sanitária Dr. Marcello Cândia deu parecer favorável a acadêmica fací Proença Palmeira, para realizar a pesquisa do Projeto de Tese em doutoramento da FEAN/UFRJ intitulada “O que o corpo revela e o que esconde: mulheres com alterações corporais pela hanseníase e suas implicações no cuidado de si” nesta Instituição.

Outrossim, informamos que a referida pesquisadora deverá assegurar a usuária entrevistada apoio psicossocial (caso seja necessário), devendo estar articulada com a equipe multiprofissional existentes na Unidade. Informamos ainda que a pesquisa deverá estar registrada no CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa). Ressaltamos que a pesquisadora tem autorização para realizar sua pesquisa nessa Instituição, consultar dados dos prontuários e outras informações pertinentes, sem, no entanto, retirar da Unidade qualquer prontuário ou documento da Instituição sem autorização. Informamos ainda que as informações fornecidas por esta Unidade devem ser necessariamente registradas no trabalho segundo as normas da ABNT, assim como, feita a devida referência à Unidade de Referência Especializada em Dermatologia Sanitária Dr. Marcello Cândia.

Marituba, 12 de Fevereiro de 2009


 Renata Pamplona Novaes
 Diretora da URE Marcello Cândia
 Nascimento: 12/05/1978
 Mat. Nº: 69037-1

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



Protocolo nº 31/2009

Título do Projeto: O QUE O CORPO REVELA E O QUE ESCONDE: MULHERES COM ALTERAÇÕES CORPORAIS PELA HANSENÍASE E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE SI

Responsável: Iaci Proença Palmeira

Instituição onde a pesquisa será realizada: SESPA

Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 17/06/09

SITUAÇÃO: APROVADO

Parecer

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde **APROVOU** o referido projeto na reunião realizada pelos membros do Comitê de Ética e Pesquisa, em 30 de junho de 2009.

Caso a pesquisadora altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao CEP para uma futura avaliação e emissão de novo parecer.

Lembramos que a pesquisadora deverá encaminhar o relatório da pesquisa daqui a 01 (um) ano e/ou ao término da mesma, com um CD, indicando o número do protocolo atual, como um compromisso junto a esta Instituição e o CONEP.

Rio de Janeiro, 03 de julho de 2009.

Maria Aparecida Vasconcelos Moura
Coordenadora do Comitê de Ética EEAN/HESFA/UFRJ

ANEXO C – RELATÓRIO DO PROCESSAMENTO DO TEXTO PELO PROGRAMA ALCESTE

Panorama Geral

A propos du corpus

Nom	corpo2 (206 Ko)
Individus (uci)	43
Modalités (mots étoilés)	65
Formes distinctes	3453
Formes réduites	619
Mots outils	225
Nombre total de formes	37049

Classement des u.c.e

710 u.c.e classées soit 83%

Classification double

u.c.i contenant la forme

uci n° 12 : **** *ind_12 *ida_3 *rel_1 *res_2 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_2 *K_1

uci n° 32 : **** *ind_32 *ida_3 *rel_1 *res_2 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_2 *K_1

uci n° 32 : **** *ind_32 *ida_3 *rel_1 *res_2 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_2 *K_1

Classification ascendante

83% classées

Elevee
Faible

Taille en %

Classe 1 Classe 2 Classe 3 Classe 4

Présence	khi2	Présence	khi2	Présence	khi2	Présence	khi2
corpo	147	usar	104	tratamento	38	mae	88
bonit	138	sol	90	vai	22	irm	77
manch	75	sapato	83	hanseniasse	19	cop	70
limp	70	protetor_sol	80	cur	18	filh	65
higiene	64	sombriinha	55	sei	18	pai	61
che	56	molh	53	quer	18	familia	60
banho	56	fer	52	gente	16	mor	59
vej	51	pes	51	tempo	16	filhos	42
pel	50	queim	44	doenca	15	cas	41
cheir	44	uso	43	pergunt	14	separ	39
cabelo	43	evit	42	acontec	13	crianca	38
hidrat	39	hidrat	40	convers	12	colher	37
unha	38	melhor	36	diz	11	marido	33
creme	38	oleo_de_am	36	pens	11	resultado	33
gost	37	fisioterapeu	29	trist	10	beb	30
fei	35	produto	25	vi	9	mago	27
mulher	34	mao	24	acab	9	prat	26
lis	33	moma	24	cont	9	amigos	26
gord	31	condic	24	inici	9	assunto	26
pint	31	completo	24	pesso	9	papai	22
perfum	29	fisioterapia	24	super	9	cham	21

Absence	khi2	Absence	khi2	Absence	khi2	Absence	khi2
fai	-23	ach	-10	hidrat	-52	corpo	-25
diss	-20	mulher	-10	sol	-47	sol	-15
sab	-16	bonit	-9	pel	-38	fic	-14
familia	-13	pens	-8	usar	-38	manch	-14
tratamento	-12	fei	-7	creme	-29	hanseniasse	-12
irm	-10	limp	-6	bonit	-27	pel	-11

