

## O envelhecer institucionalizado de sujeitos sequelados pela Hanseníase da U/E Abrigo João Paulo II\*

*The institutionalized older subjects sequelae by Leprosy of U/E Abrigo João Paulo II*

Janice Fabiana Maia de Souza  
Teresa Christina da Cruz Bezerra de Sena

**RESUMO:** Este estudo objetiva (i) identificar como o estigma da hanseníase se relaciona ao processo de envelhecimento de idosos que foram compulsoriamente asilados, ainda jovens, na Unidade Especial Abrigo João Paulo II, e (ii) analisar a história de vida dos idosos, a partir do relato de suas impressões sobre o envelhecimento. A pesquisa foi realizada na U/E Abrigo João Paulo II, com participação de 12 idosos sequelados pela hanseníase, de idade entre 60 e 94 anos, 50% homens e 50% mulheres, residentes nessa Instituição, selecionados em 2 etapas: análise e avaliação de prontuários e entrevista com os sujeitos, seguindo um roteiro de questionário. Quanto ao nível educacional, apresentam baixo nível de escolaridade, sendo 16,66% analfabetos; e 83,33% com primário incompleto. Em relação ao vínculo conjugal, observou-se que 75% são viúvos; 16,66%, solteiros; e 8,33%, casados. Destes últimos, 41,66% tiveram filhos biológicos; 25% filhos adotivos; 16,66% filhos biológicos e adotados; e 16,66% não tiveram filhos. O intuito foi ultrapassar o critério estatístico dos dados, e o discurso construído e socialmente aceito em torno da Hanseníase, trazendo vozes que expressam subjetividades, desvelando os diferentes modos de viver o envelhecimento, colaborando na construção de um saber gerontológico interdisciplinar.

**Palavras-chave:** Idoso; Hanseníase; Estigma; Institucionalização.

---

\* Trabalho realizado na Unidade Especial Abrigo João Paulo II (Marituba/PA), tendo como produto este artigo, requisito para obtenção do título de especialista em Geriatria e Gerontologia, da Universidade do Estado do Pará, pela primeira autora, sob orientação da segunda, que na ocasião era especialista em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas – PUCMinas.

Souza, J.F.M.de & Sena, T.C.da Cruz B.de. (2014, março). O envelhecer institucionalizado de sujeitos sequelados pela Hanseníase da U/E Abrigo João Paulo II. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(1), pp.103-123. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

**ABSTRACT:** *Objective: Identify how the stigma of leprosy is related to the aging process of elderly people who were forcibly asylees, still young in the Special Housing Unit John Paul II and analyze the history of life for seniors, from the account of his views on aging . Methodology: The survey was conducted in the Special Housing Unit John Paul II, featuring 12 seniors sequelae by leprosy and residents in this institution. The research had two stages: analysis and evaluation of medical records and interview the subjects selected following a script of the questionnaire. Results and Discussion: There were 12 seniors, aged 60-94 years, 50% men and 50% are women. As for the educational level have low levels of schooling, and 16.66% are illiterate and 83.33% with incomplete primary, and in relation to marital bond was observed that 75% are widowed, single and 16.66% 8.33 % married and 41.66% of those already mentioned have biological children, adopted children 25%, 16.66% biological and adopted children and 16.66% had no children. Conclusion: The aim was to overcome the statistical data, and the discourse constructed and socially acceptable around the leprosy, bringing those voices that express subjectivity, revealing the different ways of experiencing aging, helping to build an interdisciplinary gerontological knowledge.*

**Keywords:** *Elderly; Leprosy, Stigma; Institutionalization.*

## **Introdução**

### **Breve Histórico da Hanseníase**

Os primeiros registros oficiais e comprovados de Hanseníase no mundo vêm da Índia e são datados de aproximadamente 600 anos antes de Cristo (Browne, 2003).

Desde então, a doença carrega consigo um misto de preconceito e estigma, devido essencialmente às deformidades que ela provocava quando ainda não tinha cura, e a falta de informação e esclarecimento sobre a forma de contágio e tratamento da doença.

O termo “lepra”<sup>2</sup> (anterior à Hanseníase) apareceu na Bíblia pela primeira vez na Septuaginta, aproximadamente 200 a.C. A Septuaginta é uma tradução do Antigo Testamento hebraico para o grego pelos 72 sábios reunidos em Alexandria (AMERICAN LEPROSY MISSIONS, 1998).

Para Cunha (2005), a equivalência da lepra moderna com a doença descrita na Bíblia e na Idade Média é, sem dúvida, problemática, o que a torna objeto de estigmatização social.

Segundo a autora, uma das hipóteses para a gênese desse peculiar sentimento em relação à lepra foi atribuída a enganos na tradução da Bíblia do hebraico para o grego. No ano 300 a.C. a palavra hebraica *tsara'ath* foi traduzida para o grego como *lepra*. *Tsara'ath* era um termo genérico empregado para diversas condições associadas à impureza moral e espiritual no corpo, nas roupas e até nas paredes. Assim, a desonra física, a violação de tabus alimentares e até mesmo algumas afecções físicas, como a presença de manchas brancas que tendiam a disseminar-se, eram vistas como impurezas da alma ou do corpo e deveria receber o castigo da segregação social. As manchas produzidas pela lepra foram, dessa maneira, vistas como um castigo divino a algum tipo de má-conduta, não indicando, nesse momento, um fenômeno biológico (Cunha, 2005).

Historicamente, a lepra é conhecida, através dos tempos, como uma doença cercada de fatalidade mística. Pregada como fruto do pecado, como castigo, ela solidificou o estigma que veio “marcando” as pessoas por ela atingidas como marginais quase que sem caráter humano. Na Bíblia Sagrada, a lei Mosaica determina que os portadores da lepra deveriam ser isolados do convívio social e declarados impuros (Filho, 2004, p.6).

Em referência aos doentes de lepra do passado, verificou-se que durante as guerras, eles eram eliminados, sem piedade nos países ocupados, queimados para purificar seu corpo e sua alma. As instituições conhecidas como leprosários serviam mais para isolá-los, para sequestrá-los da vida, do que para curá-los (Arvello, 1997, como citado em Filho, 2004).

Na verdade, os leprosários cumpriam uma função social singular: depurar a cidade de um grande contingente de doentes aflitos, cujo trânsito entre as demais pessoas incomodava (Ornellas, 1997).

