

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Elis Oliveira Arantes

**NEM TUDO O QUE RELUZ É OURO: ANÁLISE DISCURSIVA DAS CAMPANHAS
EDUCATIVAS SOBRE A HANSENÍASE**

Belo Horizonte - MG

2022

ELIS OLIVEIRA ARANTES

**NEM TUDO O QUE RELUZ É OURO: ANÁLISE DISCURSIVA DAS CAMPANHAS
EDUCATIVAS SOBRE A HANSENÍASE**

Tese apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Carmen Aires
Gomes

Arantes, Elis Oliveira.
AR662n Nem tudo o que reluz é ouro [manuscrito]: análise discursiva das campanhas educativas sobre a Hanseníase. / Elis Oliveira Arantes. - - Belo Horizonte: 2022.
153f.: il.
Orientador (a): Francisco Carlos Félix Lana.
Coorientador (a): Maria Carmen Aires Gomes.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Hanseníase. 2. Comunicação em Saúde. 3. Educação em Saúde. 4. Estigma Social. 5. Meios de Comunicação. 6. Dissertação Acadêmica. I. Lana, Francisco Carlos Félix. II. Gomes, Maria Carmen Aires. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WC 335



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE TESE

ATA DE NÚMERO 191 (CENTO E NOVENTA E UM) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA ELIS OLIVEIRA ARANTES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 3 (três) dias do mês de maio de dois mil vinte e dois, às 08:30 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da tese "*NEM TUDO O QUE RELUZ É OURO: ANÁLISE DISCURSIVA DAS CAMPANHAS EDUCATIVAS SOBRE A HANSENÍASE*", da aluna **Elis Oliveira Arantes**, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Francisco Carlos Félix Lana (orientador), Maria Carmen Aires Gomes, Cinira Magali Fortuna, Eliane Ignotti, Yara Nogueira Monteiro e Marcia Grisotti, sob a presidência do primeiro. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 03 de maio de 2022.

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana

Orientador (Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Maria Carmen Aires Gomes

(co-orientadora)

Profª. Drª. Cinira Magali Fortuna

(EERP-USP)

Profª. Drª. Eliane Ignotti

(Unemat)

Profª. Drª. Yara Nogueira Monteiro

(Instituto de Saúde/SP)

Profª. Drª. Marcia Grisotti

(Universidade Federal de Santa Catarina)

Andréia Nogueira Delfino

Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 03 de maio de 2022

MODIFICAÇÃO DE TESEModificações exigidas na Tese de Doutorado da Senhora **ELIS OLIVEIRA ARANTES**.

As modificações foram as seguintes:

NOMES	ASSINATURAS
Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana	_____
Profª. Drª. Maria Carmen Aires Gomes	_____
Profª. Drª. Cinira Magali Fortuna	_____
Profª. Drª. Eliane Ignotti	_____
Profª. Drª. Yara Nogueira Monteiro	_____
Profª. Drª. Marcia Grisotti	_____

Documento assinado eletronicamente por **Eliane Ignotti, Usuário Externo**, em 04/05/2022, às 10:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).Documento assinado eletronicamente por **Cinira Magali Fortuna, Usuário Externo**, em 04/05/2022, às 10:54, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).Documento assinado eletronicamente por **Francisco Carlos Felix Lana, Professor do Magistério Superior**, em 04/05/2022, às 12:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).Documento assinado eletronicamente por **Maria Carmen Aires Gomes, Usuário Externo**, em 04/05/2022, às 15:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).Documento assinado eletronicamente por **Márcia Grisotti, Usuária Externa**, em 05/05/2022, às 18:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).Documento assinado eletronicamente por **Yara Nogueira Monteiro, Usuária Externa**, em 11/05/2022, às 11:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 11/05/2022, às 13:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_organizacao_externa=0, informando o código verificador **1429895** e o código CRC **AEEC37DB**.11/05/2022 13:58
12m *06.06.2022*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Luiz Carlos e Iêda, por nunca terem duvidado que eu seria capaz de chegar até aqui e por não terem medido esforços para eu alcançar esta conquista. Sinto orgulho de pertencer a vocês!

À minha irmã Tais, pela amizade incondicional, pelas palavras de conforto nos momentos difíceis, mas principalmente, pela sua alegria e leveza que sempre me contagiam e me dão forças para seguir em frente. Obrigada por tanto... te amo!