Classification double - code 121 - Lundi 29 Novembre 2010 à 13 h 23

Dictionnaire des formes

Forme	Effectif
fic	319
corpo	311
tenh	286
uma	280
as	260
da	255
doenca	219

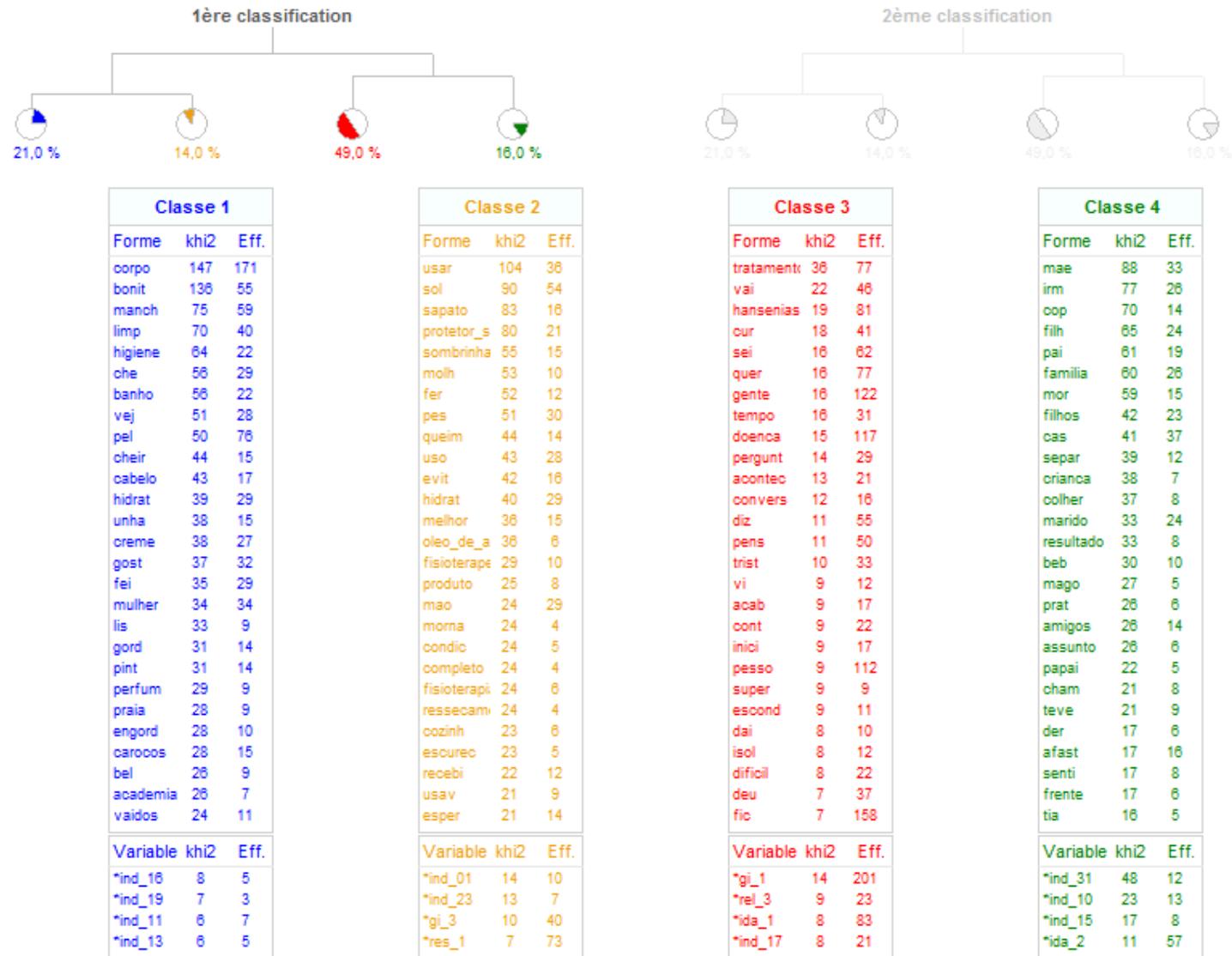
A.F.C en corrélations

Réseau d'une forme

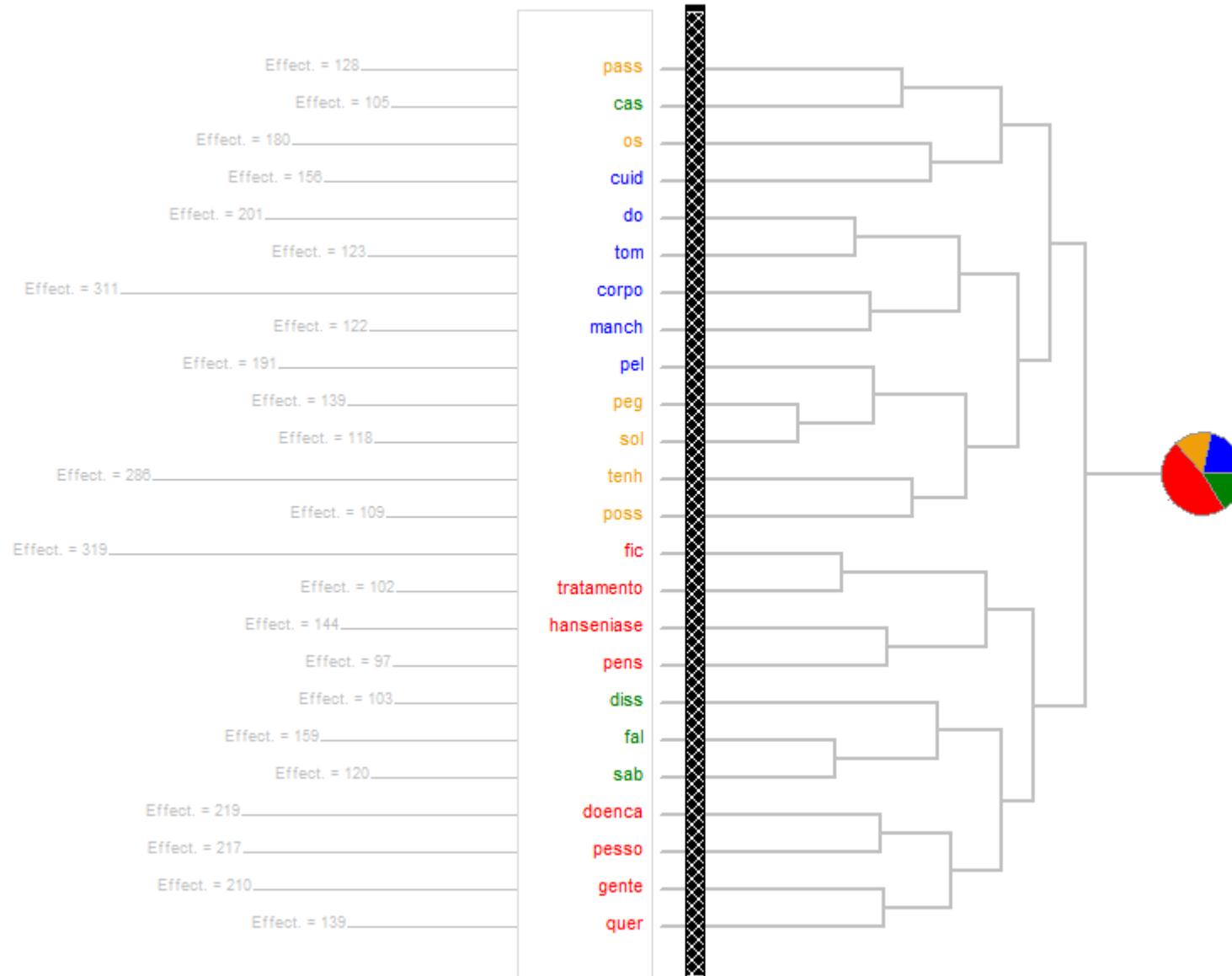
Distribution d'une forme

Cartographie d'une forme

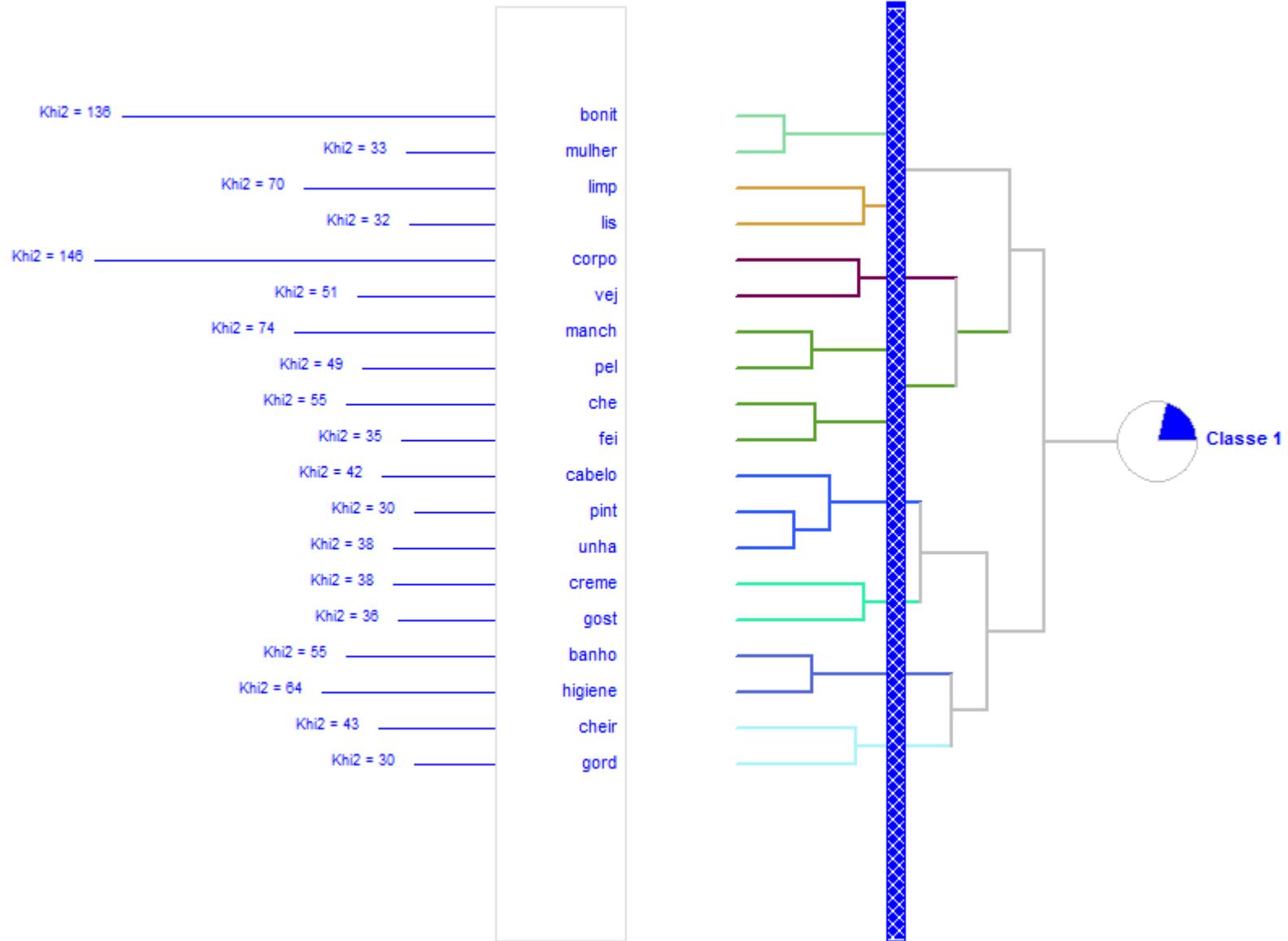
Classificação Descendente



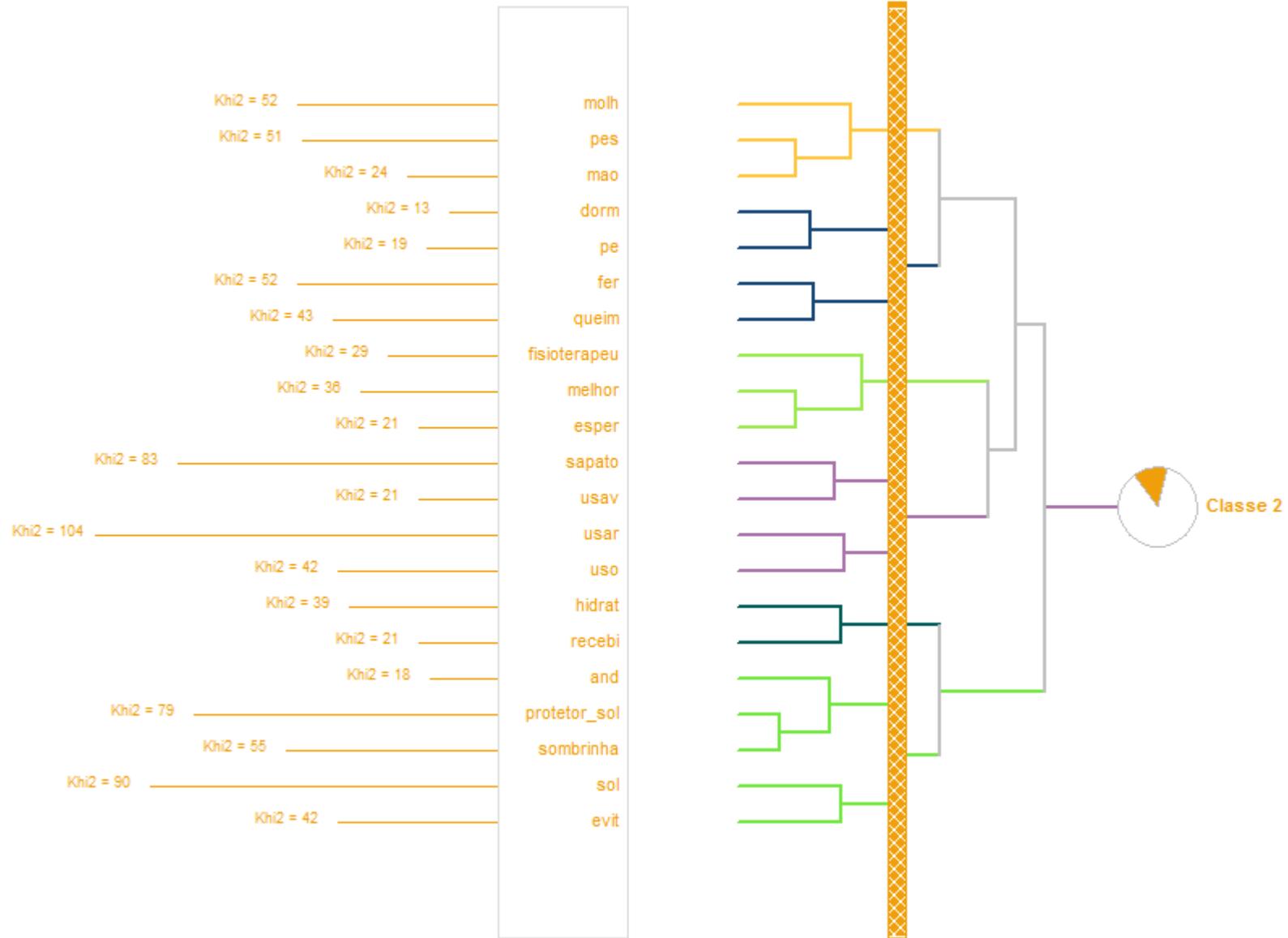
Dendograma Geral



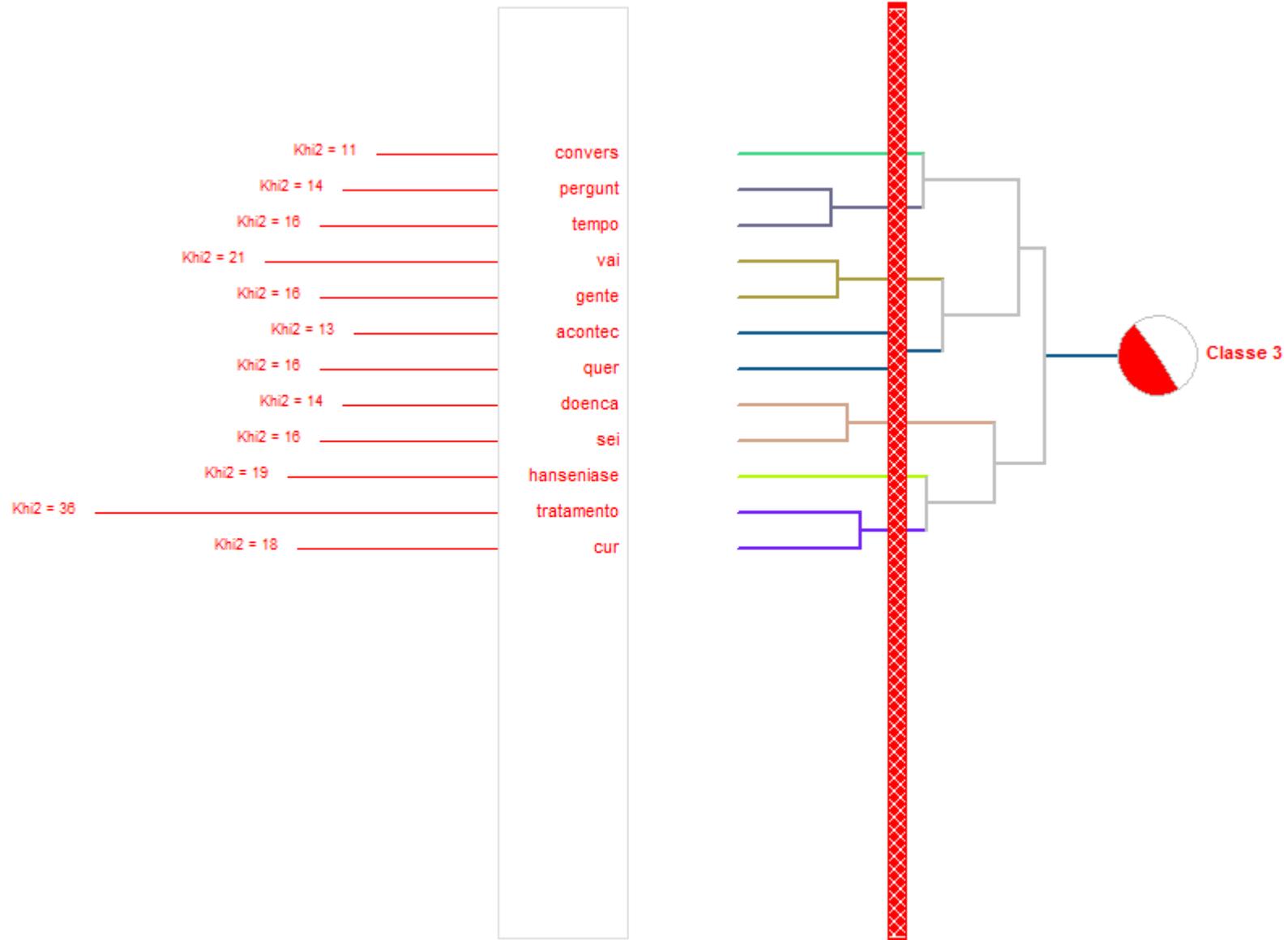
Dendograma – Classe 1



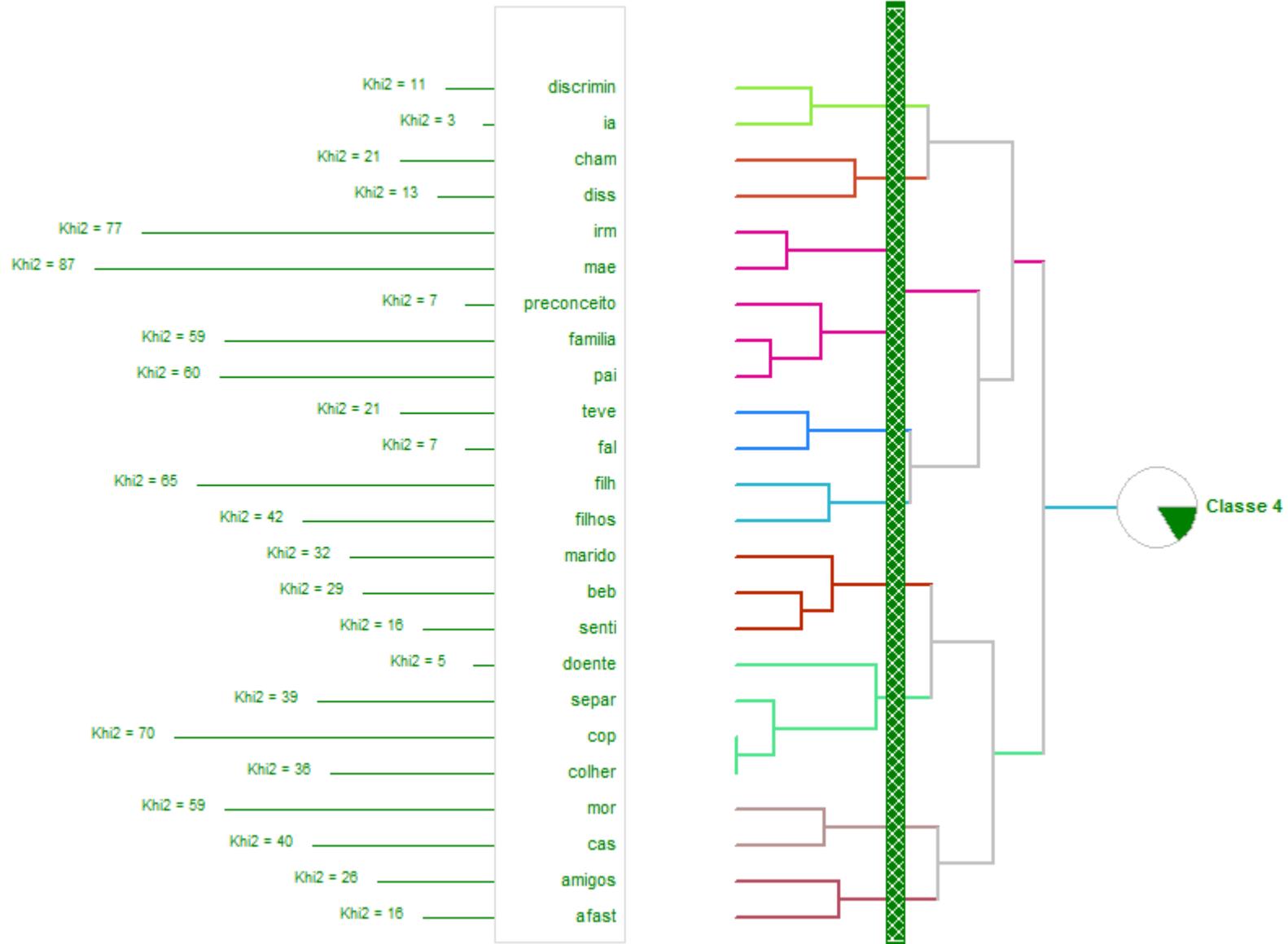
Dendograma – Classe 2



Dendograma – Classe 3



Dendograma – Classe 4

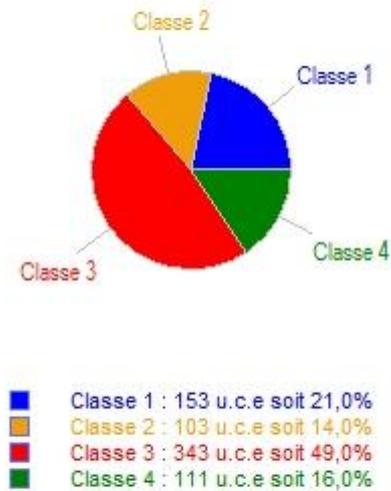


Croisement des classifications

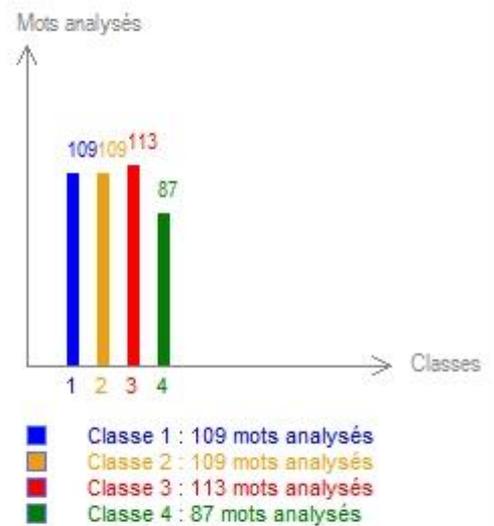
Après la phase de classification, voici les résultats retenus par Alceste:

Nombre de classes stables	4
Nombre minimum d'u.c.e pour retenir une classe	43
Pourcentage d'unités de contexte élémentaires (u.c.e) classées	82 %

Répartition des u.c.e classées

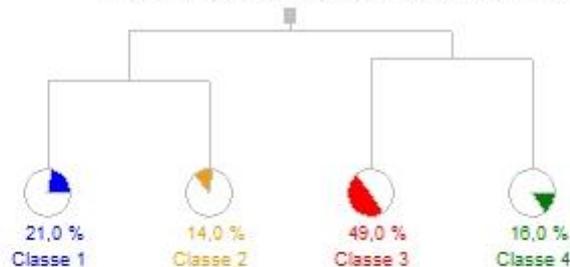


Nombre de mots analysés par classe

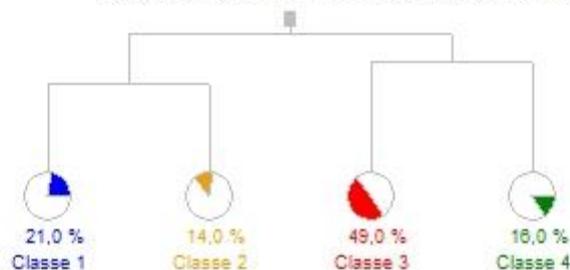


Arbre de classification descendante

Première classification descendante



Deuxième classification descendante



Résultats de la classe n°1

Voici le vocabulaire caractéristique (formes réduites) de la classe 1 en fonction du khi2.

Effectif 1 : effectif réel du mot dans la classe ;

Effectif 2 : nombre d'u.c.e de la classe contenant le mot ;

Total : nombre total d'u.c.e classées contenant le mot ;

Percent : pourcentage du nombre d'u.c.e de la classe contenant le mot.

Vocabulaire	Khi2	Effectif 1	Effectif 2	Total	Percent	Catégorie Grammaticale
corpo	147	171	91	163	56%	Formes non reconnues
bonit	136	55	43	49	88%	Formes non reconnues
manch	75	59	51	90	57%	Formes non reconnues
limp	70	40	32	45	71%	Formes non reconnues
higiene	64	22	21	24	88%	Formes non reconnues
che	56	29	23	30	77%	Formes non reconnues
banho	56	22	20	24	83%	Formes non reconnues
vej	51	28	25	36	69%	Formes non reconnues
pel	50	76	53	114	46%	Formes non reconnues
cheir	44	15	12	12	100%	Formes non reconnues
cabelo	43	17	13	14	93%	Formes non reconnues
hidrat	39	29	29	52	56%	Formes non reconnues
unha	38	15	14	17	82%	Formes non reconnues
creme	38	27	20	30	67%	Formes non reconnues
gost	37	32	27	48	56%	Formes non reconnues
fei	35	29	24	41	59%	Formes non reconnues
mulher	34	34	29	55	53%	Formes non reconnues
lis	33	9	9	9	100%	Formes non reconnues
gord	31	14	13	17	76%	Formes non reconnues
pint	31	14	11	13	85%	Formes non reconnues
perfum	29	9	8	8	100%	Formes non reconnues
agora	28	41	35	78	45%	Adverbes
praia	28	9	9	10	90%	Formes non reconnues
engord	28	10	10	12	83%	Formes non reconnues
carocos	28	15	12	16	75%	Formes non reconnues
bel	26	9	7	7	100%	Formes non reconnues
academia	26	7	7	7	100%	Formes non reconnues
um	25	103	70	209	33%	Numéraux
vaidos	24	11	9	11	82%	Formes non reconnues
saudavel	24	10	9	11	82%	Formes non reconnues
sem	23	38	27	58	47%	Prépositions simples et
gross	22	6	6	6	100%	Formes non reconnues
cuid	20	51	41	109	38%	Formes non reconnues
antes	19	34	30	72	42%	Adverbes
rosto	19	11	11	17	65%	Formes non reconnues
ginastica	18	5	5	5	100%	Formes non reconnues

magr	17	9	8	11	73%	Formes non reconnues
cuidados	17	15	13	23	57%	Formes non reconnues
aparencia	17	6	6	7	86%	Formes non reconnues
blusa	15	5	4	4	100%	Formes non reconnues
costa	15	5	4	4	100%	Formes non reconnues
caminh	15	5	4	4	100%	Formes non reconnues
suj	14	6	6	8	75%	Formes non reconnues
escur	14	11	10	17	59%	Formes non reconnues
ferida	14	8	6	8	75%	Formes non reconnues
gordura	14	5	5	6	83%	Formes non reconnues
bom	13	9	9	15	60%	Interjections
num	13	9	9	15	60%	Formes non reconnues
sol	13	27	27	71	38%	Formes non reconnues
tipo	13	9	9	15	60%	Formes non reconnues
essas	13	15	13	26	50%	Pronoms
meu	11	82	64	218	29%	Pronoms
seio	11	3	3	3	100%	Formes non reconnues
esses	11	6	6	9	67%	Pronoms
manga	11	4	3	3	100%	Formes non reconnues
perna	11	9	8	14	57%	Formes non reconnues
bronze	11	3	3	3	100%	Formes non reconnues
monstro	11	6	6	9	67%	Formes non reconnues
bronzeador	11	3	3	3	100%	Formes non reconnues
sad	10	7	7	12	58%	Formes non reconnues
clar	10	4	4	5	80%	Formes non reconnues
maci	10	4	4	5	80%	Formes non reconnues
decot	10	4	4	5	80%	Formes non reconnues
maqui	10	4	4	5	80%	Formes non reconnues
podre	10	4	4	5	80%	Formes non reconnues
roupa	10	11	10	20	50%	Formes non reconnues
negocio	10	4	4	5	80%	Formes non reconnues
diferente	10	16	13	29	45%	Formes non reconnues
agua_oxigenad	10	4	4	5	80%	Formes non reconnues
do	9	48	46	152	30%	Formes non reconnues
ir	9	9	9	18	50%	Formes non reconnues
tom	9	36	30	88	34%	Formes non reconnues
marc	9	10	10	21	48%	Formes non reconnues
prednisona	9	6	6	10	60%	Formes non reconnues
no	8	58	45	149	30%	Pronoms
*ind_16	8	5	5	8	63%	Formes non reconnues
principalmente	8	10	9	19	47%	Formes non reconnues
bem	7	31	23	68	34%	Adverbes
sar	7	3	3	4	75%	Formes non reconnues
pelos	7	3	3	4	75%	Formes non reconnues
inteir	7	3	3	4	75%	Formes non reconnues
*ind_19	7	3	3	4	75%	Formes non reconnues