---

<sup>2</sup> Refere-se à doença causada pelo *Mycobacterium leprae*. É conhecida no Brasil por Hanseníase e os seus doentes, por hansenianos. Esse nome é relacionado ao pesquisador norueguês em microbiologia Gustav Armauer Hansen que isolou o bacilo da lepra-o *M. Leprae*, no século XIX. O termo “Hanseníase” passou a ser utilizado oficialmente em todo o país somente em meados da década de 1970, cf. BRASIL, Diário Oficial da União. Portaria n.º 165/BSB de 14 de maio de 1976, publicada em 16 de maio de 1976, p. 8301, seção I, item 6.1.

Observa-se que as restrições, o isolamento social, que eram impostos aos doentes, em especial aos pobres, retirava-os de sua condição de cidadania, transformando-os em objetos que poderiam ser movidos de um lado para outro, e cuja existência ficava submetida ao jugo do poder vigente.

## Estigma e preconceito

“Leproso – 1. Que tem lepra, morfético, garro, hanseniano, lazarento, lazarado e camunhengue, maldelozento, macotena, maculento. 2. Da natureza da lepra; sarna leprosa. 3. Nojento, asqueroso, repugnante. 4. Fig. Vicioso, corrupto.” (Dicionário Aurélio).

As definições acima citadas foram retiradas do dicionário *Aurélio*, um dos mais consultados pelos brasileiros. E, como podemos perceber todas essas designações são marcadas por uma conotação negativa e degradante.

O paciente atingido pela lepra, desde os tempos mais remotos, teve que carregar o peso do estigma que cerca a designação de leproso. Esse termo foi utilizado pela sociedade para se referir a algo ruim, maléfico ou a alguém que causava aversão e ojeriza.

Os doentes ficavam à beira do caminho a coletar as moedas que os passantes atiravam das janelas dos carros, sem parar, porque naquele lugar, até o ar era contaminado pela presença dos míseros leprosos (Trecho da narração do documentário ‘Onde mora a esperança’, ILSL, 1940, como citado em Filho, 2004, p.21).

Normalmente um diagnóstico, como o de Hanseníase, choca o paciente que, mesmo sabendo que se trata de uma doença curável, internaliza a necessidade de camuflar a verdade para os outros e passa a sentir o peso daquilo de preconceituoso, estigmatizante, que está sedimentado na sociedade.

O estigma é a causa principal do prejuízo socioeconômico que as pessoas afetadas pela Hanseníase experimentam. Superar este estigma é passo essencial para sua reintegração na sociedade (GUIA PARA A REABILITAÇÃO SOCIOECONÔMICA DAS PESSOAS AFETADAS PELA HANSENÍASE, 1999).

O estigma apresenta como características fundamentais, segundo Goffman (1988): as abominações do corpo, os defeitos de caráter e a proveniência social (nacionalidade, religião, casta etc.).

Para esse teórico, quando um indivíduo apresenta alguma diferença diante dos demais e que lhe constitui uma dificuldade em sua aceitação pela sociedade, diz-se que ele é portador de estigma. Assim, o indivíduo estigmatizado sente-se inseguro em relação à maneira como os “normais” o receberão. Surge, então, a sensação de desconfiança e até mesmo temor sobre o que os outros estão realmente pensando dele.

É evidente que, no contexto da Hanseníase, o estigma refere-se ao descrédito, à desqualificação e à marginalização social em consequência das deformidades físicas do paciente. De fato, essa moléstia, interpretada, como já dito, como castigo divino, não deixa de representar, desde os mais remotos tempos até os dias atuais, verdadeiro estigma social. É considerada mais do que uma doença, representando, por vezes, uma humilhação extrema e uma condenação por um mal que o doente não cometeu (Eidt, 2004).

Do ponto de vista das relações sociais, preconceito é um juízo preconcebido, manifesto geralmente na forma de uma atitude discriminatória contra pessoas, lugares ou tradições que se mostram diferentes daqueles que conhecemos e julgamos como manifestações normais da sociedade em que vivemos, à qual pertencemos. Pode ser identificado nas atitudes que levam a estabelecer uma relação que trata de forma pejorativa alguém ou alguma situação que lhe é diferente (Machado, 2007).

O preconceito, além de impedir de forma perversa a manifestação da cidadania plena, também estabelece uma nova forma de relacionamento na sociedade, à qual os sujeitos ficam submetidos, pois “é determinado não apenas por palavras que o reescrevem como um conceito, mas passa a haver a descrição enquanto um comportamento” (Machado, 2007).

O preconceito é uma das piores doenças da humanidade. Seu combate deve se dar através de ações de sensibilização, informação e vigilância, constantes e incansáveis. Suas raízes são resistentes, mesmo para além da cura.

Os preconceitos do passado conduziram, desnecessariamente, ora à criação de instituições de alto custo para abrigar e tratar de certos pacientes, ora à coerção desses mesmos pacientes, marginalizando-os em comunidades socialmente isoladas. Tais medidas resultaram em sérios problemas, interferindo especialmente no desenvolvimento de crianças, e tornando-as socialmente proscritas e desfavorecidas na idade adulta. Assim é que a ansiedade criada pode perseguir o doente de Hanseníase e seus parentes ao longo de suas vidas (Ministério da saúde, Controle da Hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço, 1989).

Sob o ponto de vista médico, a Hanseníase é uma doença que conta com tratamento e cura; sob o ponto de vista cultural, ela remete a símbolos negativamente carregados em um número considerável de sociedades, inclusive o Brasil. Por esse motivo, ela é uma doença-chave para a compreensão da inevitável associação entre as dimensões, física, psicológica e sociocultural da doença (Claro, 1993).

O atributo estigmatizante pode emergir com força na interação, gerando certas expectativas em relação aos seus portadores, uma vez que obnubila outras características da pessoa (...). Vale acrescentar que as pessoas tendem a inferir uma série de “imperfeições” a partir do atributo estigmatizador e, com base nelas buscam reduzir as chances de vida desse grupo (Goffman, 1999).

O preconceito e o conseqüente estigma da Hanseníase ainda sobrevivem, mesmo que ações humanas para a erradicação da doença, no século XX, tenham tomado uma velocidade surpreendente, se comparadas com séculos de profilaxia de isolamento. As tecnologias médico-farmacêuticas, impulsionadas por avanços somente possíveis na era do capital, parecem apontar para a redução da história da Hanseníase. No entanto, ciência e tecnologia não existem sem políticas públicas não apenas planejadas, mas efetivamente postas em prática.

### **Relação Histórica das Políticas de Saúde Pública e a Hanseníase no Brasil**

A história da Hanseníase no Brasil coincide com a colonização. A endemia era encontrada tanto em Portugal como nas ilhas africanas não havendo registro da doença entre os índios (Marzliak *et al.*, 2008). Segundo fontes históricas, os primeiros casos brasileiros de Hanseníase ocorreram no Rio de Janeiro por volta de 1600 (Damasco, 2005).