Aos meus pedacinhos de vida, Olívia, Isis e Théo, que transbordam meu coração do mais puro amor! Dindinha ama vocês!

À Tia Leleia, sempre disponível para ouvir minhas apresentações e pelas palavras de incentivo quando o desânimo chegava. Te amo!

Ao Centro Universitário Presidente Antônio Carlos de Barbacena, por todo apoio durante o processo do doutoramento e pelas oportunidades de crescimento profissional.

Ao NEPHANS pelas oportunidades de crescimento acadêmico, principalmente às colegas Eyllen e Isabela.

Ao Edinei, que possibilitou meu deslocamento para BH, tornando as viagens tranquilas e seguras. Obrigada pela escuta atenta e pelas palavras de coragem proferidas! Você é uma pessoa incrível, admirável... uma honra poder te chamar de amigo!

Ao Prof.º Chico, pelo acolhimento, compreensão, paciência e oportunidades de aprendizado.

À Alice Cruz pelas contribuições iniciais deste trabalho e por toda atenção dedicada a mim.

À Prof.ª Maria Carmen, pela leitura atenta deste trabalho, pelo companheirismo, entusiasmo, aprendizado, oportunidades e respeito à alteridade. Você é dessas pessoas que a gente segue a vida toda!

E por fim, e não menos importante, à minha família: meu esposo Eurico, a quem admiro e me inspiro! Eu sei o quanto foi difícil para você esses 4 anos... mas seguimos, unidos e fortalecidos! Obrigada pelo apoio, pelas palavras de incentivo, pelo carinho e por ter tornado essa jornada um pouco mais leve. Te amo! E ao grande amor da minha vida, meu filho, Ico, que veio para transbordar meu coração de amor, de felicidade e de coragem. Obrigada pelos beijinhos, pelos abraços espontâneos e pelos sorrisos mais sinceros. Mamãe te ama além do infinito! Você é tudo para mim!!!

Arantes, Elis Oliveira. Nem tudo o que reluz é ouro: análise discursiva das campanhas educativas sobre a Hanseníase. 2022. 153. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2022.

RESUMO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de caráter crônico cuja transmissão ocorre, preferencialmente, pelo contato prolongado de um indivíduo susceptível com as secreções das vias aéreas de um indivíduo doente. Manifesta-se principalmente por lesões na pele, olhos e comprometimento de nervos periféricos que se não tratados precocemente, podem evoluir para incapacidade física. Essas incapacidades físicas são os principais aspectos estigmatizantes da hanseníase, ainda atrelados às concepções divinas. Nesse sentido, notas-se que a hanseníase é uma doença conhecida, porém, pouco compreendida pela população. Por isso, torna-se fundamental pesquisar sobre o potencial educativo e transformador dessas campanhas, se agem como obstáculo à transformação do estigma sobre a doença ou se são potencialmente transformadoras. Este estudo teve como objetivo analisar as representações sociodiscursivas das campanhas sobre hanseníase produzidas e circuladas pelo Ministério da Saúde; identificar e analisar os discursos produzidos nos cartazes das campanhas sobre hanseníase do Ministério da Saúde; identificar os aspectos da conjuntura social acerca da representação da hanseníase; analisar como as campanhas representam em sua linguagem multimodal a doença e as pessoas afetadas pela hanseníase; analisar e explicar criticamente sobre o potencial educativo e transformador das campanhas sobre hanseníase: agem como obstáculo à transformação do estigma sobre a doença ou são potencialmente transformadoras. Foi realizada uma pesquisa documental e discursiva sobre cartazes de campanhas sobre hanseníase, produzidas pelo Ministério da Saúde entre 2010 e 2021, disponibilizadas no *Google Search* Imagens, Ministério da Saúde, Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase, DHAW e Fundação Oswaldo Cruz. Para análise do texto verbal foi utilizada a abordagem discursivo-crítica dialético-relacional de Norman Fairclough. Já a análise das imagens foi feita por meio da Gramática do Design Visual de Gunther Kress e Theo van Leeuwen para análise das imagens. Ao analisar os recursos semióticos produzidos nos 17 cartazes que compõem o *corpus* dessa pesquisa identificamos a articulação entre os discursos biomédico, pedagógico-instrutivo e do autocuidado. A multimodalidade dos cartazes constrói uma ideia positiva da doença, ao destacar imagens de corpos “saudáveis” em contato físico e cores que representam boas vibrações. Velam a realidade da vivência da doença ao desconsiderarem aspectos sociais importantes que envolvem a hanseníase. Contruir uma nova imagem para uma doença tão antiga não é um desafio fácil, principalmente quando se mantém relações com senso comum, permeado de estigmas. As escolhas feitas para a construção dos cartazes buscam reafirmar a hegemonia do saber biomédico influenciado pelo modelo cartesiano que reduz e fragmenta o corpo em partes, como se essas partes fossem mais importantes que o todo. Esse discurso foi construído na tentativa de imprimir na hanseníase a ideologia de uma doença crônica comum, desconsiderando todo seu percurso histórico cultural, que atualmente, representa um dos desafios no controle da doença no Brasil. Os discursos do autocuidado e pedagógico instrutivo buscam transferir para a sociedade a responsabilidade de procurarem pelo diagnóstico e tratamento da doença, que por muito tempo, estiveram sob responsabilidade do Estado.