coragem	7	3	3	4	75%	Interjections
orgulho	7	3	3	4	75%	Formes non reconnues
perfeit	7	6	6	11	55%	Formes non reconnues
E	6	34	30	98	31%	Mots en majuscules
de	6	139	87	340	26%	Prépositions simples et
uso	6	14	14	37	38%	Formes non reconnues
hoje	6	36	32	105	30%	Adverbes
seca	6	6	6	12	50%	Formes non reconnues
estar	6	10	8	18	44%	Auxiliaire ESTAR
muito	6	89	63	235	27%	Adverbes
aparec	6	13	13	34	38%	Formes non reconnues
*ind_11	6	7	7	15	47%	Formes non reconnues
*ind_13	6	5	5	9	56%	Formes non reconnues
and	5	11	11	29	38%	Formes non reconnues
como	5	31	28	93	30%	Conjonctions et locutions
ruim	5	12	10	26	38%	Formes non reconnues
sent	5	25	20	62	32%	Formes non reconnues
grande	5	6	6	13	46%	Formes non reconnues
aquelas	5	5	4	7	57%	Pronoms
mau	4	2	2	3	67%	Formes non reconnues
nas	4	7	7	17	41%	Formes non reconnues
pud	4	3	3	5	60%	Formes non reconnues
sal	4	3	3	5	60%	Formes non reconnues
seu	4	5	5	11	45%	Pronoms
gera	4	3	3	5	60%	Formes non reconnues
mais	4	61	44	164	27%	Adverbes
mort	4	3	3	5	60%	Formes non reconnues
*gi_1	4	89	89	364	24%	Formes non reconnues
braco	4	4	4	8	50%	Formes non reconnues
imped	4	2	2	3	67%	Formes non reconnues
inves	4	2	2	3	67%	Formes non reconnues
pobre	4	3	2	3	67%	Formes non reconnues
remos	4	3	3	5	60%	Formes non reconnues
diminu	4	2	2	3	67%	Formes non reconnues
melhor	4	9	8	21	38%	Adverbes
micose	4	4	3	5	60%	Formes non reconnues
prazer	4	3	2	3	67%	Formes non reconnues
varios	4	4	4	8	50%	Pronoms
*ind_14	4	7	7	17	41%	Formes non reconnues
*ind_32	4	4	4	8	50%	Formes non reconnues
amanhec	4	2	2	3	67%	Formes non reconnues
bonitos	4	3	2	3	67%	Formes non reconnues
incomod	4	3	3	5	60%	Formes non reconnues
palavra	4	2	2	3	67%	Formes non reconnues
comprida	4	2	2	3	67%	Formes non reconnues
engelhad	4	3	2	3	67%	Formes non reconnues

horrivel	4	8	8	21	38%	Interjections
possiveis	4	3	3	5	60%	Formes non reconnues
pouquinho	4	2	2	3	67%	Formes non reconnues
assim-como	4	2	2	3	67%	Conjonctions et locutions
hanseniano	4	2	2	3	67%	Formes non reconnues
boa	3	14	12	37	32%	Formes non reconnues
era	3	44	32	117	27%	Auxiliaire SER
sou	3	14	13	40	33%	Auxiliaire SER
tir	3	5	5	12	42%	Formes non reconnues
alta	3	3	3	6	50%	Formes non reconnues
caso	3	3	3	6	50%	Conjonctions et locutions
dess	3	9	9	25	36%	Formes non reconnues
poss	3	21	21	70	30%	Formes non reconnues
*ida_3	3	45	45	173	26%	Formes non reconnues
*res_2	3	72	72	289	25%	Formes non reconnues
dentro	3	3	3	6	50%	Adverbes
sempre	3	21	19	65	29%	Adverbes
*ind_36	3	10	10	30	33%	Formes non reconnues
aliment	3	3	3	6	50%	Formes non reconnues
ferimento	3	6	6	15	40%	Formes non reconnues
ter	2	28	28	104	27%	Auxiliaire TER
*ida_1	2	37	37	141	26%	Formes non reconnues

Détail des présences significatives

Le tableau ci-dessous donne pour chaque forme réduite les formes complètes associées, ainsi que leur effectif dans la classe 1.

Forme réduite	Formes complètes associées
corpo	corpo(170) corpos(1)
bonit	bonita(21) bonito(34)
manch	mancha(13) manchada(2) manchado(5) manchas(37) manchinha(1)
limp	limpa(14) limpando(1) limpar(4) limpas(1) limpeza(2) limpinha(1) limpinho(5)
higiene	higiene(22)
che	cheia(15) cheio(14)
banho	banho(21) banhos(1)
vej	vejo(28)
pel	pela(4) pelas(2) pele(70)
cheir	cheiro(4) cheirosa(9) cheiroso(2)
cabelo	cabelo(13) cabelos(4)
hidrat	hidratante(24) hidratantes(1) hidratar(4)
unha	unhas(15)
creme	creme(21) cremes(6)
gost	gosta(3) gostava(3) gostei(2) gosto(22) gostosa(1) gostoso(1)
fei	feia(12) feias(5) feio(12)
mulher	mulher(30) mulheres(4)
lis	lisa(2) lisinho(2) liso(5)
gord	gorda(13) gordinho(1)
pint	pinta(1) pintando(1) pintar(9) pintas(1) pintava(2)
perfum	perfumada(3) perfumado(1) perfumar(1) perfume(3) perfumes(1)
agora	agora(41)
praia	praia(9)
engord	engordar(5) engordava(1) engordei(4)
carocos	carocos(15)
bel	beleza(9)
academia	academia(7)
um	um(103)
vaidos	vaidosa(8) vaidosas(2) vaidoso(1)
saudavel	saudavel(10)
sem	sem(38)
gross	grossa(3) grossas(1) grosso(2)
cuid	cuida(2) cuidado(14) cuidar(26) cuidava(2) cuidei(1) cuida(6)
antes	antes(34)
rosto	rosto(11)
ginastica	ginastica(5)
magr	magra(8) magro(1)
cuidados	cuidados(13) cuidadosa(2)

aparencia	aparencia(6)
blusa	blusa(4) blusas(1)
costa	costa(4) costas(1)
caminh	caminha(1) caminhada(1) caminhar(1) caminhava(1) caminho(1)
suju	suja(2) sujo(4)
escur	escura(9) escuro(2)
ferida	ferida(3) feridas(5)
gordura	gordura(5)
bom	bom(9)
num	num(7) numa(2)
sol	sol(53) sola(1)
tipo	tipo(8) tipos(1)
essas	essas(15)
meu	meu(82)
seio	seios(3)
esses	esses(6)
manga	manga(4)
perna	perna(1) pernas(8)
bronze	bronzeado(2) bronzear(1)
monstro	monstro(6)
bronzeador	bronzeador(3)
sad	sadia(3) sadias(1) sadio(3)
clar	clara(2) claro(2)
maci	macia(2) macio(2)
decot	decotada(2) decotado(1) decote(1)
maqui	maquiada(1) maquiagem(2) maquiar(1)
podre	podre(4)
roupa	roupa(8) roupas(3)
negocio	negocio(3) negocios(1)
diferente	diferente(16)
agua_oxigenada	agua_oxigenada(4)
do	do(48)
ir	ir(9)
tom	tomado(1) tomando(6) tomar(17) tomara(1) tomava(2) tomei(3) tomo(6)
marc	marca(3) marcada(1) marcas(6)
prednisona	prednisona(6)
no	no(58)
principalmente	principalmente(10)
bem	bem(31)
sar	sara(1) sarado(2)
pelos	pelos(3)
inteir	inteira(2) inteiro(1)
coragem	coragem(3)
orgulho	orgulho(3)
perfeit	perfeita(2) perfeito(4)

E	E(34)
de	de(139)
uso	uso(28)
hoje	hoje(36)
seca	seca(5) secas(1)
estar	estar(10)
muito	muito(89)
aparec	aparece(5) aparecem(4) aparecer(1) aparecesse(1) apareceu(2)
and	andar(9) andasse(1) ando(3)
como	como(31)
ruim	ruim(12)
sent	sentam(1) sentar(1) sente(11) sentia(3) sentimos(1) sentir(7) sentisse(1)
grande	grande(3) grandes(3)
aquelas	aquelas(5)
mau	mau(2)
nas	nas(7)
pod	pode(1) poder(1) pudesse(1)
sal	sal(3)
seu	seu(5)
gera	gera(3)
mais	mais(61)
mort	mortas(2) morto(1)
braco	braco(2) bracos(2)
imped	impede(2)
inves	inves(2)
pobre	pobre(2) pobres(1)
remos	remosa(1) remosas(1) remoso(1)
diminu	diminuir(1) diminuiu(1)
melhor	melhora(3) melhorar(7) melhore(1) melhorou(4)
melhor	melhor(9)
micose	micose(4)
prazer	prazer(3)
varios	varios(4)
amanhec	amanhecer(1) amanheco(1)
bonitos	bonitos(3)
incomod	incomodada(2) incomodo(1)
palavra	palavra(1) palavras(1)
comprida	comprida(2)
engelhad	engelhada(1) engelhado(2)
horrivel	horrivel(8)
possiveis	possiveis(3)
pouquinho	pouquinho(2)
assim-como	assim-como(2)
hanseniano	hanseniano(2)
boa	boa(14)

era	era(44)
sou	sou(14)
tir	tirar(4) tirasse(1) tirava(1) tiravam(2)
alta	alta(3)
caso	caso(3)
dess	dessa(4) dessas(2) desse(3)
poss	possa(3) possivel(2) posso(19)
dentro	dentro(3)
sempre	sempre(21)
aliment	alimentacao(2) alimento(1)
ferimento	ferimento(2) ferimentos(5)
ter	ter(28)

Unités de Contexte Élémentaires de la classe 1

Ci-dessous la liste des unités de contexte élémentaires (u.c.e) caractéristiques de la classe 1, triées par ordre d'importance (khi2) dans la classe et précédées de leur unité de contexte initiale (u.c.i) associée. On observe ainsi les formes les plus caractéristiques de la classe marquées par des parenthèses.

- uce n° 675 Khi2 = 40 uci n° 32 : *ind_32 *ida_3 *rel_1 *res_2 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_2 *K_1
vem na minha cabeça, sexo, (uma) (mulher) quente, (gostosa). (uma) (mulher) (com) o (corpo) (bonito), (liso), (sem) (manchas), (bronzado) e (com) (marca) (de) (biquini). (higiene), depilacao, hidratacao (do) (corpo), (pintar) (as) (unhas), (cuidar) (do) (cabelo), fazer (ginastica) e se (maquiar). (veja) (um) (corpo) normal.
- uce n° 1 Khi2 = 34 uci n° 1 : *ind_01 *ida_4 *rel_1 *res_1 *rem_3 *trab_1 *gi_3 *rh_2 *K_2
em (um) (corpo) normal, (um) (corpo) (bem) tratado, (um) (corpo) (bonito). (varios) (cuidados). tem (que-se) (cuidar), porque a (mulher) e (vaidosa). (cuidar) (bem) da (pele), da (aparencia), das maos, dos pes, (estar) (sempre) (limpa), (cheirosa). (hoje) eu o (veja) (feito), mas eu (gosto) (do) (meu) (corpo).
- uce n° 822 Khi2 = 28 uci n° 41 : *ind_41 *ida_1 *rel_2 *res_2 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_2 *K_3
procurar (um) medico imediatamente, (caso) encontre alguma (mancha) (no) (corpo). tem que (cuidar) da (aparencia) e fazer (ginastica), (estar) (sempre) (limpa), (cheirosa), (unhas) (limpas), (cabelo) (bonito). eu acho (bonito) o (meu) (corpo). para mim, e. (no) momento (estou) fazendo (academia) para nao (engordar) (muito). eu ja (estou) (gorda) mesmo.
- uce n° 206 Khi2 = 26 uci n° 10 : *ind_10 *ida_3 *rel_2 *res_1 *rem_5 *trab_1 *gi_2 *rh_2 *K_4
(beleza), juventude, (corpo) (sarado), (corpo) sexy. (principalmente) (saude). preventivo, (cuidado) (com) os (seios), (uma) (boa) (higiene), hidratar a (pele), (estar) (sempre) (limpa) e (cheirosa). (hoje) eu me (veja) (como) (um) feijao_podre. toda vez que eu cato feijao e (veja) (um) feijao_podre (no) meio, tenho que separar o (podre) dos bons.
- uce n° 394 Khi2 = 25 uci n° 18 : *ind_18 *ida_1 *rel_1 *res_2 *rem_3 *trab_1 *gi_1 *rh_1 *K_1
(no) (meu) (corpo), em (um) (corpo) (bonito), (bem) feito, (com) os (seios) (bonitos), (com) (as) (pernas) (grossas). (precisa) ter (higiene), (lavar) (bem) o (corpo), (tomar) (banho) tres vezes ao dia, usar (uma) (roupa) (bonita), andar (bem) (perfumada), (cheirosa), (maquiada), (cabelos) (bonitos), pintados, comprimidos.
- uce n° 240 Khi2 = 23 uci n° 11 : *ind_11 *ida_3 *rel_2 *res_2 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_1 *K_1
eu (tinha) (muito) (orgulho) (do) (meu) (corpo), eu (era) (uma) (mulher) (limpa), (tinha) (um) (corpo) (bonito) e (limpo), (sem) (mancha) nenhuma. (horriavel), fico (com) medo (de) nao (mais) ficar (boa).
- uce n° 395 Khi2 = 23 uci n° 18 : *ind_18 *ida_1 *rel_1 *res_2 *rem_3 *trab_1 *gi_1 *rh_1 *K_1
eu (veja) (como) (um) (corpo) (magro). (cuido) (com) hidratante, retiro (as) celulas (mortas), uso oleo, uso protetor_solar. (hoje) eu uso (mais) protetor_solar que (antes). eu penso (num) (corpo) (engelhado), (cheio) (de) (micose), (com) casca. assim, (que-nem) (ferida). se-bem-que tem (varios) (tipos) (de) hanseniose.
- uce n° 474 Khi2 = 23 uci n° 22 : *ind_22 *ida_3 *rel_1 *res_2 *rem_2 *trab_2 *gi_3 *rh_1 *K_3
(era) (muito) (diferente), eu (tinha) (uma) (pele) (bonita), (era) (uma) (pele) rosada, (sem) (mancha), (lisa), (sem) nada. (agora), (estou) toda (manchada), (cheia) (de) nodulos, (com) muitas dores e o (meu) (rosto) ficou (todo) (escuro).
- uce n° 468 Khi2 = 22 uci n° 22 : *ind_22 *ida_3 *rel_1 *res_2 *rem_2 *trab_2 *gi_3 *rh_1 *K_3
se for (hoje), uso (muito) (creme) para a minha (pele) que e (muito) (seca). nao pego sol, uso protetor_solar e sombrinha. nao (como) (remoso). continuo (pintando) (meu) (rosto), minhas (unhas) e (meu) (cabelo). eu (sou) (vaidosa). (era). eu adorava me (bronzear), usar (agua_oxigenada) para ficar (com) os (pelos) loiros, usava (roupas) decotadas.
- uce n° 506 Khi2 = 22 uci n° 24 : *ind_24 *ida_2 *rel_2 *res_2 *rem_3 *trab_2 *gi_2 *rh_1 *K_4
estava normal. (E) (tipo) (um) (sal). ate-a (semana) passada eu ainda (tinha) esse po em casa. eu ainda botei (nesse) aqui, (agora) so (aparece) (essa) cicatriz pequena. (era) (um) buraco enorme que dava para ver o osso. em (tudo) que eu ja passei. (no) (corpo) que eu ja fui. (higiene). apesar (dessas) cicatrizes, a (mulher) (deve) (cuidar) (do) (seu) (corpo), ter (uma) (boa) (higiene) pessoal, (tomar) (banho), vestir (roupa) (limpa), ter zelo consigo mesmo.
- uce n° 759 Khi2 = 22 uci n° 36 : *ind_36 *ida_1 *rel_2 *res_1 *rem_4 *trab_1 *gi_1 *rh_1 *K_1
penso logo em (uma) (mulher) (alta) (com) (um) (corpo) (bem) feito, (com) a (pele) (clara), (limpa), (bem) hidratada, que tenha (um) (rosto) (bonito) e (sem) (marcas), (um) (cabelo) (muito) (bem) tratado.
- uce n° 793 Khi2 = 22 uci n° 38 : *ind_38 *ida_1 *rel_2 *res_1 *rem_3 *trab_1 *gi_2 *rh_2 *K_2
em (um) (corpo) (bonito), (bem) estruturado, (saudavel), (pele) (bonita), (limpa). se (cuidar) (sempre). procurar nao descuidar porque senao pode (adoecer). porque o (corpo) e a (saude) da pessoa. (ir) ao medico, fazer (ginastica), nao fumar, nao beber, (cuidar) da (pele) e (do) (cabelo). (hoje) ele (esta) (feito), (cheio) (de) (manchas), nao e (mais) (saudavel) (como) (antes).

uce nº 292 Khi2 = 21 uci nº 13 : *ind_13 *ida_2 *rel_1 *res_1 *rem_3 *trab_1 *gi_3 *rh_1 *K_1
 (hoje) (estou) (escura), (manchada), (cheia) (de) (pintas) (vermelhas), (cheia) (de) (carocos), meus dedos inchados, (tudo) (engelhado), (parece) pele_de_sapo. acho que (estou) fora (do) que e normal, (de) (como) (era). (E) (muito) (diferente), a minha (pele) (esta) (diferente), e (mais) (escura), (cheia) (de) (pinta) (vermelha), e (engelhada).

uce nº 401 Khi2 = 20 uci nº 19 : *ind_19 *ida_1 *rel_1 *res_1 *rem_1 *trab_2 *gi_1 *rh_1 *K_1
 em nada. (tomar) (banho), viver (sempre) (limpa), fazer (as) (unhas), nao pegar sol. (um) desastre. nao, (antes) (era) (bonito), a minha (pele) (era) (limpa), nao (tinha) (essas) coisas. (tudo) quanto e coisa (aparece) (agora). (hoje) eu tenho (um) (corpo) (diferente) (do) (corpo) (de) (antes). (antes) eu nao (tinha) (essas) mazelas.

uce nº 481 Khi2 = 20 uci nº 23 : *ind_23 *ida_2 *rel_1 *res_2 *rem_3 *trab_2 *gi_3 *rh_1 *K_2
 (num) (corpo) (bonito), (limpo), (sem) (manchas). (higiene) (do) (corpo) (todo), (limpar) (as) (unhas), (limpar) (as) maos, (limpar) os (cabelos), (lavar) (muito) o (corpo), se arrumar. (feito). logo-que eu fiquei doente o (meu) (corpo) ficou (cheio) (de) (manchas), eu (sentia) (muita) dor e nao (gostava) (de) me ver (no) espelho.

uce nº 583 Khi2 = 20 uci nº 27 : *ind_27 *ida_3 *rel_3 *res_1 *rem_4 *trab_1 *gi_1 *rh_1 *K_3
 em nada, (estou) (sem) resposta. tem que ser (mais) (cuidadosa). A (higiene) em primeiro lugar. me (vejo) (bem), porque (antes) eu (era) (mais) (magra). (agora), (estou) (mais) (gorda). de-todo o problema que eu passei, so restou (essa) sequela (no) (meu) (rosto) devido a reacao. eu (sempre) (gostei) (de) (tomar) (banho) (bem) cedo e passar (creme).

uce nº 632 Khi2 = 20 uci nº 30 : *ind_30 *ida_1 *rel_2 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_1 *K_3
 A (mulher) tem (que-se) (sentir) (feliz) (como) (esta), nao importa o-que os outros pensem. (hoje) eu me (vejo) (bonita), (cabelo) (bonito), a (pele) (bonita), (magra), eu (era) (bem) (gorda).

uce nº 736 Khi2 = 20 uci nº 35 : *ind_35 *ida_2 *rel_1 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_1
 (um) (corpo) (bonito), (saudavel). A (mulher) ser (perfeita) (de) (corpo), nao ter barriguinha e nem culotes, (deve) ter (uma) (pele) (limpa) e (macia) e ter (muita) (saude). (deve) evitar (engordar) exageradamente, porque tem o problema (de) colesterol e da pressao (alta). tem que (cuidar) da (pele), nao pegar (muito) sol, hidratar o (rosto) e (ir) ao medico regularmente.

uce nº 347 Khi2 = 19 uci nº 16 : *ind_16 *ida_2 *rel_2 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_3 *rh_1
 (no) (meu) (corpo), eu acho (bonito). (varios) (cuidados), (tomar) (banho), fazer o preventivo (todo) ano. (essas) coisas (de) (mulher). (higiene) (com) o (corpo), (tomar) (banho), passar hidratante, passar (um) (perfume) (antes-de) dormir, escovar os dentes, botar (uma) (maquiagem), pentear o (cabelo), (pintar) (as) (unhas).

uce nº 358 Khi2 = 19 uci nº 17 : *ind_17 *ida_1 *rel_2 *res_2 *rem_5 *trab_1 *gi_1 *rh_2 *K_3
 eu (era) (bem) branca, (hoje) (estou) (escura), (engordei), (estou) inchada, minha (pele) ja nao e (lisa) (como) (antes). (hoje) eu mudei (um) pouco. usar bastante (creme), nao se expor (muito) ao sol. para (uma) (mulher) ser (bonita) (precisa) usar (muito) (creme) (no) (corpo), (pintar) (as) (unhas), (pintar) o (cabelo), eu nao (gosto) (de) (pintar) o (meu) (cabelo), mas (esta) quase na hora.