Dois séculos depois do início da colonização portuguesa é possível datar as primeiras iniciativas de cuidados em relação à doença, tomadas por D. João V, (...) que mandou construir leprosários para afastar os doentes da população sadia (*Revista Radis-Comunicação*, 2000, p.11).

Esses asilos-colônias tiveram como objetivo inicial a proteção da população considerada sadia, caracterizando-se pela exclusão daqueles com diagnóstico de Hanseníase. Caracterizavam-se como instituições totais, cidades fechadas: tinham prefeitos, policiamento interno, cadeia, cassino, igrejas, salão de bailes, campos de futebol, escola, armazém... (Marzliak *et al.*, 2008).

Era frequente, até as primeiras décadas do Brasil republicano, o cenário de famílias inteiras de leprosos, como ciganos errantes por estradas e cidades, sobrevivendo ao descaso das autoridades sanitárias diante da exclusão e do estigma. As questões da nacionalidade, às quais se associavam o “problema da raça” e o “melhoramento eugênico”, passaram a demandar a eliminação da mancha da hanseníase no Brasil republicano. Após o descaso sobreveio a punição institucional: além do estigma, os doentes ressurgiram então como corpos policiados, vítimas de políticas de institucionalização quase sempre cruéis [...] (Santos *et al.*, 2008, p. 169).

No Brasil, a segregação dos portadores de Hanseníase foi uma medida de controle da doença, implementada pelo Estado e legitimada pela sociedade ao longo de aproximadamente quatro décadas, entre os anos de 1920 e 1960 (Cunha, 2005). Nesse período, o empenho de médicos, sanitaristas e higienistas, no combate às enfermidades sociais, entre as quais se destacava a lepra, evidencia a construção de uma concepção de atenção à saúde, que ficou conhecida como “higienista” (Santos *et al.*, 2008).

Assim, a lepra estava presente no rol das “enfermidades sociais”, cujas consequências mais evidentes eram a degeneração física e moral do indivíduo, e que passou a fazer parte do discurso de médicos e higienistas, pois representava grandes entraves à modernização do país (Castro Santos, 2008).

No período de 1920-1930, a prática isolacionista foi definida pelo regulamento sanitário de 1920 como uma política compulsória a ser adotada contra a doença. Entretanto, a escassez de verbas, incertezas biomédicas e as características políticas do período puseram obstáculos à atuação da inspetoria de profilaxia da lepra (Cunha, 2005).

Ainda sem um medicamento específico para a cura, o isolamento dos doentes foi determinado como essencial, e tornou-se mais importante que o próprio tratamento (Monteiro & Manini, 2011). A exclusão do doente foi sempre lugar-comum para se protegerem as comunidades do contágio. Isso gerou uma tradição, que podemos chamar de “tradição em isolamento” que foi quase consensual entre os médicos no século XX (Cunha, 2005).

Foi somente no segundo período desse processo histórico (1930-1941) que o isolamento compulsório tomou vigor. A partir de 1935, com a elaboração de um plano de construção de leprosários, promovido pelo governo federal, foi possível pôr em prática a política de isolamento. A criação do Serviço Nacional de Lepra, em 1941, não substituiu o plano elaborado em 1935, e ainda acrescentou as definições de competências dos poderes federais, estaduais e municipais, como também das associações particulares na profilaxia da doença. Nas palavras de Cunha (2005, s.p.):

Durante todo o processo de construção institucional da saúde pública brasileira, no período 1920-1941, o isolamento compulsório dos doentes foi a principal política adotada pelo poder público contra a lepra e esteve associada ao processo de consolidação da capacidade do Estado brasileiro agir sobre territórios e populações.

No governo de Vargas (1930-1945), para o combate à “lepra”, foi reforçada a política de isolamento compulsório, mantendo os doentes asilados em hospitais-colônia.

O modelo de tratamento conhecido por tripé – *Asilo (Leprosário)*, *Dispensário* e *Preventório* -, que se manteve ativo até a década de 1960 – estava baseado em três funções tidas como essenciais para o controle da endemia (Cunha, 2005).

O primeiro, e mais importante, era o isolamento dos doentes, que deveria ser realizado nos leprosários, que não tinham exatamente a função de curar, mas principalmente de manter os doentes distantes da população sadia. As famílias e outras pessoas do convívio do doente – os chamados comunicantes - tornaram-se alvo da fiscalização e do controle do Estado através dos *dispensários*, que seriam responsáveis pelos exames periódicos dos suspeitos, descobrindo, assim, novos casos. Por fim, a separação dos filhos sadios deveria ser realizada nos *preventórios*, instituições que tinham a função de abrigar os filhos sadios provendo-lhes educação. A tarefa de proteção das crianças, considerada benemérita, ficou a cargo, no Brasil, de associações privadas mais conhecidas como Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra (Curi, 2002, como citado em Cunha, 2005).

O sistema de isolamento compulsório, que confinava os pacientes em hospitais-colônias e os proibia de viver em sociedade, começou a ser eliminado na década de 60, mantendo-se um regime de transição semiaberto até meados da década de 70, passando então o tratamento e a terapêutica a serem realizados em nível ambulatorial, e a estratégia de combate fixando-se no tratamento precoce e tratamento imediato. Em 1962, através de decreto n.º 968 de 07/05/62, o Brasil considerou extinto o isolamento do paciente para tratamento da lepra (...) (Galo, 2004).

O diagnóstico clínico é feito através de exame da pele e dos nervos periféricos. Excepcionalmente são feitos exames laboratoriais como baciloscopia e biopsia cutâneas (Galo, 2004).

Na década de 70, a OMS recomenda ao Brasil o tratamento quimioterápico específico – a poliquimioterapia (PQT) -, que veio a ser implementado gradualmente, por decisão do Ministério da Saúde, a partir de 1985 (Galo, 2004).



A alta por cura é dada após a administração do número de doses preconizadas pelo esquema terapêutico, que é baseado pelo esquema-padrão, de acordo com a classificação do doente em Paucibacilar (casos com até cinco lesões de pele) ou Multibacilar (casos com mais de cinco lesões de pele).