Résultats de la classe n°2

Voici le vocabulaire caractéristique (formes réduites) de la classe 2 en fonction du khi2.

Effectif 1 : effectif réel du mot dans la classe ;

Effectif 2 : nombre d'u.c.e de la classe contenant le mot ;

Total : nombre total d'u.c.e classées contenant le mot ;

Percent : pourcentage du nombre d'u.c.e de la classe contenant le mot.

Vocabulaire	Khi2	Effectif 1	Effectif 2	Total	Percent	Catégorie Grammaticale
usar	104	36	31	48	65%	Formes non reconnues
sol	90	54	37	71	52%	Formes non reconnues
sapato	83	16	15	16	94%	Formes non reconnues
protetor_solar	80	21	20	27	74%	Formes non reconnues
sombrinha	55	15	14	19	74%	Formes non reconnues
molh	53	10	10	11	91%	Formes non reconnues
fer	52	12	11	13	85%	Formes non reconnues
pes	51	30	27	59	46%	Formes non reconnues
queim	44	14	12	17	71%	Formes non reconnues
uso	43	28	19	37	51%	Formes non reconnues
evit	42	16	13	20	65%	Formes non reconnues
hidrat	40	29	23	52	44%	Formes non reconnues
melhor	36	15	14	25	56%	Formes non reconnues
oleo_de_amen	36	6	6	6	100%	Formes non reconnues
fisioterapeuta	29	10	9	14	64%	Formes non reconnues
produto	25	8	7	10	70%	Formes non reconnues
mao	24	29	22	62	35%	Formes non reconnues
morna	24	4	4	4	100%	Formes non reconnues
condic	24	5	4	4	100%	Formes non reconnues
completo	24	4	4	4	100%	Formes non reconnues
fisioterapia	24	6	6	8	75%	Formes non reconnues
ressecamento	24	4	4	4	100%	Formes non reconnues
cozinh	23	6	5	6	83%	Formes non reconnues
escurec	23	5	5	6	83%	Formes non reconnues
recebi	22	12	12	26	46%	Formes non reconnues
usav	21	9	9	17	53%	Formes non reconnues
esper	21	14	13	30	43%	Formes non reconnues
vir	20	6	6	9	67%	Formes non reconnues
pe	19	16	14	35	40%	Formes non reconnues
feit	19	7	7	12	58%	Formes non reconnues
and	18	13	12	29	41%	Formes non reconnues
aqui	18	19	16	44	36%	Adverbes
dieta	18	3	3	3	100%	Formes non reconnues
olhos	18	4	3	3	100%	Formes non reconnues
recomend	18	3	3	3	100%	Formes non reconnues
sandalia	18	3	3	3	100%	Formes non reconnues

sensibilidade	18	3	3	3	100%	Formes non reconnues
mant	17	4	4	5	80%	Formes non reconnues
comprar	17	7	6	10	60%	Formes non reconnues
proteger	17	4	4	5	80%	Formes non reconnues
perfurante	17	4	4	5	80%	Formes non reconnues
pel	15	30	30	114	26%	Formes non reconnues
cuid	15	29	29	109	27%	Formes non reconnues
exercicio	15	5	5	8	63%	Formes non reconnues
*ind_01	14	10	10	25	40%	Formes non reconnues
dorm	13	12	9	22	41%	Formes non reconnues
sens	13	4	4	6	67%	Formes non reconnues
*ind_23	13	7	7	15	47%	Formes non reconnues
ard	12	3	3	4	75%	Formes non reconnues
descalc	12	3	3	4	75%	Formes non reconnues
palmilha	12	3	3	4	75%	Formes non reconnues
assistente	12	3	3	4	75%	Formes non reconnues
bot	11	7	7	16	44%	Formes non reconnues
oleo	10	4	4	7	57%	Formes non reconnues
*gi_3	10	40	40	184	22%	Formes non reconnues
ensin	10	4	4	7	57%	Formes non reconnues
peg	9	27	22	89	25%	Formes non reconnues
ter	9	28	25	104	24%	Auxiliaire TER
creme	9	10	10	30	33%	Formes non reconnues
doutor	9	8	8	22	36%	Formes non reconnues
pan	8	3	3	5	60%	Formes non reconnues
agua	8	6	6	15	40%	Formes non reconnues
calc	8	4	4	8	50%	Formes non reconnues
para	8	58	58	309	19%	Prépositions simples et
poss	8	24	18	70	26%	Formes non reconnues
salto	8	3	3	5	60%	Formes non reconnues
ferimento	8	7	6	15	40%	Formes non reconnues
os	7	35	28	128	22%	Formes non reconnues
fac	7	10	9	29	31%	Formes non reconnues
fur	7	2	2	3	67%	Formes non reconnues
alto	7	2	2	3	67%	Interjections
luva	7	2	2	3	67%	Formes non reconnues
pret	7	5	4	9	44%	Formes non reconnues
feira	7	4	2	3	67%	Formes non reconnues
irrit	7	2	2	3	67%	Formes non reconnues
prego	7	2	2	3	67%	Formes non reconnues
*res_1	7	73	73	421	17%	Formes non reconnues
efeito	7	2	2	3	67%	Formes non reconnues
fisico	7	2	2	3	67%	Formes non reconnues
quente	7	2	2	3	67%	Formes non reconnues
*ind_05	7	5	5	12	42%	Formes non reconnues
quentura	7	2	2	3	67%	Formes non reconnues

ao	6	15	15	60	25%	Formes non reconnues
nas	6	7	6	17	35%	Formes non reconnues
pelo	6	7	7	21	33%	Prépositions simples et
tenh	6	50	37	188	20%	Formes non reconnues
tiver	6	3	3	6	50%	Formes non reconnues
*ida_4	6	28	28	132	21%	Formes non reconnues
direto	6	3	3	6	50%	Formes non reconnues
minhas	6	11	11	40	28%	Pronoms
social	6	3	3	6	50%	Formes non reconnues
unidade	6	3	3	6	50%	Formes non reconnues
curativo	6	6	3	6	50%	Formes non reconnues
O	5	13	13	51	25%	Mots en majuscules
nos	5	11	11	43	26%	Pronoms
inch	5	5	5	14	36%	Formes non reconnues
total	5	5	5	14	36%	Formes non reconnues
*rel_1	5	63	63	364	17%	Formes non reconnues
direit	5	6	6	19	32%	Formes non reconnues
orient	5	8	7	22	32%	Formes non reconnues
ressec	5	6	5	14	36%	Formes non reconnues
enfermeira	5	5	5	14	36%	Formes non reconnues
fog	4	4	2	4	50%	Formes non reconnues
asse	4	2	2	4	50%	Formes non reconnues
volt	4	10	10	39	26%	Formes non reconnues
lembr	4	4	4	11	36%	Formes non reconnues
tanto	4	5	5	16	31%	Conjonctions et locutions
*rem_3	4	68	68	401	17%	Formes non reconnues
comida	4	4	4	11	36%	Formes non reconnues
maximo	4	2	2	4	50%	Formes non reconnues
porque	4	60	49	278	18%	Conjonctions et locutions
reclam	4	2	2	4	50%	Formes non reconnues
agradec	4	2	2	4	50%	Formes non reconnues
deveria	4	2	2	4	50%	Formes non reconnues
proprio	4	2	2	4	50%	Pronoms
na	3	28	24	122	20%	Pronoms
mal	3	6	6	23	26%	Adverbes
ora	3	2	2	5	40%	Conjonctions et locutions
sai	3	8	7	28	25%	Formes non reconnues
ten	3	2	2	5	40%	Formes non reconnues
meus	3	15	15	68	22%	Pronoms
pass	3	20	18	90	20%	Formes non reconnues
rece	3	3	3	8	38%	Formes non reconnues
sair	3	8	8	31	26%	Formes non reconnues
seca	3	4	4	12	33%	Formes non reconnues
braco	3	3	3	8	38%	Formes non reconnues
desde	3	4	4	13	31%	Prépositions simples et
menos	3	4	4	12	33%	Prépositions simples et

nariz	3	2	2	5	40%	Formes non reconnues
poder	3	2	2	5	40%	Formes non reconnues
senao	3	3	3	8	38%	Prépositions simples et
alguma	3	6	6	23	26%	Pronoms
nervos	3	3	3	8	38%	Formes non reconnues
varias	3	2	2	5	40%	Pronoms
cuidados	3	6	6	23	26%	Formes non reconnues
nutricionista	3	2	2	5	40%	Formes non reconnues
acompanhame	3	3	2	5	40%	Formes non reconnues
de-vez-em-	3	2	2	5	40%	Adverbes

Détail des présences significatives

Le tableau ci-dessous donne pour chaque forme réduite les formes complètes associées, ainsi que leur effectif dans la classe 2.

Forme réduite	Formes complètes associées
usar	usar(36)
sol	sol(53) sola(1)
sapato	sapato(10) sapatos(6)
protetor_solar	protetor_solar(21)
sombrinha	sombrinha(15)
molh	molhado(1) molho(9)
fer	fere(2) ferir(10)
pes	pes(26) peso(4)
queim	queima(1) queimam(1) queimar(8) queimasse(1) queimei(2) queimo(1)
uso	uso(28)
evit	evitando(1) evitar(11) evito(4)
hidrat	hidratante(24) hidratantes(1) hidratar(4)
melhor	melhora(3) melhorar(7) melhore(1) melhorou(4)
melhor	melhor(9)
oleo_de_amendoa	oleo_de_amendoa(3) oleo_de_amendoas(3)
fisioterapeuta	fisioterapeuta(8) fisioterapeutas(2)
produto	produto(3) produtos(5)
mao	mao(11) maos(18)
morna	morna(4)
condic	condicao(2) condicoes(3)
completo	completo(4)
fisioterapia	fisioterapia(6)
ressecamento	ressecamento(4)
cozinh	cozinha(2) cozinhando(1) cozinhar(1) cozinhasse(1) cozinho(1)
escurec	escurecer(2) escureceu(3)
recebi	recebi(12)
usav	usava(8) usavam(1)
esper	esperava(1) espero(13)
vir	vir(3) vira(2) virando(1)
pe	pe(16)
feit	feita(2) feitas(1) feito(4)
andar	andar(9) andasse(1) ando(3)
aqui	aqui(19)
dieta	dieta(3)
olhos	olhos(4)
recomend	recomendar(1) recomendou(2)
sandalia	sandalia(3)
sensibilidade	sensibilidade(3)

mant	mantenho(1) manter(3)
comprar	comprar(6) comprarem(1)
proteger	proteger(4)
perfurante	perfurante(4)
pel	pela(4) pelas(2) pele(70)
cuid	cuida(2) cuidado(14) cuidar(26) cuidava(2) cuidei(1) cuido(6)
exercicio	exercicio(2) exercicios(3)
dorm	dormencia(3) dormente(5) dormentes(3) dormir(1)
sens	sensacao(1) sensivel(3)
ard	arde(1) ardem(1) arder(1)
descalc	descalca(2) descalco(1)
palmilha	palmilha(1) palmilhas(2)
assistente	assistente(3)
bot	botando(1) botar(5) botas(1)
oleo	oleo(4)
ensin	ensinaram(1) ensinou(3)
peg	pega(2) pegando(2) pegar(18) pegava(1) pego(3) pegou(1)
ter	ter(28)
creme	creme(21) cremes(6)
doutor	doutor(4) doutora(4)
pan	panela(3)
agua	agua(6)
calc	calcado(1) calcar(1) calco(2)
para	para(92)
poss	possa(3) possivel(2) posso(19)
salto	salto(3)
ferimento	ferimento(2) ferimentos(5)
os	os(35)
fac	facam(1) faco(9)
fur	furada(1) furou(1)
alto	alto(2)
luva	luva(2)
pret	preta(5)
feira	feira(4)
irrit	irrita(1) irritacao(1)
prego	prego(2)
efeito	efeito(2)
fisico	fisico(2)
quente	quente(2)
quentura	quentura(2)
ao	ao(15)
nas	nas(7)
pelo	pelo(7)
tenh	tenha(3) tenham(1) tenho(46)
tiver	tiver(2) tiverem(1)
direto	direto(3)

minhas	minhas(14)
social	social(3)
unidade	unidade(3)
curativo	curativo(6)
O	O(13)
nos	nos(11)
inch	incha(1) inchada(1) inchado(1) incham(1) inchar(1)
total	total(1) totalmente(4)
direit	direito(6)
orient	orientacao(3) orientaram(2) orientou(3)
ressec	ressecada(4) ressecar(2)
enfermeira	enfermeira(3) enfermeiras(2)
fog	fogao(3) fogo(1)
asse	asseio(2)
volt	volta(9) voltado(1) voltamos(1) voltar(12) voltasse(1) volte(3) voltou(2)
lembra	lembra(1) lembro(3)
tanto	tanto(5)
comida	comida(4)
maximo	maximo(2)
porque	porque(60)
reclam	reclamar(2)
agradec	agradeco(2)
deveria	deveria(2)
proprio	proprio(2)
na	na(28)
mal	mal(6)
ora	ora(2)
sai	sai(1) saia(2) saio(5)
ten	tenis(2)
meus	meus(32)
pass	passa(4) passando(1) passar(7) passaram(1) passei(1) passo(4) passou(2)
rece	receio(3)
sair	sair(6) sairam(1) sairem(1)
seca	seca(5) secas(1)
braco	braco(2) bracos(2)
desde	desde(4)
menos	menos(4)
nariz	nariz(2)
poder	poderia(1) poderoso(1)
senao	senao(3)
alguma	alguma(6)
nervos	nervos(3)
varias	varias(2)
cuidados	cuidados(13) cuidadosa(2)
nutricionista	nutricionista(2)
acompanhamento	acompanhamento(3)

de-vez-em-quando

de-vez-em-quando(2)

Unités de Contexte Élémentaires de la classe 2

Ci-dessous la liste des unités de contexte élémentaires (u.c.e) caractéristiques de la classe 2, triées par ordre d'importance (khi2) dans la classe et précédées de leur unité de contexte initiale (u.c.i) associée. On observe ainsi les formes les plus caractéristiques de la classe marquées par des parenthèses.