A informação sobre a classificação do doente é fundamental para se selecionar o esquema de tratamento adequado ao seu caso. A duração do tratamento Paucibacilar é de 6 meses, prorrogáveis em até 9 meses e a duração do tratamento do multibacilar é de 12 meses, prorrogáveis em até 18 meses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) e assim definida por esse órgão:

A Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa, causada pelo *Mycobacterium Leprae* e o homem é considerado a única fonte de infecção, sendo o contágio através da eliminação de bacilos, por vias aéreas superiores de uma pessoa doente. De evolução lenta, que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés. O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença, dando-lhe um grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades. Estas incapacidades e deformidades podem acarretar alguns problemas, tais como diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos. São responsáveis, também, pelo estigma e preconceito contra a doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.12).

### **A nova Política de Controle da Hanseníase: de Leprosário a Abrigo João Paulo II**

A implantação da colônia de Marituba ocorreu no final da década de 30, sendo inaugurada oficialmente em 20 de janeiro de 1942, à direita da antiga estrada Belém-Bragança, hoje BR 316, distante 12 km da cidade de Belém (PA). O objetivo institucional era atender pessoas portadoras de Hanseníase em regime de isolamento compulsório, que era preconizado pela política de saúde da época, evitando com isso o contágio da doença, pois neste período o tratamento era ineficaz (Carvalho,1998).

Até o início da década de 80, a colônia tinha uma estrutura fechada formada por um prédio da administração, almoxarifado, padaria, teatro, biblioteca, cassino, prefeitura, cadeia e um cemitério, além de doze pavilhões, sendo dois infantis e dez separados, em alas, a masculina e a feminina. O sistema organizacional da colônia era constituído por um diretor, prefeito, delegado e

enfermeiros; e os pacientes obedeciam a um regimento muito rigoroso que os excluía completamente da sociedade, causando-lhes um comportamento de revolta e indignação (Carvalho, 1998).

Através da portaria de n.º 165/BSB, de 14 de maio de 1976, do Ministério da Saúde, foi criada uma nova Política de Controle da Hanseníase, visando a diminuir a morbidade, prevenir as incapacidades, preservar a unidade familiar e estimular a integração social do doente (Carvalho, 1998).

A partir daí, a colônia de Marituba (Belém, PA) entrou em um período de transformações, passando primeiramente a ter um regime aberto. Em 1983, foi criado o Abrigo João Paulo II, em homenagem ao Sumo Pontífice da Igreja Católica, que visitou a colônia em 1980. O objetivo do Abrigo é reintegrar os pacientes recuperados à sociedade e prestar assistência médico-social àqueles que ainda necessitam de cuidados. Entretanto, alguns pacientes, por terem passado muitos anos internados, encontravam-se totalmente desvinculados da família, com deficiências físicas graves, que dificultavam a sua reinserção social e, sem opção, acabaram permanecendo no abrigo, reconhecidamente um local onde podiam sentir-se à vontade, sem receio de serem estigmatizados.

Com a abertura da colônia à sociedade, os pacientes passaram a reivindicar melhores condições de vida, pois com a deterioração estrutural da colônia começaram a se sentir indefesos e vulneráveis, mas sem recurso para solucionar tais reivindicações, a solução seria um convênio entre a SESPA (Secretaria de Estado de Saúde Pública), responsável pelo Abrigo e a SPSDP (Sociedade Pobres Servos da Divina Providência), que atua em Marituba desde 1991. A SPSDP é uma sociedade que representa a *Congregação Pobres Servos da Divina Providência*, originada na Itália, que presta serviço aos mais pobres e marginalizados, nos campos da educação, saúde, social e pastoral, em vários países. Uma das fontes mantenedoras desses serviços é a Fundação Dr. Marcelo Cândia, com sede em Milão (Itália), que repassa os recursos para a SPSDP, de acordo com os projetos apresentados (Carvalho, 1998).

Atualmente a estrutura física é composta de: um prédio destinado à administração; quatro blocos residenciais na ala feminina; seis blocos residenciais na ala masculina; um bloco destinado a atividades múltiplas; um bloco para o funcionamento da cozinha e refeitório central, vestuário de funcionários; central de esterilização e uma capela.

Atualmente residem, há mais de 30 anos no Abrigo João Paulo II, cerca de 41 pessoas, sendo 80% idosos de 60 a 97 anos, apresentando grau de incapacidade física III.

O Abrigo, através da equipe multiprofissional e interdisciplinar de 104 servidores, distribuídos em níveis: superior, médio e elementar, desenvolve projetos na área de proteção social

que visam a aumentar a autoestima, facilitar a integração e melhorar a renda desses pacientes/residentes, resgatando os seus direitos de cidadãos. Esses projetos são Oficinas de Arte, Alfabetização na 3ª Idade e cursos profissionalizantes. Há também eventos como comemoração de datas festivas, passeios e atividades culturais, e a manutenção desses projetos se dá através de parcerias da SESP/PA com outras Entidades e Empresas nacionais e internacionais que, assim, colaboram na melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

## **Metodologia**

A pesquisa aqui desenvolvida de caráter qualitativo privilegia algumas técnicas que coadjuvam a descoberta de fenômenos latentes, tais como a observação participante, a história ou relatos de vida, a análise de conteúdo, a entrevista não diretiva etc. Observando a vida cotidiana em seu contexto ecológico, ouvindo as narrativas, lembranças e biografias, e analisando documentos, obtém-se um volume qualitativo de dados originais e relevantes, não filtradas por conceitos operacionais, nem por índices quantitativos (Chizzotti, 2006). Dessa forma, não se almeja, neste estudo, alcançar a generalização, mas sim o entendimento das singularidades.

Na presente investigação, levamos em consideração as observâncias éticas, respeitando as Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (NS 196/96) do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínica Gaspar Vianna.

A pesquisa apresentou duas etapas: - análise e avaliação de prontuários e - entrevista com os idosos selecionados, seguindo um roteiro de questionário, registrado com equipamento de gravação.

A análise e avaliação dos prontuários foram realizadas após o aceite da Instituição. A seleção dos participantes obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: idosos de 60 a 94 anos de idade, com seqüela de Hanseníase em face e/ou membros superiores e/ou membros inferiores (amputação ou garra), cognição preservada e que envelheceram em instituição fechada. Os critérios de exclusão foram: idosos amputados não por seqüela de Hanseníase e com a cognição comprometida. Assim, 12 sujeitos participaram desta pesquisa.

Todos os selecionados tiveram acesso e deram ciência ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e foram informados da não obrigatoriedade na pesquisa, assim como o objetivo da mesma e o sigilo sobre todos os dados coletados, com a possibilidade de desistência por parte deles em qualquer momento.

A coleta de dados foi realizada individualmente na residência de cada idoso institucionalizado (na U/E Abrigo João Paulo II, cada idoso tem seu quarto ou casa) e neste momento assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados no mês de fevereiro de 2010 e o questionário de entrevista apresentou no seu conteúdo dados pessoais, dados socioeconômicos, história da doença e do processo de asilamento e três perguntas subjetivas que expressavam o relato de cada idoso sequelado de Hanseníase que ia sendo entrevistado.

Apesar de haver uma incidência maior da doença em homens do que nas mulheres na maioria das regiões, segundo o Ministério da Saúde (2002), o grupo foi composto por 6 mulheres e 6 homens, com idade entre 60 e 94 anos.

Todos apresentam baixo nível de escolaridade, sendo 16,66% analfabetos; e 83,33% com primário incompleto. São pensionistas do Estado e têm renda em média de 2 salários mínimos.

## Resultados e Discussão

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a Hanseníase pode atingir pessoas de todas as idades, de ambos os sexos, raramente ocorrendo em crianças. Ainda, segundo o Ministério (2002), observa-se que crianças, menores de quinze anos, adoecem mais quando há uma endemicidade da doença, o que justifica a média de idade dos entrevistados na ocasião da descoberta da doença (10,42 anos) (Gráfico 01).

Quanto à idade de ingresso na colônia, verifica-se que a média de idade foi de 16,92 anos (Gráfico 01). De acordo com Cavaliere (2006), a maioria desses pacientes não chegou espontaneamente; foi capturada, ainda jovem, levada violentamente de suas famílias e internada compulsoriamente, permanecendo institucionalizada por várias décadas – o tempo médio de permanência (moradia) na colônia dos entrevistados é de 55,17 anos, dado que ilustra a Política de segregação adotada pelo Estado Brasileiro ao longo de aproximadamente quatro décadas (Santos *et al.*, 2008).

Com relação ao vínculo conjugal, observou-se que 75% são viúvos; 16,66% solteiros; e 8,33% casados. Destes últimos, 41,66% tiveram filhos biológicos; 25%, filhos adotivos; 16,66%, filhos biológicos e adotados; e 16,66% não tiveram filhos.

A perda dos laços familiares, fato muito comum devido à problemática do estigma da Hanseníase que resultava na segregação, ocasionou a necessidade destes se vincularem a outros

para suporte emocional. Daí, surgirem as adoções, pois como haviam sido afastados dos seus familiares, e de seus filhos (estes, ao nascerem eram inseridos em “educandários”/“preventórios”), criavam vínculos com pessoas que mal conheciam que os “adotavam” como “seus”, sendo que estas pessoas, com o decorrer do tempo, queriam em troca o dinheiro ou presentes como forma de recompensa dessa relação. Assim é que os residentes/internos se viam na obrigação de tal troca, pois era o que tinham para oferecer a essas famílias de adoção:

Os filhos, ao nascer, eram imediatamente separados dos pais e levados para instituições denominadas “preventórios”. Na maioria dos casos não tinham quase nenhum contato com os pais. A disciplina nos “preventórios” era extremamente rígida, com a aplicação habitual de castigos físicos desmesurados. As crianças eram submetidas a uma espécie de ‘lavagem cerebral’ e induzidas a se esquecerem de seus pais; portanto, a hanseníase era considerada uma mancha na família (Viana, 2007, como citado em Cappelli, 2008, p.27).

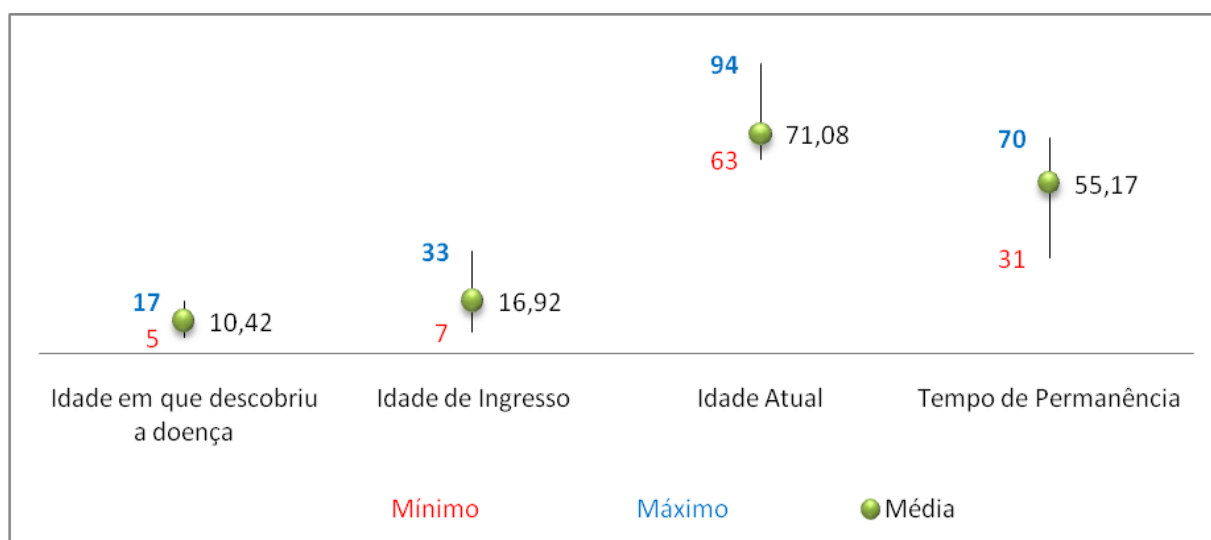


Gráfico 01: Média da relação doença X Tempo de institucionalização

O isolamento compulsório, a partir da década de 1930, pode ser explicado pelos discursos científico-ideológicos, pelos estigmas da Hanseníase, pelas dificuldades técnicas de se chegar a uma vacina, pelos problemas sanitários e de urbanismo, pela necessidade do controle social pelo Estado etc., possibilidades que não são excludentes entre si (Ducatti, 2007).

Com o fim do isolamento compulsório, os doentes poderiam sair dos asilos, se assim o quisessem, e o tratamento poderia ser feito em centros de saúde. Contudo, após décadas de segregação, muitos escolheram continuar nos “leprosários”, simplesmente porque não tinham para

onde voltar, e nem como se sustentar na sociedade “sadia” com o dinheiro da aposentadoria que recebiam (Monteiro, 1987).