- uce n° 483 Khi2 = 65 uci n° 23 : *ind_23 *ida_2 *rel_1 *res_2 *rem_3 *trab_2 *gi_3 *rh_1 *K_2
eu ja (passo) creme (nas) (maos) e (nos) (pes), nao (pego) muito (sol), (uso) (sombriinha) e (protetor_solar). (O) meu (pe) (incha), mas, como (tenho) medo de (usar) (sapato) (baixo) (porque) um (prego) (furou) minha (sandalia) e atravessou o meu (pe), (uso) (sapatos) mais largo e mais (alto) (feito) (aqui) mesmo (na) ortopedia.
- uce n° 285 Khi2 = 55 uci n° 12 : *ind_12 *ida_3 *rel_1 *res_2 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_2 *K_1
nao (recebi) (nenhuma). sozinha. (evito) (pegar) (sol), (uso) (protetor_solar), (uso) (hidratante) no meu corpo. nao (posso) (usar) (sapatos) que sejam asperos ou que (tenham) (salto) e nem calca_los sem as (palmilhas), (porque) (posso) me (ferir).
- uce n° 390 Khi2 = 55 uci n° 17 : *ind_17 *ida_1 *rel_2 *res_2 *rem_5 *trab_1 *gi_1 *rh_2 *K_3
(recebi) (orientacao) de (varias) pessoas, nao (tenho) o-que (reclamar) (daqui), me (ensinaram) a por (os) (pes) de (molho), para nao rachar, a (usar) (oleo) e (hidratante) para a pele nao ficar (ressecada), a nao me expor (ao) (sol), (usar) (sombriinha).
- uce n° 162 Khi2 = 46 uci n° 7 : *ind_07 *ida_4 *rel_1 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_2 *rh_1 *K_2
por exemplo, nao me (ferir), eu nao (posso) cortar o (pe) e nem a (mao). (na) (cozinha), eu (tenho) que (usar) sempre uma (luva) para nao me (queimar), para nao me (ferir) (porque) eu tinha (dormencia) (na) (mao) e tinha que (ter) cuidado para (pegar) (na) (panela) (quente).
- uce n° 794 Khi2 = 37 uci n° 38 : *ind_38 *ida_1 *rel_2 *res_1 *rem_3 *trab_1 *gi_2 *rh_2 *K_2
nao me exponho (ao) (sol) por causa do problema. nao (saio) no (sol) sem (protetor_solar), (ando) sempre com (sombriinha), (uso) (hidratante). meu (calcado) e (feito) (aqui) (porque) meus (pes) sao (dormentes). por-isso e que eu nao (posso) (andar) muito (senao) (prejudico) ainda mais eles.
- uce n° 116 Khi2 = 34 uci n° 5 : *ind_05 *ida_4 *rel_2 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_2 *rh_2 *K_2
agora, (de-vez-em-quando) eu ganho um (hidratante) da minha irma, (porque) com o-que o meu marido ganha nao da para (comprar) o (hidratante) e nem o (protetor_solar). estou (preta), minha pele (escureceu) com o (sol). (evitando), quando eu (posso), (andar) no (sol), (porque) sou eu que (facu) a (feira). eu que (facu) as coisas em casa, pago as contas, vou (ao) comercio, (tenho) que (vir) as consultas.
- uce n° 126 Khi2 = 31 uci n° 5 : *ind_05 *ida_4 *rel_2 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_2 *rh_2 *K_2
(recebi) (na) (fisioterapia) (orientacao) para (hidratar) as (maos), (os) (pes), o corpo, (evitar) o (sol) e nao (usar) cotonetes (porque) pode (ferir) o (nariz). que (pare) esses problemas. nao e orgulho, mas eu (espero) que (pare) como esta, (porque) eu (tenho) medo que chegue num ponto que nao (possa) mais (parar).
- uce n° 484 Khi2 = 31 uci n° 23 : *ind_23 *ida_2 *rel_1 *res_2 *rem_3 *trab_2 *gi_3 *rh_1 *K_2
mandaram_me olhar sempre a (sola) antes-de eu (calcar) para ver se nao tem nada, (porque) (os) meus (pes) sao asperos mesmo (passando) (hidratante) e (botando) de (molho) (na) (agua) (morna).
- uce n° 496 Khi2 = 29 uci n° 23 : *ind_23 *ida_2 *rel_1 *res_2 *rem_3 *trab_2 *gi_3 *rh_1 *K_2
(O) meu medico, as (enfermeiras), as (fisioterapeutas), a (assistente) (social), o pessoal do (curativo), o psicologo. (aqui) o atendimento e muito-bom. disseram que o remedio ia (escurecer) e (ressecar) a minha pele mas que depois a minha pele voltava (ao) normal, por-isso eu tinha que (evitar) o (sol) e (usar) (protetor_solar), (sombriinha) e (hidratante).
- uce n° 180 Khi2 = 27 uci n° 8 : *ind_08 *ida_1 *rel_1 *res_2 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_1 *K_3
(recebi) da (doutora), ela falou que era para eu (ter) cuidado com a pele, (botar) (hidratante) (na) pele, (usar) (oleo_de_amendoas) para (melhorar) o (ressecamento) da pele, (porque) a hanseniose deixa a pele muito (ressecada), mesmo nao (pegando) (sol) a pele fica (ressecada).
- uce n° 428 Khi2 = 27 uci n° 20 : *ind_20 *ida_2 *rel_1 *res_1 *rem_1 *trab_2 *gi_3 *rh_1
(recebi) da (doutora), da (assistente) (social), da terapeuta ocupacional e da enfermagem. fo a terapeuta ocupacional que cuidou das minhas (maos), (fez) (exercicios) em mim. (melhorou) muito, (porque) eu ja (sinto) um pouquinho e (tenho) cuidados para nao me (queimar). disseram que era para e (botar) as pernas de (molho) em um balde com (agua) e (oleo) a altura do joelho e depois (passar) (hidratante) para (sair) essa pele seca.
- uce n° 237 Khi2 = 24 uci n° 10 : *ind_10 *ida_3 *rel_2 *res_1 *rem_5 *trab_1 *gi_2 *rh_2 *K_4
da (fisioterapeuta) e da minha medica. (usar) (hidratantes) (na) pele, nao (pegar) (sol) e (usar) (protetor_solar), (ter) cuidados para nao se (ferir), nao (usar) (sapatos) apertados. que (tenha) (efeito) imediato, que nao (tenha) consequencias, que o tratamento acabe mesmo (apos) (os) seis meses. E isso que eu (espero), que (apos) (os) seis meses tudo acabe, volte tudo (ao) normal e fique para tras a

hanseníase.

uce nº 830 Khi2 = 24 uci nº 42 : *ind_42 *ida_3 *rel_2 *res_1 *rem_2 *trab_2 *gi_1 *rh_1 *K_2
 não pode (pegar) muito (sol) para (manter) a pele mais saudável, (usar) (protetor_solar), cuidar para não (ferir) o (pe). eu gostava de (sol), não (usava) (hidratante) e nem (protetor_solar).

uce nº 267 Khi2 = 23 uci nº 12 : *ind_12 *ida_3 *rel_1 *res_2 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_2 *K_1
 não (posso) mais (usar) (salto) (alto) (porque) meu (pe) está (dormente), só (posso) (usar) (sapatos) com (palmilhas) (feitas) (aqui). não (uso) mais decotes, estou toda manchada e (ando) com roupa (fechada) para não chamar atenção para as manchas.

uce nº 596 Khi2 = 23 uci nº 27 : *ind_27 *ida_3 *rel_3 *res_1 *rem_4 *trab_1 *gi_1 *rh_1 *K_3
 (usar) bastante creme, colocar sempre (os) meus (pes) (na) (água) (morna) por causa da pele (ressecada) e para (evitar) o (sol). eu tento (evitar) o (sol), até (porque) ele (arde) (na) minha pele, não sei se (porque) a pele (escureceu).

uce nº 690 Khi2 = 23 uci nº 33 : *ind_33 *ida_2 *rel_2 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_1 *K_4
 eu me cuido bem, eu (uso) muito (hidratante). A (fisioterapeuta) me (ensinou) a não (usar) nada com (alcool), (porque), se (tiver) algum (ferimento), (fere) e doi. eu (uso) mais (produto) infantil, (hidratante) infantil, (óleo_de_amendoas). muita (dor), sofrimento, discriminação. eu sofri muito.

uce nº 110 Khi2 = 22 uci nº 4 : *ind_04 *ida_2 *rel_1 *res_1 *rem_2 *trab_1 *gi_3 *rh_2
 (O) pessoal (daqui) foi como uma família para mim. eu me criei (aqui) nessa (unidade). não (pegar) (sol) e nem sereno, para não beber, para tomar o remédio (direito), não (andar) (descalço), (evitar) (ferimentos) (nos) (pes) e (nas) (mãos), (evitar) ficar (na) beira do (fogão).

uce nº 345 Khi2 = 20 uci nº 15 : *ind_15 *ida_3 *rel_1 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_3 *rh_2 *K_4
 eles me (orientaram) para não (usar) (sapato) apertado, não ficar muito exposta (ao) (sol). eu (uso) (hidratante) (direto), (porque) a pele fica seca mesmo-que a pessoa não pegue (sol).

uce nº 498 Khi2 = 20 uci nº 23 : *ind_23 *ida_2 *rel_1 *res_2 *rem_3 *trab_2 *gi_3 *rh_1 *K_2
 para (botar) de (molho), (usar) (sapato) (feito) (aqui) (na) ortopedia e (fazer) (fisioterapia). não me (lembro) de mais, foi tanta coisa. eu (esperava) que, (pelo) (menos), as manchas sumissem.

uce nº 651 Khi2 = 20 uci nº 30 : *ind_30 *ida_1 *rel_2 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_1 *K_3
 (O) (doutor) me disse que-se eu não me cuidar, nenhum medicamento vai ajudar. eu (tenho) que tomar o medicamento que ele (passou) e (ter) todo o repouso, não lavar roupa e nem (louca), não (carregar) coisas pesadas, não (andar) muito, não (pegar) (sol), (botar) (os) (pes) e (mãos) de (molho) em (água) (morna).

Résultats de la classe n°3

Voici le vocabulaire caractéristique (formes réduites) de la classe 3 en fonction du khi2.

Effectif 1 : effectif réel du mot dans la classe ;

Effectif 2 : nombre d'u.c.e de la classe contenant le mot ;

Total : nombre total d'u.c.e classées contenant le mot ;

Percent : pourcentage du nombre d'u.c.e de la classe contenant le mot.

Vocabulaire	Khi2	Effectif 1	Effectif 2	Total	Percent	Catégorie Grammaticale
tratamento	36	77	67	85	79%	Formes non reconnues
que	22	638	285	534	53%	Conjonctions et locutions
vai	22	46	42	53	79%	Formes non reconnues
hanseniase	19	81	69	101	68%	Formes non reconnues
cur	18	41	33	41	80%	Formes non reconnues
sei	16	62	51	72	71%	Formes non reconnues
quer	16	77	59	86	69%	Formes non reconnues
gente	16	122	89	140	64%	Formes non reconnues
tempo	16	31	29	36	81%	Formes non reconnues
doenca	15	117	100	162	62%	Formes non reconnues
*gi_1	14	201	201	364	55%	Formes non reconnues
ninguem	14	46	38	52	73%	Pronoms
pergunt	14	29	27	34	79%	Formes non reconnues
acontec	13	21	21	25	84%	Formes non reconnues
convers	12	16	16	18	89%	Formes non reconnues
diz	11	55	49	74	66%	Formes non reconnues
pens	11	50	44	65	68%	Formes non reconnues
trist	10	33	29	40	73%	Formes non reconnues
vi	9	12	11	12	92%	Formes non reconnues
acab	9	17	15	18	83%	Formes non reconnues
cont	9	22	19	24	79%	Formes non reconnues
inici	9	17	15	18	83%	Formes non reconnues
peosso	9	112	87	146	60%	Formes non reconnues
super	9	9	8	8	100%	Formes non reconnues
*rel_3	9	23	23	31	74%	Formes non reconnues
escond	9	11	11	12	92%	Formes non reconnues
dai	8	10	10	11	91%	Formes non reconnues
isol	8	12	10	11	91%	Formes non reconnues
isso	8	66	58	94	62%	Pronoms
*ida_1	8	83	83	141	59%	Formes non reconnues
*ind_17	8	21	21	28	75%	Formes non reconnues
*ind_27	8	14	14	17	82%	Formes non reconnues
dificil	8	22	22	30	73%	Formes non reconnues
deu	7	37	34	51	67%	Formes non reconnues
fic	7	158	119	213	56%	Formes non reconnues
entr	7	12	11	13	85%	Formes non reconnues

comec	7	22	21	29	72%	Formes non reconnues
estiv	7	9	9	10	90%	Formes non reconnues
cabeca	7	13	13	16	81%	Formes non reconnues
de-novo	7	9	9	10	90%	Adverbes
vergonha	7	22	21	29	72%	Formes non reconnues
ve	6	12	12	15	80%	Formes non reconnues
volt	6	29	26	39	67%	Formes non reconnues
aceit	6	29	23	33	70%	Formes non reconnues
ainda	6	46	39	62	63%	Adverbes
exist	6	12	12	15	80%	Formes non reconnues
mun-do	6	21	21	30	70%	Formes non reconnues
sofri	6	13	13	17	76%	Formes non reconnues
*rem_5	6	60	60	101	59%	Formes non reconnues
conviv	6	10	10	12	83%	Formes non reconnues
entend	6	11	10	12	83%	Formes non reconnues
consult	6	10	10	12	83%	Formes non reconnues
tivesse	6	10	8	9	89%	Formes non reconnues
fe	5	5	5	5	100%	Formes non reconnues
ha	5	7	7	8	88%	Auxiliaire HAVER
ja	5	70	54	92	59%	Adverbes
abr	5	6	5	5	100%	Formes non reconnues
dav	5	8	7	8	88%	Formes non reconnues
fal	5	61	61	105	58%	Formes non reconnues
sab	5	60	50	83	60%	Formes non reconnues
vao	5	9	9	11	82%	Formes non reconnues
vou	5	35	30	47	64%	Formes non reconnues
apoi	5	13	11	14	79%	Formes non reconnues
sofr	5	10	9	11	82%	Formes non reconnues
tent	5	7	7	8	88%	Formes non reconnues
tive	5	22	21	31	68%	Auxiliaire TER
voce	5	27	19	27	70%	Pronoms
assim	5	32	30	47	64%	Conjonctions et locutions
grave	5	5	5	5	100%	Formes non reconnues
mutil	5	7	7	8	88%	Formes non reconnues
*rem_4	5	38	38	61	62%	Formes non reconnues
adiant	5	7	7	8	88%	Formes non reconnues
aquilo	5	13	12	16	75%	Pronoms
cancer	5	9	7	8	88%	Formes non reconnues
carinh	5	7	7	8	88%	Formes non reconnues
medica	5	34	27	42	64%	Formes non reconnues
termin	5	5	5	5	100%	Formes non reconnues
durante	5	5	5	5	100%	Prépositions simples et
remedio	5	39	34	54	63%	Formes non reconnues
consegui	5	5	5	5	100%	Formes non reconnues
bicho_de_sete	5	5	5	5	100%	Formes non reconnues
ach	4	50	46	79	58%	Formes non reconnues

ele	4	71	71	127	56%	Pronoms
lid	4	4	4	4	100%	Formes non reconnues
loc	4	4	4	4	100%	Formes non reconnues
mas	4	113	103	188	55%	Conjonctions et locutions
viv	4	20	19	29	66%	Formes non reconnues
afet	4	4	4	4	100%	Formes non reconnues
cada	4	7	6	7	86%	Pronoms
pior	4	10	10	13	77%	Formes non reconnues
qual	4	4	4	4	100%	Pronoms
escut	4	6	4	4	100%	Formes non reconnues
forca	4	16	14	20	70%	Formes non reconnues
jeito	4	19	19	29	66%	Formes non reconnues
nervo	4	4	4	4	100%	Formes non reconnues
perdi	4	4	4	4	100%	Formes non reconnues
*res_2	4	152	152	289	53%	Formes non reconnues
agrada	4	4	4	4	100%	Formes non reconnues
aguent	4	6	6	7	86%	Formes non reconnues
compar	4	4	4	4	100%	Formes non reconnues
daquel	4	8	6	7	86%	Formes non reconnues
em-que	4	4	4	4	100%	Pronoms
muitas	4	20	19	29	66%	Pronoms
quando	4	126	102	188	54%	Conjonctions et locutions
*ind_39	4	6	6	7	86%	Formes non reconnues
acredit	4	11	11	15	73%	Formes non reconnues
aproxim	4	4	4	4	100%	Formes non reconnues
como-se	4	12	11	15	73%	Conjonctions et locutions
emocion	4	7	4	4	100%	Formes non reconnues
naquele	4	4	4	4	100%	Pronoms
respond	4	6	6	7	86%	Formes non reconnues
psicolog	4	10	10	13	77%	Formes non reconnues
alteracoes	4	4	4	4	100%	Formes non reconnues
complicado	4	4	4	4	100%	Formes non reconnues
depois-que	4	7	6	7	86%	Conjonctions et locutions
ai	3	17	17	26	65%	Interjections
se	3	129	103	192	54%	Conjonctions et locutions
tu	3	16	12	17	71%	Pronoms
lut	3	8	7	9	78%	Formes non reconnues
mat	3	5	5	6	83%	Formes non reconnues
olh	3	38	34	58	59%	Formes non reconnues
pec	3	3	3	3	100%	Formes non reconnues
aids	3	5	5	6	83%	Formes non reconnues
beij	3	11	8	11	73%	Formes non reconnues
caus	3	27	25	41	61%	Formes non reconnues
diss	3	42	42	73	58%	Formes non reconnues
morr	3	5	5	6	83%	Formes non reconnues
duvid	3	3	3	3	100%	Formes non reconnues

estao	3	10	9	12	75%	Auxiliaire ESTAR
estas	3	3	3	3	100%	Pronoms
estud	3	4	3	3	100%	Formes non reconnues
facil	3	3	3	3	100%	Formes non reconnues
fosse	3	8	8	11	73%	Formes non reconnues
nunca	3	26	26	43	60%	Adverbes
o-que	3	33	31	52	60%	Pronoms
outra	3	14	14	21	67%	Pronoms
porta	3	3	3	3	100%	Formes non reconnues
risco	3	4	3	3	100%	Formes non reconnues
saiba	3	3	3	3	100%	Formes non reconnues
vista	3	4	3	3	100%	Formes non reconnues
*ida_4	3	72	72	132	55%	Formes non reconnues
aquela	3	10	9	12	75%	Pronoms
choque	3	5	5	6	83%	Formes non reconnues
explic	3	9	8	11	73%	Formes non reconnues
pedaco	3	7	5	6	83%	Formes non reconnues
*ind_28	3	8	8	11	73%	Formes non reconnues
*ind_30	3	16	16	24	67%	Formes non reconnues
*ind_43	3	8	8	11	73%	Formes non reconnues
paralis	3	4	3	3	100%	Formes non reconnues
preocup	3	8	8	11	73%	Formes non reconnues
sequela	3	23	18	28	64%	Formes non reconnues
vontade	3	5	5	6	83%	Formes non reconnues
enquanto	3	5	5	6	83%	Conjonctions et locutions
interest	3	3	3	3	100%	Formes non reconnues
depressao	3	3	3	3	100%	Formes non reconnues
orientacoes	3	8	8	11	73%	Formes non reconnues
te	2	17	13	20	65%	Pronoms
dez	2	4	4	5	80%	Numéraux
pod	2	42	39	68	57%	Formes non reconnues
tem	2	137	95	178	53%	Auxiliaire TER
algo	2	4	4	5	80%	Pronoms
forte	2	12	12	18	67%	Formes non reconnues
todas	2	10	10	15	67%	Pronoms
vamos	2	5	4	5	80%	Interjections
nenhum	2	15	15	24	63%	Pronoms
*trab_1	2	138	138	266	52%	Formes non reconnues
de-quem	2	5	4	5	80%	Pronoms

Détail des présences significatives

Le tableau ci-dessous donne pour chaque forme réduite les formes complètes associées, ainsi que leur effectif dans la classe 3.

Forme réduite	Formes complètes associées
tratamento	tratamento(76) tratamentos(1)
que	que(638)
vai	vai(44) vais(2)
hanseníase	hanseníase(81)
cur	cura(24) curada(10) curar(6) curasse(1)
sei	sei(62)
quer	quer(13) querem(4) querer(5) quererem(1) queria(27) queria(3) quero(24)
gente	gente(122)
tempo	tempo(31)
doença	doença(113) doenças(4)
ninguém	ninguém(46)
pergunt	pergunta(4) perguntem(10) perguntando(2) perguntar(3) perguntas(1)
acontec	acontece(1) acontece(4) acontecer(10) aconteceu(6)
convers	conversa(1) conversar(3) conversava(3) conversavam(1) conversei(4)
diz	diz(13) dizem(6) dizer(19) dizia(14) dizem(3)
pens	pensa(5) pensam(1) pensamos(1) pensando(8) pensão(1) pensar(14)
trist	triste(24) tristeza(9)
vi	vi(12)
acab	acaba(3) acabado(1) acabam(1) acabar(6) acabasse(1) acabe(1) acabou(4)
cont	contam(1) contar(6) contato(5) contei(8) conto(1) contou(1)
inici	inicia(1) iniciar(1) inicie(1) início(14)
peço	peço(38) peçoais(1) peçoal(7) peçoas(66)
super	superando(1) superar(6) superei(2)
escond	escondem(1) esconder(4) escondia(3) escondo(3)
dai	dai(10)
isol	isola(1) isolam(1) isolar(3) isolava(1) isolei(5) isolou(1)
isso	isso(66)
difícil	difícil(22)
deu	deu(9) deus(28)
fic	fica(28) ficam(14) ficamos(3) ficando(6) ficar(63) ficaram(6) ficas(1) ficasse(1)
entr	entra(3) entrada(1) entrar(1) entrasse(1) entrasses(1) entrava(1) entrei(3)
comec	começa(4) começado(1) começar(1) comecei(7) começo(6) começou(3)
estiv	estiver(3) estivesse(6)
cabeca	cabeca(13)
de-novo	de-novo(9)
vergonha	vergonha(22)
ve	ve(12)
volt	volta(9) voltado(1) voltamos(1) voltar(12) voltasse(1) volte(3) voltou(2)

aceit	aceitam(2) aceitar(12) aceitaram(2) aceitava(3) aceite(1) aceitei(3) aceito(3)
ainda	ainda(46)
exist	existe(9) existem(2) existisse(1)
mun	mun
sofri	sofri(5) sofrimento(8)
conviv	convive(1) convivem(1) conviver(5) conviveram(1) convivio(1) convivo(1)
entend	entende(1) entendem(2) entender(5) entendeu(2) entendo(1)
consult	consulta(5) consultada(1) consultar(1) consultas(1) consultava(1) consultei(1)
tivesse	tivesse(10)
fe	fe(5)
ha	ha(7)
ja	ja(70)
abr	abria(1) abrir(2) abrisse(1) abriu(2)
dav	dava(7) davam(1)
fal	fala(4) falado(1) falei(7) falei(7) falo(2) falou(7)
sab	sabe(24) sabem(13) saber(8) saberem(1) sabia(13) sabiam(1)
vao	vao(9)
vou	vou(35)
apoi	apoiam(1) apoiando(1) apoiar(1) apoiaram(1) apoio(6) apoiou(3)
sofr	sofrem(1) sofrer(2) sofreram(1) sofrerem(1) sofria(1) sofro(4)
tent	tentamos(1) tentando(1) tento(5)
tive	tive(22)
voce	voce(27)
assim	assim(32)
grave	grave(3) graves(2)
mutil	mutila(1) mutilacao(1) mutilada(2) mutilado(1) mutilando(2)
adiant	adianta(4) adiantada(1) adiantado(1) adiantou(1)
aquilo	aquilo(13)
cancer	cancer(9)
carinh	carinho(7)
medica	medica(12) medicacao(10) medicamento(10) medicamentos(1) medicas(1)
termin	terminado(1) terminaram(1) terminava(1) terminei(1) terminou(1)
durante	durante(5)
remedio	remedio(28) remedios(11)
consegui	consegui(5)
bicho_de_sete_cabec	bicho_de_sete_cabecas(5)
ach	acha(5) achando(3) achava(2) achei(1) acho(39)
ele	ele(55)
lid	lidam(1) lidar(3)
loc	locais(1) local(3)
mas	mas(113)
viv	vive(7) vivem(1) viver(9) vivia(1) vivo(2)
afet	afetado(1) afeto(2) afetou(1)
cada	cada(7)
pior	piorando(1) piorar(1) piorava(1) piores(5) piorou(2)
pior	pior(6)

qual	qual(4)
escut	escuta(2) escutado(2) escutaram(1) escutei(1)
forca	forca(13) forcas(3)
jeito	jeito(19)
nervo	nervo(4)
perdi	perdi(4)
agrada	agrada(4)
aguent	aguentar(2) aguentava(1) aguento(2) aguentou(1)
compar	comparacao(1) comparei(1) comparo(2)
daquel	daquela(4) daquele(3) daqueles(1)
em-que	em-que(4)
muitas	muitas(20)
quando	quando(126)
acredit	acreditar(1) acreditava(1) acreditavam(1) acreditei(1) acredito(7)
aproxim	aproximar(2) aproximavam(1) aproximei(1)
como-se	como-se(12)
emocion	emocionais(1) emocional(5) emocionava(1)
naquele	naquele(4)
respond	respondem(1) respondeu(1) respondia(1) respondo(3)
psicolog	psicologico(2) psicologicos(1) psicologo(7)
alteracoes	alteracoes(4)
complicado	complicado(4)
depois-que	depois-que(7)
ai	ai(17)
se	se(129)
tu	tu(16)
lut	luta(1) lutando(1) lutar(4) luto(2)
mat	mata(5)
olh	olham(9) olhando(10) olhar(6) olhas(1) olhasse(1) olhava(1) olhei(2) olho(8)
pec	peco(3)
aids	aids(5)
beij	beija(3) beijando(1) beijar(1) beijasse(1) beijava(1) beijei(1) beijinho(2) beijou(1)
caus	causa(25) causava(1) causou(1)
diss	disse(18) disseram(2) disso(6)
morr	morre(1) morrer(4)
duvid	duvida(1) duvidas(1) duvido(1)
estao	estao(10)
estas	estas(3)
estud	estudando(1) estudar(1) estudava(2)
facil	facil(3)
fosse	fosse(8)
nunca	nunca(17)
o-que	o-que(33)
outra	outra(14)
porta	porta(3)
risco	risco(4)

saiba	saiba(3)
vista	vista(4)
aquela	aquela(10)
choque	choque(4) choques(1)
explic	explicar(4) explicaram(1) explicavam(1) explicou(3)
pedaco	pedaco(7)
paralis	paralisa(2) paralisada(1) paralisado(1)
preocup	preocupacao(1) preocupado(2) preocupar(2) preocupasse(2) preocupava(1)
sequela	sequela(2) sequelas(21)
vontade	vontade(5)
enquanto	enquanto(5)
interess	interessa(2) interesse(1)
depressao	depressao(3)
orientacoes	orientacoes(8)
te	te(17)
dez	dez(4)
pod	pode(20) podem(5) podemos(1) poder(3) podes(3) podia(10)
tem	tem(137)
algo	algo(4)
forte	forte(10) fortes(2)
todas	todas(10)
vamos	vamos(5)
nenhum	nenhum(15)
de-quem	de-quem(5)

Unités de Contexte Élémentaires de la classe 3

Ci-dessous la liste des unités de contexte élémentaires (u.c.e) caractéristiques de la classe 3, triées par ordre d'importance (khi2) dans la classe et précédées de leur unité de contexte initiale (u.c.i) associée. On observe ainsi les formes les plus caractéristiques de la classe marquées par des parenthèses.

- uce n° 577 Khi2 = 18 uci n° 26 : *ind_26 *ida_2 *rel_2 *res_2 *rem_2 *trab_2 *gi_1 *rh_1 *K_1
era diferente, (mas) era (hanseniasse). (quer) (dizer), eu (perdi) muito (tempo) para (iniciar) o (tratamento), (se) (tivesse) (comecado) logo-que (procurei) talvez eu nao (estivesse) (assim). (acredito) (que) e devido o (remedio) (ser) muito (forte). A minha pele nao era tao ressecada, hoje esta insuportavelmente ressecada.
- uce n° 640 Khi2 = 18 uci n° 30 : *ind_30 *ida_1 *rel_2 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_1 *K_3
A maae (conversou) com eles, (mas), mesmo (assim), eles (ainda) (ficaram) esquisitos comigo. E muito (complicado), (mas) (a) (gente) (tem) (que) (superar), (tem) (que) ter (forca) de (vontade) para (superar).
- uce n° 719 Khi2 = 17 uci n° 34 : *ind_34 *ida_1 *rel_1 *res_2 *rem_5 *trab_1 *gi_1 *rh_2 *K_3
eles falam que-se (a) (doenca) (for) detectada no (inicio), (a) (pessoa) (tem) (cura). (mas), (a) (gente) (ve) (muitas) (pessoas) (que) (ja) (terminaram) o (tratamento), continuarem tomando (remedio) ate hoje.
- uce n° 745 Khi2 = 17 uci n° 35 : *ind_35 *ida_2 *rel_1 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_1
(dai) o meu marido disse (que) nao era para eu (pensar) (daquele) (jeito), porque (a) minha (doenca) esta no (inicio) e eu (vou) (ficar) boa, (vou) me (curar), (que) eles (ficaram) (assim) porque na epoca (em-que) tiveram nao tinha (cura) e, (por-isso), eles (ficaram) (daquela) maneira.
- uce n° 418 Khi2 = 15 uci n° 20 : *ind_20 *ida_2 *rel_1 *res_1 *rem_1 *trab_2 *gi_3 *rh_1
eu (conversei) com ele e disse (que) eu tambem (sofri) muito preconceito, (que) ele nao (ficasse) chateado porque (a) (hanseniasse) nao e (doenca) (que) (mata) e (que) ele fizesse o (tratamento) como eu fiz e para ele (dizer) para ela (que) (hanseniasse) nao e um (bicho_de_sete_cabecas).
- uce n° 791 Khi2 = 14 uci n° 37 : *ind_37 *ida_3 *rel_1 *res_2 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_1 *K_1
eu nao (sei) (dizer) (por-que). E (dificil). (ja) melhorou bastante, antes era mais agitada e, agora, (ja) esta mais calma. no (inicio), eu (ficava) (triste), (chorava) e nao (aceitava).
- uce n° 851 Khi2 = 13 uci n° 43 : *ind_43 *ida_2 *rel_2 *res_2 *rem_5 *trab_2 *gi_1 *rh_2 *K_3
hoje nao, eu (ja) (sei) (como-se) transmite e (que), (quando) (a) (gente) (inicia) o (tratamento) nao passa para mais (ninguem). E (complicado). E confuso para mim. porque e uma (doenca) (que) (a) (gente) (sabe) (que) prejudica. (depois), (se) (a) (gente) nao cuidar, (ficam) as (sequelas).
- uce n° 41 Khi2 = 12 uci n° 2 : *ind_02 *ida_4 *rel_4 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_3 *rh_2
quem gostar de mim (tem) (que) (ser) do (jeito) (que) sou. A (hanseniasse) e uma (doenca) muito (triste). ela nao (mata), (mas) faz (a) (gente) (ficar) o (pedaco) de um (ser) humano.
- uce n° 388 Khi2 = 12 uci n° 17 : *ind_17 *ida_1 *rel_2 *res_2 *rem_5 *trab_1 *gi_1 *rh_2 *K_3
houve algumas (pessoas) nao (se) (aproximavam) de mim, so (que) eles tambem sao evangelicos e (ai), (entra) (deus) e ele me ama. as (pessoas) (podem) nao gostar de mim, porque, (a) (gente) nao (agrada) (a) todo (mundo).
- uce n° 152 Khi2 = 10 uci n° 7 : *ind_07 *ida_4 *rel_1 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_2 *rh_1 *K_2
hoje ela nao (tem) mais esse (tempo) disponivel, ela (fica) na (porta) e (pergunta) (se) esta tudo-bem. com (tristeza), porque mesmo (a) (gente) sabendo (que) (tem) (tratamento), (ninguem) gosta de (saber) (que) (tem) esse (problema) pelas dificuldades (que) passa.
- uce n° 156 Khi2 = 10 uci n° 7 : *ind_07 *ida_4 *rel_1 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_2 *rh_1 *K_2
(tem) que-se amar e (tem) (que) (querer) (viver). (tem) (muitas) (pessoas) (que) (veem) com (tristeza), (tem) muita (gente) (que) exclui (a) (gente), (tem) poucas (pessoas) capazes de (se) assumir e (dizer) (que) (tem) ou teve (hanseniasse).
- uce n° 354 Khi2 = 10 uci n° 16 : *ind_16 *ida_2 *rel_2 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_3 *rh_1
eu (acho) (que) e uma das (piores) (doencas). eu (acho) (que) ela so nao e pior do (que) o (cancer) e (a) (aids), (mas) ela (acaba) com (a) vida da (pessoa) do mesmo (jeito).
- uce n° 450 Khi2 = 10 uci n° 21 : *ind_21 *ida_4 *rel_1 *res_1 *rem_3 *trab_1 *gi_2 *rh_1 *K_3
eu me cuidei muito, tudo (o-que) as enfermeiras, o fisioterapeuta me (diziam), eu fazia. (entao), eu (tive) (forcas) para (lutar), (tem) (gente) (que) (quando) (sabe) (que) esta com (hanseniasse), (se) entrega, (fica) largado e (morre).
- uce n° 638 Khi2 = 10 uci n° 30 : *ind_30 *ida_1 *rel_2 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_1 *K_3
uma (tristeza), sinceramente. eu ate (fico) sem (jeito) de (dizer) (que) (a) (hanseniasse) me (deixa) (triste), porque e uma (doenca) que-se nao (se) cuidar, (acaba) com (a) vida da (gente).
- uce n° 699 Khi2 = 10 uci n° 33 : *ind_33 *ida_2 *rel_2 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_1 *K_4
eu nao (acreditava) (que) eu estava com essa (doenca), (foi) (a) maior (luta) para eu me (aceitar). (quando) (tu) pegas um (laudo) (que) (diz) (que) (tu) (estas) com (isso), (que) (tu) (vais) (ficar) escurinha.

- uce nº 768 Khi2 = 10 uci nº 36 : *ind_36 *ida_1 *rel_2 *res_1 *rem_4 *trab_1 *gi_1 *rh_1 *K_1
 (digo) (que) e (tratamento) de (nervo), porque (se) eu falar (que) e (hanseniase), (vai) (ficar) todo (mundo)
 com medo de mim, como (aconteceu) com (outra) funcionaria, (que) (foi) demitida devido (a) (isso).
- uce nº 819 Khi2 = 10 uci nº 40 : *ind_40 *ida_4 *rel_2 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_2
 O (psicologo) disse (que) nao era para eu (ficar) (triste), para eu nao (ficar) (pensando) bobagem, nao e
 para eu (dizer) (que) sou hanseniana. ate porque hanseniana eu nao sou, eu nao tenho mais (a)
 (doenca), eu (ja) estou (curada). daqui para frente so (quero) (ficar) melhor.
- uce nº 118 Khi2 = 9 uci nº 5 : *ind_05 *ida_4 *rel_2 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_2 *rh_2 *K_2
 (ai) (foi) (quando) o chao (se) (abriu), eu me (vi) toda (mutilada). hoje eu (sei) que-se (a) (gente) (se)
 cuidar, talvez nao fique deformada. eu nao (sei) (se) e conforme o tipo da (doenca) ou (se) e so uma
 qualidade, (mas) sempre (a) (pessoa) (fica) com um pouco de (sequelas), de deformidades.
- uce nº 393 Khi2 = 9 uci nº 17 : *ind_17 *ida_1 *rel_2 *res_2 *rem_5 *trab_1 *gi_1 *rh_2 *K_3
 ele (se) (isolou) para (ficar) comigo e eu (quero) me (curar) para sair com ele e irmos aos (locais) (que)
 sempre iamos.
- uce nº 442 Khi2 = 9 uci nº 21 : *ind_21 *ida_4 *rel_1 *res_1 *rem_3 *trab_1 *gi_2 *rh_1 *K_3
 porque e uma (doenca) (que) (mutila) e deforma as (pessoas) (que) nao fazem o (tratamento) correto.
 (ai) vira um (bicho_de_sete_cabecas), um (bicho) horrivel. (queria) (que) nao (existisse), (mas) (quando)
 (acontece) com (a) (gente), (quando) (a) (gente) sente na pele. (quando) e na (gente), (ve) (que) o (bicho)
 e feio mesmo.
- uce nº 809 Khi2 = 9 uci nº 39 : *ind_39 *ida_2 *rel_2 *res_1 *rem_5 *trab_2 *gi_1 *rh_2 *K_3
 nem (sei) (se) sao amigos verdadeiros, nao vejo necessidade de (contar). (ainda) nao. principalmente (a)
 (cura). espero (que) (a) (doenca) nao evolua para pior. (queria) ter menos (reacoes) possiveis, porque e
 um (sofrimento). A (gente) (tem) (que) (lidar) dia_a_dia com outras (coisas) e, (ainda), ter (que)
 (aguentar) as (reacoes) e (difícil).
- uce nº 57 Khi2 = 8 uci nº 3 : *ind_03 *ida_2 *rel_1 *res_1 *rem_3 *trab_1 *gi_1 *rh_1 *K_3
 nao (adianta) eu (esconder) o (problema) (que) eu tenho. (quando) eu (digo) (que) eu tenho (hanseniase),
 (perguntam) (se) eu nao tenho (vergonha) de ter (hanseniase). (ninguem) pede para ter (hanseniase),
 (ninguem) pede para ter qualquer (doenca). um medico falou (que) e melhor eu ter (hanseniase) do (que)
 eu ter um (cancer), porque (a) (hanseniase) (tem) (cura) (quando) (se) faz o (tratamento), e o (cancer),
 nao.
- uce nº 141 Khi2 = 8 uci nº 6 : *ind_06 *ida_2 *rel_1 *res_1 *rem_2 *trab_2 *gi_2 *rh_1
 (quando) eu (contei), ele me (rejeitou) e so (depois-que) ele (aceitou). ele nao (queria) (viver) comigo,
 (acho) (que) tinha medo de pegar. eu me sentia (rejeitada) (por) ele, (mas) (ainda) (ficamos) juntos um
 (tempo), (depois) (a) (gente) (se) (deixou). (ficamos) deixados umas duas semanas e, (depois),
 (voltamos) (de-novo).
- uce nº 210 Khi2 = 8 uci nº 10 : *ind_10 *ida_3 *rel_2 *res_1 *rem_5 *trab_1 *gi_2 *rh_2 *K_4
 A (gente) (ve) tanta (coisa), (quando) (tu) (olhas) para (outra) (pessoa) (que) (a) (hanseniase) (deixou)
 (sequelas), (a) (gente) (se) sente horrivel porque (pensa) (que) (aquilo) tambem (pode) (acontecer)
 conosco.
- uce nº 445 Khi2 = 8 uci nº 21 : *ind_21 *ida_4 *rel_1 *res_1 *rem_3 *trab_1 *gi_2 *rh_1 *K_3
 (entao) e uma cobra, eu tenho horror de cobra. eu (peco) muita (forca) para (deus). tenho (que) (aceitar)
 meu corpo (assim) mesmo, porque (a) (gente) nao (quer), (mas) (acontece).
- uce nº 619 Khi2 = 8 uci nº 29 : *ind_29 *ida_2 *rel_3 *res_2 *rem_4 *trab_1 *gi_1 *rh_1
 eu (tento) (entender) ela o maximo possivel, (mas) nao (consigo), nem (perguntando) e (estudando)
 sobre ela. hoje em dia, eu (sei) (que) (tem) (cura) (se) (voce) tratar logo, quanto mais (rapido) melhor
 (voce) (fica).
- uce nº 641 Khi2 = 8 uci nº 30 : *ind_30 *ida_1 *rel_2 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_1 *K_3
 A (gente) (tem) (que) (pensar) (que) (existem) (pessoas) com (problemas) maiores (que) o da (gente). eu
 (superei) porque eu (tive) muita (forca) de (vontade), sempre pedi muito (a) (deus) para me dar (forca) e
 vigor para (viver) e agradecer (a) (cada) dia.
- uce nº 649 Khi2 = 8 uci nº 30 : *ind_30 *ida_1 *rel_2 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_1 *K_3
 eles disseram (que) nao (acreditavam) (que) eu tinhas (hanseniase) e nao (contei), e eu justifiquei (que)
 (a) (gente) (convive) com as (pessoas) sem as (conhecer) e eu nao (sabia) (qual) seria (a) (reacao) deles
 e, caso eles me (rejeitassem),
- uce nº 92 Khi2 = 7 uci nº 4 : *ind_04 *ida_2 *rel_1 *res_1 *rem_2 *trab_1 *gi_3 *rh_2
 E (triste), nao e bom para (ninguem). eu (ja) (escutei) algumas (pessoas) falarem (que) (queriam) (ficar)
 doente para (receber) (a) (pensao). eu falo (que) prefiro (a) minha saude ao dinheiro, (se) eu (estivesse)
 saudavel eu nao precisaria deste dinheiro. A familia (tem) (que) (apoiar) muito (a) (pessoa) (que) (tem)
 (a) (doenca).
- uce nº 181 Khi2 = 7 uci nº 8 : *ind_08 *ida_1 *rel_1 *res_2 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_1 *K_3
 eu espero (que) (acabe) logo, (que) passe o (tempo) o-mais (rapido) possivel. eu tomo direito o
 (medicamento), porque, (tem) (gente) (que) toma o (remedio) e ingere bebida alcoolica e com o alcool,
 (a) (doenca) (volta) (de-novo), (volta) pior, (volta) com bastante (forca), horrivel.
- uce nº 216 Khi2 = 7 uci nº 10 : *ind_10 *ida_3 *rel_2 *res_1 *rem_5 *trab_1 *gi_2 *rh_2 *K_4