Confirma-se a literatura a partir do depoimento a seguir:

*“Em 1948 teve a primeira alta dos doentes curados pela sulfa, eu chorei, meu Deus!, a cura chegou, os portões se abriram e eu continuo dentro do hospital por causa das minhas mãos, dedos encolhidos, dedos atrofiados, então eu chorei por esse motivo, o que, pra mim, a liberdade veio tarde demais, eu chorei em 1948.”*  
(JRA, sexo masculino, 94 anos)

O surgimento da instituição asilar, no Brasil, em substituição no caso da Hanseníase, aos “leprosários”, evidenciou que a velhice passava a ganhar um lugar de abrigo, mas ao mesmo tempo seus velhos perdiam, simbolicamente, o lugar à vida (Groisman, como citado em Vieira, 2005):

O isolamento e o gradual esfriamento das relações com as pessoas a quem eram afeiçoadas, a separação do calor humano familiar e do círculo de amizade, faz com que seja de sofrimento o tempo daqueles que são deixados sós (...) Na condição de interno, o idoso se encontra submetido a um conjunto de regras que serão postas em vigor por meio de estratégias que envolvem premiações para quem as acata e punição para quem as transgride. Além das regras formais, outras, de caráter informal, levadas a efeito pela manipulação de privilégios e punições, persuadem o interno a tornar-se dócil e a adaptar-se como um estrangeiro longe de seu país de origem (Souza, 2003, p.2).

Goffman (2003), em suas observações a respeito de instituições de moradia coletiva no século XX, constatou ainda que o tempo e o interesse das pessoas internadas são apartados do mundo externo, configurando-se um local comum, onde diferentes atividades como dormir, comer e ter lazer, são uniformemente realizadas. A vida cotidiana é homogeneizada, ao contrário de como é definida no cotidiano social:

A vida cotidiana institucionalizada é homogeneizada não só pelo lugar-comum de vida de um coletivo, mas pela mesmice das atividades e práticas ordenadas por um regulamento ou um planejamento burocrático ou técnico, com uma padronização do modo de vida (...) (Faleiros *et al.*, 2009, p.322).

O asilamento é confinamento, é viver dentro de limites e fronteiras, no finito, na finitude, sem horizontes para longe, para fora. A fronteira do asilo são suas cercas ou muros. Assim as visões de si e das circunstâncias se articulam às condições e à história em que se situa o curso da vida dos internos na multidimensionalidade e heterogeneidade da velhice. As rotinas homogeneízam, não sem resistências, entretanto,

O Estatuto do Idoso, na perspectiva dos direitos sociais, prevê que essas instituições garantam: conjunto de serviços, integração com a família, participação, identidade, contrato e condições adequadas, planos institucionais e individuais, condições dignas, cuidados profissionais e adequados, profissionalização, autonomia, morte digna, pessoal capacitado, uma política de saúde e assistência e defesa de direito pelo Ministério Público (Faleiros *et al.*, 2009, p.325).

O idoso, além de arcar com as decorrências do processo natural de envelhecimento, sofre ainda mais por estar diante de uma sociedade preconceituosa, que não valoriza nem estimula as pessoas com mais de 60 anos. O idoso doente de Hanseníase, por sua vez, trava duas lutas com essa mesma sociedade, tendo em vista que, além de ser idoso, é acometido de uma doença que, além de maltratar, de ter conotação pejorativa, ainda segrega, estigmatiza seu portador (Souza, 2005).

A Hanseníase, na sua marcha invasora pelo organismo, acarreta alterações e deformidades físicas, se não tratada precocemente. Contudo, a vitalidade orgânica e a consciência do doente não se alteram. O hanseniano sofre mais moral do que fisicamente. E também não há como negar a dificuldade em qualquer ser humano adaptar-se as mudanças do envelhecimento. Assim é que tanto as perdas fisiológicas, como as alterações patológicas tornam mais penosas as tarefas cotidianas, e às vezes até incapacitam os idosos de executá-las. Ressalte-se, porém, que, apesar da ocorrência inevitável dessas modificações significativas ao organismo, deve-se é dar ênfase ao conceito de autocuidado e independência do indivíduo, tenha ou não uma doença estigmatizadora como a Hanseníase (Guidi & Moreira, 1995).

O que ratifica os dados da literatura acima são as sequelas que estes idosos afetados pela Hanseníase apresentam: face leonina, mãos e pés em garra, atrofia de membros, amputações, feridas com dificuldade de cicatrização, além de dormência, que se confirmam nos depoimentos seguintes:

*“...os defeitos físicos, por isso vim pra cá e não saí mais, por causa das deficiências físicas (...) já não tenho mais meus pés, a vista ta fraca mas o meu espírito ta sempre vivo. (...) perdi um pé; anos depois perdi o segundo; hoje em dia ando de joelho e graças a Deus to conforado.”* (JRA, sexo masculino, 94 anos).

*“...trato a comida com dificuldade, minhas mãos não seguram bem, não faço compra só, ando com dificuldade e na casa faço o que posso.”* (MST, sexo feminino, 83 anos).

*“Tenho dificuldade em segurar objetos e no trato da comida, não consigo pegar direito na faca.”* (MLS, sexo feminino, 65 anos).

*“Não saio, não faço compra, tenho ferida grande nas duas pernas que dificulta eu andar.”* (ASN, sexo masculino, 69 anos).

Os idosos com Hanseníase entrevistados aqui relataram que fizeram uso de remédios por muitos anos e a medicação mais utilizada por eles foi a sulfona (81,25%), seguida pela injeção de óleo de chaulmoogra e sulfona (18,75%), Poliquimioterapia-PQT e sulfona (25%) e outros (12,5%).

Até meados do século XX, não havia tratamento curativo, apenas um lenitivo ao sofrimento. Os doentes continuavam totalmente isolados do convívio social e familiar e em depósitos humanos conhecidos como leprosários (...). Até a década de 40, no século passado, a doença era tratada com óleo de chaulmoogra, medicamento fitoterápico natural da Índia, administrado através de injeções ou por via oral. Este medicamento, aliado ao isolamento, eram as formas de se tratar a Hanseníase. No final da década de 40, passou-se a utilizar a sulfona nos pacientes internados, buscando a eliminação do bacilo *M. Leprae*. Esse tratamento resultou nas primeiras conclusões de que o isolamento do paciente não seria o tratamento ideal (Galo, 2004).

Verifica-se, nesta pesquisa, que os idosos se sentem estigmatizados com relação à Hanseníase mas principalmente, com relação ao envelhecimento. Tais estigmas provocam no idoso um intenso sentimento de rejeição por parte da família e da sociedade como um todo, e confirmamos com os trechos das falas:

*“Eu não tenho ninguém pra mim morar, né. Uma que eu tenho vergonha de ir pra fora. (...) ia vê uma pessoa me avacalhar, né, me olhar, não gosto, tem gente que tem medo ainda, né.”* (MLS, sexo feminino, 65 anos).