(tu) (ficas) (pensando) (que) (a) tua pele esta escura e todo (mundo) (vai) (saber) e (se) afastar de ti. esse tipo de preconceito (que) nao (sei) (se) (vou) (saber) (lidar), tipo aquele (olhar) (que) e capaz de (te) (excluir) sem precisar (dizer) nenhuma palavra.

uce n° 377 Khi2 = 7 uci n° 17 : *ind_17 *ida_1 *rel_2 *res_2 *rem_5 *trab_1 *gi_1 *rh_2 *K_3

A (hanseniose), ela (paralisa). (tu) (podes) (dizer) eu nao (vou) (morrer) (por) (causa) da (doenca), eu (vou) (viver). (sim), (mas) devo tudo ao meu marido. (aquela) (pessoa) (que) (quando) eu (chorava) ou gemia, ele (dizia:) eu (te) amo, eu estou aqui, eu nao (vou) (te) (deixar) (por) (causa) disso.

uce n° 451 Khi2 = 7 uci n° 21 : *ind_21 *ida_4 *rel_1 *res_1 *rem_3 *trab_1 *gi_2 *rh_1 *K_3

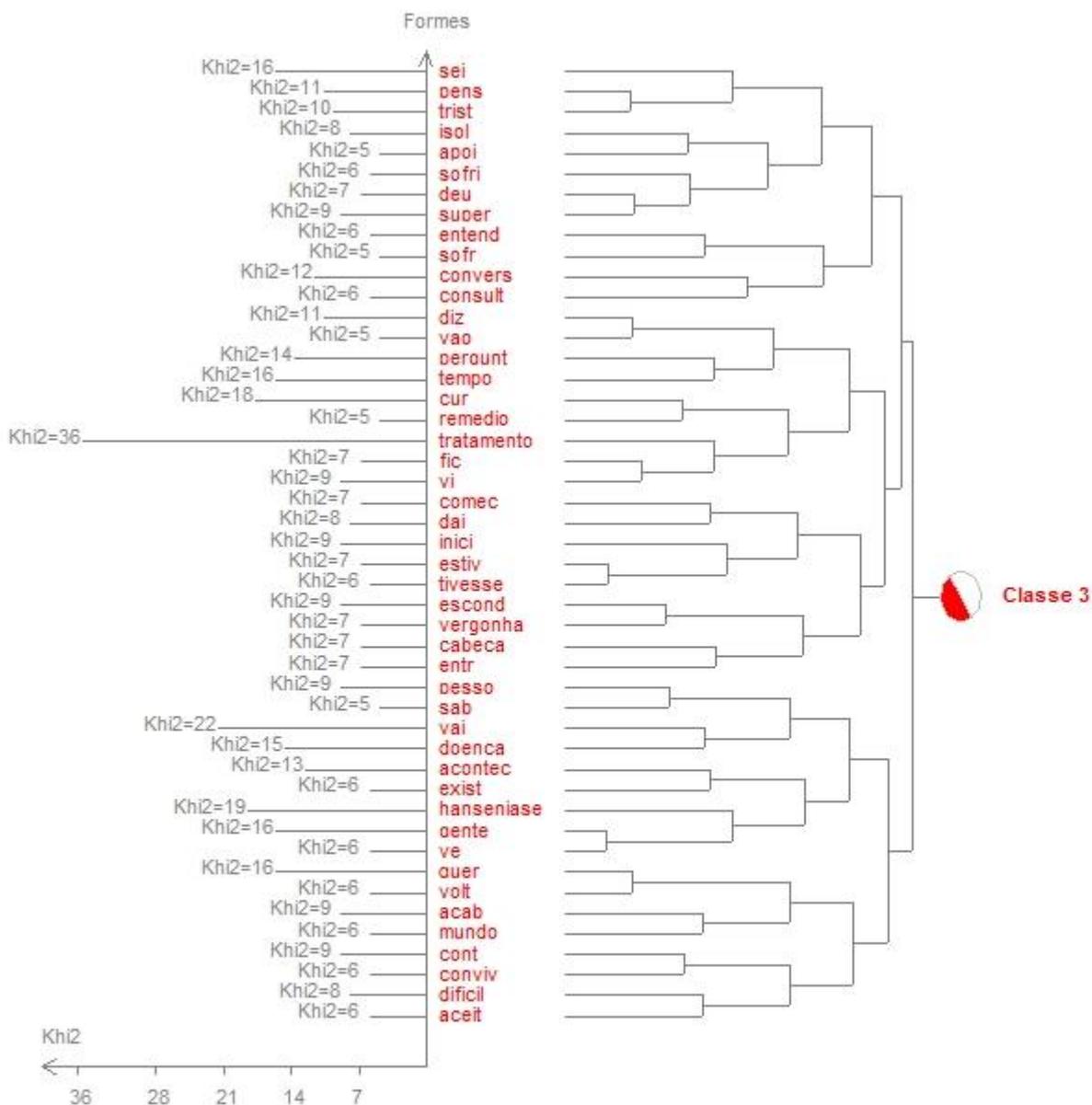
eu (luto) ate hoje. E muito (dificil), (a) (gente) (tem) (que) (lutar) para (viver) bem com (a) (doenca) e (o-que) ela (deixa). meu marido e falecido. A familia, todos me (apoiam) e (vivem) (perguntando) (se) (ja) tomei o meu (remedio). tenho uma tia (que) e enfermeira_chefe, ela (sabe), (mas) e (distante) da (gente).

uce n° 585 Khi2 = 7 uci n° 27 : *ind_27 *ida_3 *rel_3 *res_1 *rem_4 *trab_1 *gi_1 *rh_1 *K_3

(foi) um peso na minha vida, (pensei) (que) nao ia vencer essa batalha. eu pedi muita (forca) (a) (deus), so ele mesmo para dar (forca) para (a) (gente). sinceramente, eu tenho (vergonha). (depois-que) (terminei) o (tratamento) eu (ainda) nao me (aproximei) de (ninguem).

Classification Ascendante Hiérarchique

La classification ascendante est un résultat complémentaire et une aide à la représentation des relations locales entre formes d'une même classe. Vous trouverez ci-dessous l'arbre de la classification ascendante pour la classe 3 ; on observe les paquets d'agrégation de formes ainsi que le khi2 de chaque forme dans la classe.



Remarque : Cette classification est obtenue à partir de 50 formes analysées, elle ne peut pas être comparée avec un arbre obtenu avec un nombre de mots différent.

Résultats de la classe n°4

Voici le vocabulaire caractéristique (formes réduites) de la classe 4 en fonction du khi2.

Effectif 1 : effectif réel du mot dans la classe ;

Effectif 2 : nombre d'u.c.e de la classe contenant le mot ;

Total : nombre total d'u.c.e classées contenant le mot ;

Percent : pourcentage du nombre d'u.c.e de la classe contenant le mot.

Vocabulaire	Khi2	Effectif 1	Effectif 2	Total	Percent	Catégorie Grammaticale
mae	88	33	26	37	70%	Formes non reconnues
irm	77	26	23	33	70%	Formes non reconnues
cop	70	14	14	15	93%	Formes non reconnues
filh	65	24	20	29	69%	Formes non reconnues
pai	61	19	17	23	74%	Formes non reconnues
familia	60	26	25	44	57%	Formes non reconnues
mor	59	15	13	15	87%	Formes non reconnues
*ind_31	48	12	12	15	80%	Formes non reconnues
dela	44	13	12	16	75%	Pronoms
filhos	42	23	17	29	59%	Formes non reconnues
cas	41	37	30	72	42%	Formes non reconnues
separ	39	12	11	15	73%	Formes non reconnues
crianca	38	7	7	7	100%	Formes non reconnues
colher	37	8	8	9	89%	Formes non reconnues
marido	33	24	22	50	44%	Formes non reconnues
resultado	33	8	6	6	100%	Formes non reconnues
beb	30	10	10	15	67%	Formes non reconnues
mago	27	5	5	5	100%	Formes non reconnues
prat	26	6	6	7	86%	Formes non reconnues
amigos	26	14	11	19	58%	Formes non reconnues
assunto	26	6	6	7	86%	Formes non reconnues
meus	25	32	25	68	37%	Pronoms
minha	23	75	52	199	26%	Pronoms
*ind_10	23	13	13	27	48%	Formes non reconnues
papai	22	5	4	4	100%	Formes non reconnues
la	21	17	14	31	45%	Pronoms
cham	21	8	8	13	62%	Formes non reconnues
eles	21	31	27	82	33%	Pronoms
teve	21	9	8	13	62%	Formes non reconnues
fui	18	16	12	27	44%	Auxiliaire SER
primeiro	18	6	6	9	67%	Numéraux
der	17	6	5	7	71%	Formes non reconnues
mim	17	43	32	111	29%	Pronoms
dele	17	15	13	31	42%	Pronoms
afast	17	16	11	24	46%	Formes non reconnues
senti	17	8	8	15	53%	Formes non reconnues

frente	17	6	5	7	71%	Formes non reconnues
*ind_15	17	8	8	15	53%	Formes non reconnues
tia	16	5	4	5	80%	Formes non reconnues
pena	16	4	4	5	80%	Formes non reconnues
lepr	15	11	7	13	54%	Formes non reconnues
diss	13	26	22	73	30%	Formes non reconnues
deles	13	6	6	11	55%	Pronoms
discrimin	12	13	10	25	40%	Formes non reconnues
men	11	6	5	9	56%	Formes non reconnues
sua	11	3	3	4	75%	Pronoms
tir	11	8	6	12	50%	Formes non reconnues
vim	11	3	3	4	75%	Formes non reconnues
unic	11	3	3	4	75%	Formes non reconnues
*ida_2	11	57	57	264	22%	Formes non reconnues
a-noite	11	3	3	4	75%	Adverbes
colonia	11	3	3	4	75%	Formes non reconnues
realmente	11	3	3	4	75%	Adverbes
ele	9	55	31	127	24%	Pronoms
ped	9	4	4	7	57%	Formes non reconnues
para	9	92	63	309	20%	Prépositions simples et
comigo	9	13	13	41	32%	Pronoms
momento	9	5	5	10	50%	Formes non reconnues
ela	8	39	27	111	24%	Pronoms
fal	8	29	26	105	25%	Formes non reconnues
prim	8	5	5	11	45%	Formes non reconnues
rest	8	3	3	5	60%	Formes non reconnues
*gi_2	8	37	37	162	23%	Formes non reconnues
foram	8	3	3	5	60%	Auxiliaire SER
estava	8	19	16	56	29%	Auxiliaire ESTAR
preconceito	8	15	14	46	30%	Formes non reconnues
ate	7	17	16	57	28%	Prépositions simples et
exam	7	4	4	8	50%	Formes non reconnues
nunca	7	17	13	43	30%	Adverbes
minhas	7	14	12	40	30%	Pronoms
tambem	7	15	15	53	28%	Adverbes
e	6	189	98	567	17%	Formes non reconnues
avo	6	2	2	3	67%	Formes non reconnues
jog	6	2	2	3	67%	Formes non reconnues
mand	6	2	2	3	67%	Formes non reconnues
*gi_3	6	39	39	184	21%	Formes non reconnues
delas	6	2	2	3	67%	Pronoms
limit	6	2	2	3	67%	Formes non reconnues
raiva	6	2	2	3	67%	Formes non reconnues
doente	6	12	11	36	31%	Formes non reconnues
igreja	6	3	2	3	67%	Formes non reconnues
*ind_24	6	10	10	33	30%	Formes non reconnues

consider	6	4	4	9	44%	Formes non reconnues
descobri	6	2	2	3	67%	Formes non reconnues
sobrinha	6	2	2	3	67%	Formes non reconnues
sofrendo	6	2	2	3	67%	Formes non reconnues
desde-que	6	2	2	3	67%	Conjonctions et locutions
me	5	100	64	341	19%	Pronoms
iri	5	4	4	10	40%	Formes non reconnues
sab	5	20	20	83	24%	Formes non reconnues
eram	5	3	3	6	50%	Auxiliaire SER
nojo	5	5	4	10	40%	Formes non reconnues
pedi	5	3	3	6	50%	Formes non reconnues
quis	5	4	4	10	40%	Formes non reconnues
arras	5	3	3	6	50%	Formes non reconnues
mesma	5	5	5	13	38%	Formes non reconnues
*res_1	5	76	76	421	18%	Formes non reconnues
imagin	5	5	5	13	38%	Formes non reconnues
revolt	5	3	3	6	50%	Formes non reconnues
acostum	5	3	3	6	50%	Formes non reconnues
logo-que	5	4	4	10	40%	Conjonctions et locutions
ca	4	2	2	4	50%	Adverbes
ia	4	12	9	31	29%	Formes non reconnues
ir	4	6	6	18	33%	Formes non reconnues
amo	4	2	2	4	50%	Formes non reconnues
com	4	5	5	15	33%	Formes non reconnues
dou	4	2	2	4	50%	Formes non reconnues
mei	4	3	3	7	43%	Formes non reconnues
rua	4	4	4	11	36%	Formes non reconnues
agua	4	5	5	15	33%	Formes non reconnues
amig	4	5	4	11	36%	Formes non reconnues
cama	4	2	2	4	50%	Formes non reconnues
deit	4	2	2	4	50%	Formes non reconnues
oito	4	2	2	4	50%	Numéraux
vend	4	2	2	4	50%	Formes non reconnues
abrac	4	4	3	7	43%	Formes non reconnues
coloc	4	3	3	7	43%	Formes non reconnues
junto	4	2	2	4	50%	Adverbes
*ida_3	4	35	35	173	20%	Formes non reconnues
import	4	4	3	7	43%	Formes non reconnues
poucos	4	4	4	11	36%	Pronoms
vizinha	4	2	2	4	50%	Formes non reconnues
preconceituosa	4	2	2	4	50%	Formes non reconnues
so	3	31	26	126	21%	Adverbes
nem	3	18	15	64	23%	Conjonctions et locutions
vez	3	13	13	53	25%	Formes non reconnues
cheg	3	7	7	26	27%	Formes non reconnues
part	3	8	7	26	27%	Formes non reconnues

arrum	3	3	3	8	38%	Formes non reconnues
quase	3	4	4	12	33%	Formes non reconnues
*ind_04	3	7	7	24	29%	Formes non reconnues
*ind_33	3	7	7	24	29%	Formes non reconnues
apesar-de	3	3	3	8	38%	Prépositions simples et
dia	2	14	14	62	23%	Formes non reconnues
meu	2	41	41	218	19%	Pronoms
nao	2	163	88	522	17%	Adverbes
ora	2	2	2	5	40%	Conjonctions et locutions
dois	2	4	4	13	31%	Numéraux
pois	2	3	3	9	33%	Conjonctions et locutions
desde	2	4	4	13	31%	Prépositions simples et
*rel_1	2	64	64	364	18%	Formes non reconnues
talvez	2	4	4	13	31%	Adverbes

Détail des présences significatives

Le tableau ci-dessous donne pour chaque forme réduite les formes complètes associées, ainsi que leur effectif dans la classe 4.