*“(...) mas o problema é esse não dá. Não, não, lá fora não dá, só se for com uma pessoa responsável por mim. Ah, bom, eu fico velha, porque aí vou ficando de idade, eu já tenho 83, depois vou fazer 84, depois 85, né.”* (MST, sexo feminino, 83 anos).



*“(...) o doente, o deficiente não tem condições de viver lá fora, agora vai viver lá fora vai sofrer e aqui temos graças a Deus, somos bem tratados, somos bem atendidos, temos café, almoço e jantar, um quartinho pra dormi, morar então to conformado.” (JRA, sexo masculino, 94 anos).*

Os depoimentos transcritos acima coincidem com os achados de Carvalho (2009) que, ao analisar a história de hansenianos, descobriu que a partir do momento da internação, o leproso passava a ver a rejeição como algo “exterior” à colônia. Ou seja, nas colônias não eram indesejáveis, e sim membros de uma comunidade na qual não sofriam com a exclusão, porque havia um sentimento de identificação e reciprocidade entre eles. “O contrário acontecia na relação com o sadio – elemento exterior a esta comunidade – que demonstrava medo de ser contaminado, pela doença e, com isso, fazia o doente vivenciar de novo o trauma da rejeição” (Carvalho, 2009, p. 134).

O preconceito e o estigma da Hanseníase ainda sobrevivem, mesmo que ações humanas para a erradicação da doença, no século XX, tenham ganhado uma velocidade surpreendente, se comparadas com séculos de profilaxia de isolamento. As tecnologias médico-farmacêuticas, impulsionadas por avanços somente possíveis na era do capital, parecem apontar para a redução da história da Hanseníase. No entanto, ciência e tecnologia não existem sem políticas públicas.

O avanço da ciência gerontológica fez surgir uma nova “face da velhice”. A constituição desse novo imaginário social foi tornando o indivíduo que envelhecia mais visível; não como velho, mas como “idoso”, o que significa uma nova cidadania. Não se fala mais em “problemas de velho, mas em necessidades dos idosos” (Vieira, 2005).

O envelhecimento pode apresentar dois elementos importantes: a solidão, como estado emocional suscitado pela carência de vínculos afetivos, e o isolamento, como carência de contatos e de atividades sociais. Esses elementos apontam para o fato de que, em suas comunidades naturais, o idoso pode não conseguir estabelecer relações de trocas sociais e afetivas, como se, no interior desses grupos, os interesses e desejos passassem a ser diversos, antagônicos ou excludentes.

A velhice é uma experiência essencialmente pessoal, subjetiva e de difícil tradução em conceitos fixos e delimitados. Por outro lado, a negação da velhice ou de suas dificuldades associadas não parece ser o caminho mais legítimo para discuti-la.

Dessa forma, deveríamos estar sempre falando de velhos idosos, sempre sujeitos, mesmo sendo ou não gestores de seu processo de vida, que desejam sentir-se pertencendo a um grupo e lugar com segurança e bem-estar, independentemente de sua habilidade funcional para as atividades do dia a dia.

## Considerações Finais

Este estudo analisou, a partir de entrevistas estruturadas, de como os indivíduos internados compulsoriamente no Abrigo João Paulo II vivenciaram o processo de envelhecimento.

O asilamento compulsório e o afastamento da família significaram uma ruptura com as instâncias formuladoras da individualidade e produziram uma desconstrução violenta dos referenciais desses sujeitos asilados.

A questão do asilamento compulsório dos portadores de Hanseníase comprova a ação da sociedade que descarta os indivíduos no momento em que deixam de ser saudáveis e produtivos, exclusão essa legitimada pelo discurso médico-científico da época.

A partir dos dados históricos levantados e dos depoimentos aqui transcritos, é fácil constatar que o modelo de asilamento compulsório carrega uma marca perversa das relações sociais, familiares e de poder entre os indivíduos.

No percurso histórico estudado, verificou-se que essas instituições para hansenianos desempenharam as funções de guarda, proteção e alimentação, abrigando os indivíduos hansenianos, agora idosos, rejeitados pelos seus grupos diretos, à medida que sua presença tornou-se incômoda e indesejada, extinguindo seus vínculos familiares, restringindo a participação social às relações mantidas no interior da colônia.

Na colônia, cidade artificial construída para proteger a sociedade sadia, os indivíduos compulsoriamente asilados precisaram reconstruir seu mundo de relações sobre novas bases, quando os valores, as possibilidades e perspectivas que antes possuíam passam a assumir significados substancialmente diferentes e precisam ser reinventados. Tiveram que enfrentar uma nova vida, restrita e reclusa, procurando uma adaptação a ela.

Esses sujeitos, doentes, estigmatizados e asilados, vivenciaram a morte civil, ou seja, permaneceram vivos, mas sem direito à cidadania.

A substituição dos termos lepra e leproso por hanseníase e hanseniano não pode implicar em um esquecimento de todo o sofrimento, ao qual essas pessoas foram submetidas durante tanto tempo.

Ao ouvir os idosos hansenianos, buscamos, dessa forma, nos aproximar de experiências singulares sobre o envelhecer institucionalizado e estigmatizado, tal qual a configurada neste estudo.