Forme réduite	Formes complètes associées
mae	mae(33)
irm	irma(6) irmao(6) irmaos(9) irmas(5)
cop	copia(1) copo(13)
filh	filha(14) filhas(4) filho(6)
pai	pai(19)
familia	familia(26)
mor	mora(5) moram(3) morar(2) morava(1) moro(2) morou(2)
dela	dela(13)
filhos	filhos(23)
cas	casa(35) casamos(1) casou(1)
separ	separa(2) separar(4) separasse(1) separei(1) separo(1) separou(3)
crianca	crianca(7)
colher	colher(8)
marido	marido(24)
resultado	resultado(6) resultados(2)
beb	bebe(2) bebem(1) beber(5) bebia(1) bebo(1)
mago	magoa(2) magoada(1) magoar(1) magoou(1)
prat	prato(6)
amigos	amigos(14)
assunto	assunto(6)
meus	meus(32)
minha	minha(75)
papai	papai(5)
la	la(17)
cham	chama(1) chamado(1) chamam(1) chamar(2) chamavam(2) chamei(1)
eles	eles(31)
teve	teve(9)
fui	fui(16)
primeiro	primeiro(6)
der	der(2) deram(4)
mim	mim(43)
dele	dele(15)
afast	afastando(2) afastar(3) afastaram(4) afastassem(1) afastei(3) afastou(3)
senti	senti(7) sentimento(1)
frente	frente(6)
tia	tia(5)
pena	pena(4)
lepr	lepra(5) leprosa(6)

diss	disse(18) disseram(2) disso(6)
deles	deles(6)
discrimin	discriminacao(5) discriminada(2) discriminado(1) discriminando(1)
men	meninas(1) menino(2) meninos(2) menor(1)
sua	sua(3)
tir	tirar(4) tirasse(1) tirava(1) tiravam(2)
vim	vim(3)
unic	unica(2) unico(1)
a-noite	a-noite(3)
colonia	colonia(3)
realmente	realmente(3)
ele	ele(55)
ped	pede(3) pedir(1)
para	para(92)
comigo	comigo(13)
momento	momento(5)
ela	ela(39)
fal	fala(4) falado(1) falei(7) falei(7) falo(2) falou(7)
prim	prima(1) primeira(3) primo(1)
rest	resta(1) resto(2)
foram	foram(3)
estava	estava(19)
preconceito	preconceito(15)
ate	ate(17)
exam	exame(4)
nunca	nunca(17)
minhas	minhas(14)
tambem	tambem(15)
e	e(189)
avo	avo(2)
jog	jogando(1) jogar(1)
mand	mandou(2)
delas	delas(2)
limit	limites(1) limitou(1)
raiva	raiva(2)
doente	doente(11) doentes(1)
igreja	igreja(3)
consider	considerava(2) considero(2)
descobri	descobri(2)
sobrinha	sobrinha(2)
sofrendo	sofrendo(2)
desde-que	desde-que(2)
me	me(100)
iri	iria(4)
sab	sabe(24) sabem(13) saber(8) saberem(1) sabia(13) sabiam(1)

eram	eram(3)
nojo	nojo(5)
pedi	pedi(3)
quis	quis(3) quisesse(1)
arras	arrasa(1) arrasada(2)
mesma	mesma(5)
imagin	imaginam(2) imaginando(1) imaginar(1) imaginava(1)
revolt	revolta(2) revoltada(1)
acostum	acostumada(1) acostumaram(1) acostumei(1)
logo-que	logo-que(4)
ca	ca(2)
ia	ia(12)
ir	ir(9)
amo	amo(2)
com	com(94)
com	comem(1) comemos(1) comer(3)
dou	dou(2)
mei	meio(3)
rua	rua(4)
agua	agua(6)
amig	amiga(3) amigas(2)
cama	cama(2)
deit	deitar(2)
oito	oito(2)
vend	vendia(1) vendo(1)
abrac	abracando(1) abracar(2) abracou(1)
coloc	colocando(1) colocar(1) coloco(1)
junto	junto(2)
import	importa(4)
poucos	poucos(4)
vizinha	vizinha(1) vizinhas(1)
preconceituosa	preconceituosa(1) preconceituosas(1)
so	so(31)
nem	nem(18)
vez	vez(8) vezes(5)
cheg	chega(1) chegar(2) chegasse(1) chegava(3)
part	parte(8)
arrum	arrumar(1) arrumava(1) arrumou(1)
quase	quase(4)
apesar-de	apesar-de(3)
dia	dia(14)
meu	meu(82)
nao	nao(163)
ora	ora(2)
dois	dois(4)

pois desde	pois(3) desde(4)
---------------	---------------------

Unités de Contexte Élémentaires de la classe 4

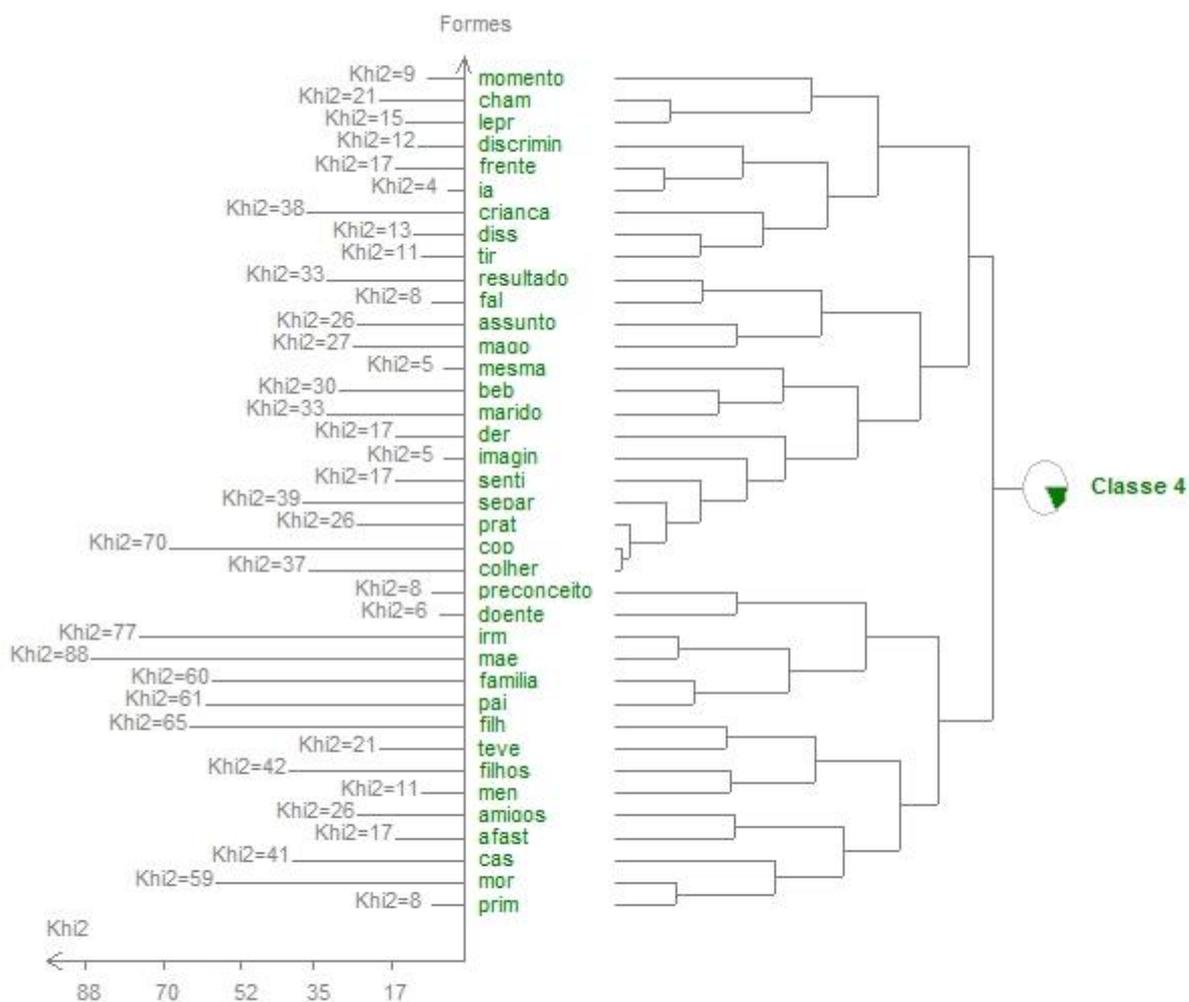
Ci-dessous la liste des unités de contexte élémentaires (u.c.e) caractéristiques de la classe 4, triées par ordre d'importance (khi2) dans la classe et précédées de leur unité de contexte initiale (u.c.i) associée. On observe ainsi les formes les plus caractéristiques de la classe marquées par des parenthèses.

- uce n° 660 Khi2 = 55 uci n° 31 : *ind_31 *ida_2 *rel_1 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_3 *rh_1 *K_4
 tem pessoas que (sao) (preconceituosas), quando a (minha) (familia) descobriu que (eu) (estava) (doente) todo mundo se (afastou) de (mim). A (minha) (mae) foi a (primeira) a se (afastar) por (medo), (ela) (mora) (em) um municipio proximo, mas (nao) (me) (visita). uma (vez) (eu) (fui) a (casa) (dela) (e) contei que (estava) (doente), (ela) (separou) (copo), (prato) (e) (colher).
- uce n° 753 Khi2 = 50 uci n° 35 : *ind_35 *ida_2 *rel_1 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_1
 (eu) (nao) (me) (dou) com (ela), (apesar-de) sermos (vizinhas), (eles) (moram) ao-lado-de (casa). com a (minha) (mae) (e) (normal), (so) que (ela) (mora) no interior. (falei) (para) (poucos) (amigos), porque existem muitas pessoas que tem (preconceito). os que (eu) (falei) se (afastaram). um (primo) foi na (casa) da (minha) (mae) (e) (ela) (disse) o-que (eu) tinha.
- uce n° 178 Khi2 = 48 uci n° 8 : *ind_08 *ida_1 *rel_1 *res_2 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_1 *K_3
 (so) meu (marido), meu (pai), (minha) (mae) (e) (minhas) (irmas) sabem. uma (irma) ficou (meio) assim (e) (eu) briguei com (ela), porque (ela) (nao) queria (beber) no mesmo (copo), (comer) com a (mesma) (colher).
- uce n° 143 Khi2 = 45 uci n° 6 : *ind_06 *ida_2 *rel_1 *res_1 *rem_2 *trab_2 *gi_2 *rh_1
 pessima. E (por-isso-que) (nao) quero mais. tenho (nojo) de (me) (deitar) com (ele). O (pior) (e) que toda (vez) (ele) vem com a (mesma) historia (e) (eu) caio. depois (eu) (me) arrependo (e) choro de (raiva). E (so) (para) (eu) pegar (filho), ja (sao) sete com esse (menor) que tem (tres) meses. A (familia) que (considero) (e) (so) a (minha) (mae) (e) os (meus) (irmaos), porque (pai) (eu) (nao) tenho mais.
- uce n° 692 Khi2 = 36 uci n° 33 : *ind_33 *ida_2 *rel_2 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_1 *K_4
 (ela) (nao) (me) deixava carregar o (nenem), porque achava que (eu) (ia) passar a doenca (para) (ele). (ela) (nao) dizia, mas (eu) (descobri) depois quando outra (tia) (me) (disse) por-que (ela) passava tanto na (frente), tanto a (minha) (tia) como a (filha) (dela) (e) o (marido), (e) (tiravam) sempre a (crianca) da (minha) (frente).
- uce n° 664 Khi2 = 35 uci n° 31 : *ind_31 *ida_2 *rel_1 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_3 *rh_1 *K_4
 (eles) se (afastaram) de (mim). (eu) (senti) que (eles) (nao) queriam (nem) (chegar) perto-de (mim), (me) (deram) um (copo) (para) (eu) (beber) agua, um (prato) (e) uma (colher) (para) (eu) (comer).
- uce n° 452 Khi2 = 31 uci n° 21 : *ind_21 *ida_4 *rel_1 *res_1 *rem_3 *trab_1 *gi_2 *rh_1 *K_3
 A (minha) (familia) (sao) as (duas) (irmas) da (minha) (mae), (duas) (delas) se (deram) bem na (vida), (so) a (minha) (mae), (nao). A (minha) (mae) (casou), (teve) (oito) (filhos), (nao) (teve) sorte (e) o meu (pai) deixou (ela).
- uce n° 337 Khi2 = 28 uci n° 15 : *ind_15 *ida_3 *rel_1 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_3 *rh_2 *K_4
 uma (vez) (fui) a (casa) de (minha) (irma), (eu) gosto muito de (crianca), (e) quando (eu) (fui) (abracar) os netos (dela), uma das (netinhas) (disse) (para) os outros: a (mamae) (falou) que (nao) (e) (para) a gente ficar muito agarrado com a titia, (nao) (e) (para) a gente ficar (abracando) muito (ela). aquilo (me) doeu muito, (fui) (para) (casa) (arrasada).
- uce n° 691 Khi2 = 28 uci n° 33 : *ind_33 *ida_2 *rel_2 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_1 *K_4
 (eu) digo que a dor (maior) (nao) (e) ser (discriminada) pelas pessoas de-fora, (e) sim pela (propria) (familia). (eu) (fui) (discriminada) por uma (tia) (minha), a (filha) (dela) (teve) um (nenem) (e) quando (eu) (ia) pegar no (nenem) (ela) vinha na (frente) (e) (me) (tirava) o (nenem).
- uce n° 338 Khi2 = 25 uci n° 15 : *ind_15 *ida_3 *rel_1 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_3 *rh_2 *K_4
 quando (eu) cheguei a (casa) da (minha) (irma) chorei muito (e) (ela) brigou com a (minha) (sobrinha) por causa (disso). (la) a (filha) (dela) foi se desculpar (la) (em) (casa), dizendo que (nao) tinha (falado) isso (para) os (filhos).
- uce n° 343 Khi2 = 25 uci n° 15 : *ind_15 *ida_3 *rel_1 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_3 *rh_2 *K_4
 (meus) (amigos) se (afastaram) de (mim), (minhas) (amigas) (tambem) se (afastaram). A (familia) que (considero), (sao) (meus) (filhos), meu (marido) (e) (minhas) (irmas). hoje convivemos bem, (eles) (me) aceitam, mas (ate) hoje, (eu) sinto, (nao) de todos, mesmo (sabendo) que estou curada, (eu) sinto, (eu) vejo a diferenca.
- uce n° 283 Khi2 = 24 uci n° 12 : *ind_12 *ida_3 *rel_1 *res_2 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_2 *K_1
 ninguem pode (me) devolver o-que a doenca ja roubou de (mim). (eu) sempre procurei (morar) (so) (e) ter a (minha) liberdade. tenho quatro (filhos), mas todos (sao) casados. as (meninas) sempre vao a (minha) (casa) (e) (me) (tratam) bem porque (sao) (filhas). (filhos), (mae) (e) (irmaos) (nao) excluem a gente. quando (eu) (falo) (em) excluir, (falo) daqueles que diziam que (eram) (amigos) (e) que (foram) se (afastando) aos (poucos).

- uce nº 76 Khi2 = 23 uci nº 3 : *ind_03 *ida_2 *rel_1 *res_1 *rem_3 *trab_1 *gi_1 *rh_1 *K_3
 que (ele) (nao) (quisesse) mais. (eu) (nao) gosto mais de fazer, (so) faco por fazer. (quase) sempre doi, doi as (minhas) pernas, enfim, doi tudo. (talvez) (eu) (nao) queira mais por (revolta) por (ele) (nao) (me) beijar mais, (me) (chamar) de (leprosa) (e) (arrumar) mulher na (rua). nenhuma mulher gosta (disso).
- uce nº 137 Khi2 = 23 uci nº 6 : *ind_06 *ida_2 *rel_1 *res_1 *rem_2 *trab_2 *gi_2 *rh_1
 (eu) (nunca) mais (fui) a (casa) (dela). (eu) (me) (senti) muito mal quando uma pessoa (me) (falou) que (eu) era (leprosa), que (eu) tinha (lepra) (e), por-isso, (eu) (estava) (doente) (e) (iria) ficar ainda (pior), toda podre.
- uce nº 623 Khi2 = 23 uci nº 29 : *ind_29 *ida_2 *rel_3 *res_2 *rem_4 *trab_1 *gi_1 *rh_1
 (eu) digo sempre-que (so) (me) (importa) a opiniao de-quem (eu) (amo). meu (marido) (nunca) (mudou), (ele) (e) lindo, (nunca) tocou no (assunto). (minha) (familia), (tambem), (pai), (mae) (e) (irmaos), sempre (me) apoiaram. (em) nenhum (momento), tanto por (parte) da (familia) do meu (marido) (quanto) da (minha), (me) (trataram) de outra maneira.
- uce nº 551 Khi2 = 22 uci nº 25 : *ind_25 *ida_4 *rel_1 *res_2 *rem_2 *trab_2 *gi_1 *rh_1
 dizem que pega, por-isso (eu) (disse) logo (para) a (minha) (filha) que (estava) (doente), que era (lepra). era assim-que (chamavam) antes, (lepra). (ela) (disse:) (mae), (eu) (nao) quero sair de (junto) da (senhora) (e) (nem) quero (afastar) o meu (filho).
- uce nº 663 Khi2 = 20 uci nº 31 : *ind_31 *ida_2 *rel_1 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_3 *rh_1 *K_4
 E (normal). qualquer um pode adoecer. A gente (nao) (pede) (para) adoecer. tenho (familia), mas (moram) no interior. uma (vez) (eu) (fui) (la) (e) (senti) que (eles) (estavam) com (preconceito), (eu) (nao) (fui) mais (la) (desde-que) o meu (pai) morreu.
- uce nº 707 Khi2 = 20 uci nº 33 : *ind_33 *ida_2 *rel_2 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_1 *rh_1 *K_4
 (minha) (mae) foi (minha) melhor (amiga), se (nao) fosse (ela) (eu) (nao) estaria de pe. depois, meu (pai) (me) (falou) que (ele) ficava (imaginando) se quando (ele) (chegasse) (em) (casa) (ia) (me) (encontrar) bem (ou) se (eu) (ia) estar inchada com reacao.
- uce nº 335 Khi2 = 18 uci nº 15 : *ind_15 *ida_3 *rel_1 *res_1 *rem_3 *trab_2 *gi_3 *rh_2 *K_4
 E uma doenca ruim porque deixa sequelas. deixou sequelas (em) (mim), mas tem gente (pior). (eu) ja passei por muita (discriminacao), inclusive dentro-de (minha) (propria) (familia). (eu) sofri (preconceito) (e) continuo (sofrendo) desde (crianca), (ate-a) (minha) (irma) (me) (discriminou). A (minha) (mae), (tambem) sofreu muito (preconceito), (ela) (vendia) tacaca (e) o pessoal dizia que (nao) (iria) tomar tacaca feito por (leprosa).
- uce nº 415 Khi2 = 18 uci nº 20 : *ind_20 *ida_2 *rel_1 *res_1 *rem_1 *trab_2 *gi_3 *rh_1
 O (pior) foi que a (tia) da (minha) (filha) (levou) a (minha) (filha) (para) (morar) com (ela), para-que (ela) (nao) pegasse a doenca. (eu) (estava) totalmente (so), a (minha) (mae) (nao) (mora) (comigo) (e) os (meus) (irmaos) (e) o mesmo-que estar (so), passam o (dia) na (rua) (jogando) bola.

Classification Ascendante Hiérarchique

La classification ascendante est un résultat complémentaire et une aide à la représentation des relations locales entre formes d'une même classe. Vous trouverez ci-dessous l'arbre de la classification ascendante pour la classe 4 ; on observe les paquets d'aggrégation de formes ainsi que le khi2 de chaque forme dans la classe.



Remarque : Cette classification est obtenue à partir de 50 formes analysées, elle ne peut pas être comparée avec un arbre obtenu avec un nombre de mots différent.