## Referências

- AMERICAN LEPROSAY MISSIONS. (1998). *Informações para Pastores e Professores de Estudos Bíblicos*. Versão autorizada para o Português. Rio de Janeiro (RJ).
- Brandão, V.M.A.T. & Mercadante, E.F. (2009). *Envelhecimento ou Longevidade*. São Paulo (SP): Paulus.
- BRASIL. (2002). Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. Guia para o controle da Hanseníase. Brasília (DF): MINISTERIO DA SAÚDE: 2002.
- BRASIL. (1989). Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programa Especial de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle da Hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço*. Rio de Janeiro (RJ): MINISTERIO DA SAÚDE.
- Browne, S.G. (2003). *Lepra na Bíblia – Estigma e Realidade*. Minas Gerais: Ultimato.
- Cappelli, B.G. (2008). *A Hanseníase na cidade do Rio de Janeiro: O Processo Histórico de Construção de um Preconceito*. Rio de Janeiro (RJ).
- Carvalho, M.G.C.de. 1988). *Abrigo João Paulo II-Ex-Colônia de Matituba*. (cópia de partes do livro em xerox).
- Cavaliere, I.A.de L. *et al.* (s/data). Política social no Brasil: história da política isolacionista. Recuperado em 01 março, 2010, de: [brapso.org.br/.../images/.../243.%20política%20social%20no%20brasil.pdf](http://brapso.org.br/.../images/.../243.%20política%20social%20no%20brasil.pdf).
- Cavaliere, I. & Raimundo, D. (s/data). Da lepra a hanseníase: histórias dos que sentiram essa Transformação. Recuperado em 01 março, 2010, de: <http://www.fiocruz.br/ehosudeste/templates/htm/viiiencontro/textosIntegra/IvoneteCavaliereDileneRaimundo.pdf>.
- Chizzotti, A. (2006). *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. (8ª ed.). São Paulo (SP): Cortez.
- Codato, L.A.B. & Nakama, L. (2006). *Pesquisa em saúde: metodologia quantitativa ou qualitativa?* Londrina (PR).
- Cortelletti, I. *et al.* (2004). *Idoso asilado: um estudo gerontológico*. Caxias do Sul (RS): EDUCS/EDIPUCRS.
- Cunha, V.da S. (2005). *O isolamento compulsório em questão: Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941)*. Rio de Janeiro (RJ). Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, da Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz.
- Damasco, M.S. (2005). *História e Memória da Hanseníase no Brasil do Século XX: O Olhar e a Voz do Paciente*. Rio de Janeiro (RJ). Monografia de Graduação em História. PUC-RIO.
- Ducatti, I. (2007). Discurso científico e Legitimação Política: Hanseníase e Isolamento Compulsório (BRASIL, SÉCULO XX). *Projeto História*, 303-315. São Paulo (SP).
- Eidt, L.M. (2000). *O mundo da vida do ser hanseniano: sentimentos e vivências*. Porto Alegre (RS). Dissertação de mestrado. Faculdade de Educação da PUCRS.

- Faleiros, V. de P. & Morano, T. (2009, jul.-dez.). Cotidiano relações de poder numa instituição de longa permanência para pessoas idosas. Porto Alegre (RS): *Revista Textos & Contextos*, 8(2), 319-338. Recuperado em 01 março, 2010, de: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/6347/4646>.
- Filho, A.L. (2004). *Transformando a Lepra em Hanseníase - A Árdua Tentativa para a Eliminação de Um Estigma*. Rio de Janeiro (RJ).
- Gallo, M.E.N. (s/d.). *Especial sobre Hanseníase*. Recuperado em 01 março, 2010, de: <http://www.fiocruz.br/ccs/glossario/hanseníase.htm>.
- Goffman, E. (2007). *Estigma*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan.
- Goffman, E. (2007). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo (SP): Perspectiva.
- Guidi, M.L. & Moreira, R.L.P. (1995). *Rejuvenecer a velhice: novas dimensões da vida*. (2<sup>a</sup> ed.). Brasília (DF): EDU.
- Machado, C. de P. (2007). *A designação da palavra preconceito em dicionários atuais*. São Paulo (SP): Dissertação de mestrado em Linguística. Instituto de Estudos da linguagem. Universidade Estadual de Campinas.
- Marziliak, M.L.C. et al. (2008). Breve histórico sobre os rumos do controle da Hanseníase no Brasil e no Estado de São Paulo.
- Mattos, D.M. & Fornazari, S.K. (2005, jan.). A lepra no Brasil: representações e práticas de poder. *Cadernos de Ética e Filosofia Política*, 6, 45-57. Recuperado em 02 março, 2010, de: <http://www.praxis.ufsc.br:8080/xmlui/bitstream/handle/praxis/361/A%20lepra%20no%20Brasil.pdf?sequence=1>.
- Monteiro, Y.N. (1991). *Da maldição divina a exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*. Tese de doutorado em História Social. São Paulo (SP): USP.
- Monteiro, Y.N. & Manini, M.P. (2011). Reflexões sobre o envelhecimento: memórias de pacientes de Hanseníase que passaram pelo isolamento compulsório. In: Trench, B. & Rosa, T.E. da C. (Orgs.). *Nós e o Outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa*, 267-296. São Paulo (SP): Instituto de Saúde.
- Postigo, V.R.M. (2008). *Espaços vigiados: um estudo do isolamento compulsório dos portadores de hanseníase no asilo-colônia Santo Ângelo (1890/1960)*. São Paulo (SP): Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana, da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo (USP).
- Revista Radis*. (2000). *Comunicação*, 27. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ.
- Santos, L.A. de C., Faria, L., Menezes, R.F. de. (2008, jun.). Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. São Paulo (SP): *Rev. bras. estud. popul.*, 25(1). Recuperado em 02 may, 2010, de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-30982008000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982008000100010&lng=en&nrm=iso). Doi: 10.1590/S0102-30982008000100010.
- Souza, J.L.C. de. *Asilo para Idosos: o lugar da face rejeitada*. Recuperado em 02 março, 2010, de: [via www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/artigos\\_revistas/34.pdf](http://www.nead.unama.br/site/bibdigital/pdf/artigos_revistas/34.pdf).
- Souza, M.M., Silva, G.B., Henriques, M.E.R. de M. (2005). Significado de ser idoso/doente de Hanseníase. *Revista eletrônica de Enfermagem*.
- Vieira, E.B. (2005). *Instituições Geriátricas – Avanço ou Retrocesso?* Rio de Janeiro (RJ): REVINTER.

Vieira, A.M.D.P. (2010, março). *Políticas públicas no Brasil: um estudo sobre as escolas para os filhos dos portadores do mal de Hansen, na primeira metade do século XX*. Recuperado em 02 março, 2010, de:

[www.sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe4/individuaiscoautorais/eixo01/Alboni%20Marisa%20Dudeque%20Pianski % 20Vieira%20-%20Texto.pdf](http://www.sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe4/individuaiscoautorais/eixo01/Alboni%20Marisa%20Dudeque%20Pianski%20Vieira%20-%20Texto.pdf).

Recebido em 25/05/2013

Aceito em 30/06/2013

---

**Janice Fabiana Maia de Souza** - Especialista em Geriatria e Gerontologia pela Universidade do Estado do Pará. Enfermeira.

E-mail: [janicefmaias@yahoo.com.br](mailto:janicefmaias@yahoo.com.br)

**Teresa Christina da Cruz Bezerra de Sena** - Mestra em Gerontologia PUC-SP. Especialista em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas – PUCMinas. Terapeuta Ocupacional/FPHCGV. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Cardiovascular da FHC GV.

E-mail: [tccbezerra@hotmail.com](mailto:tccbezerra@hotmail.com)