Descritores: Hanseníase; Comunicação em Saúde; Educação em Saúde; Estigma Social; Meios de Comunicação.

Arantes, Elis Oliveira. All that glitters is not gold: discursive analysis of educational campaigns on leprosy. 2022. 231. Thesis (Doctorate in Nursing) – School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, 2022.

ABSTRACT

Leprosy is a chronic infectious disease whose transmission occurs, preferably, through prolonged contact of a susceptible individual with secretions from the airways of a sick individual. It is mainly manifested by lesions in the skin, eyes and impairment of peripheral nerves that, if not treated early, can progress to physical disability. These physical disabilities are the main stigmatizing aspects of leprosy, still linked to divine conceptions. In this sense, it is noted that leprosy is a known disease, however, little understood by the population. Therefore, it is essential to research the educational and transforming potential of these campaigns, whether they act as an obstacle to the transformation of the stigma about the disease or whether they are potentially transformative. To analyze the socio-discursive representations of leprosy campaigns produced and propagated by the Ministry of Health; to identify and analyze the discourses contained within the posters of the Ministry of Health's leprosy campaigns; to perform an identify of the social conjuncture on the representation of leprosy; analyze how campaigns represent the disease and the people affected by it in their multimodal language; critically analyze and explain the educational and transforming potential of leprosy campaigns: if they act as an obstacle to the transformation of the stigma about the disease or if they are potentially transformative. Documentary and discursive research on leprosy campaign posters, produced by the Ministry of Health between 2010 and 2021, available on Google Search Images, MS, MORHAN, DHAW, and FIOCRUZ. For verbal text analysis, Norman Fairclough's dialectical-relational approach to critical discourse was used. Image analysis was carried out using the Grammar of Visual Design by Gunther Kress and Theo van Leeuwen. The socio-discursive representations are guided by the biomedical ideology. Verbs in the imperative mood indicate that governments hold the population accountable for disease control actions. The multimodality of the posters builds a positive idea of the disease, by highlighting images of "healthy" bodies in physical contact and colors that represent good vibes. They veil the reality of experiencing the disease by omitting important social aspects involving leprosy. To build a new image for such an old disease is not an easy challenge, especially when relationships are kept with common sense, permeated by stigmas. It is noted that the discourses on leprosy are related, even if indirectly, with the memories that address the stigma and, therefore, the setbacks linked to the formation of social identity and the full exercise of citizenship. The posters, by presenting images of "perfect bodies" and disjointed body parts with the manifestations of the disease, reinforce the stereotypes of the disease, in the same way that they bring insecurity, fear, anxiety, and doubts about it. Such socio-discursive representations accumulate socially and, in this way, perpetuate the mutilating, segregating, punitive, and dishonorable representation of the disease of the past.

Descriptors: Leprosy; Health communication; Health education; Social stigma; Communications media.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - CONCEPÇÃO TRIDIMENSIONAL DO DISCURSO	39
Figura 2 – AÇÃO TRANSACIONAL	45
Figura 3 - AÇÃO TRANSACIONAL BIDIRECIONAL.....	46
Figura 4 – AÇÃO NÃO TRANSACIONAL	46
Figura 5 - REACIONAL TRANSACIONAL	47
Figura 6 – REACIONAL NÃO TRANSACIONAL	48
Figura 7 - PROCESSO NARRATIVO VERBAL	48
Figura 8 - PROCESSOS MENTAIS	49
Figura 9 - NARRATIVO DE CONVERSÃO	49
Figura 10 - NARRATIVO GEOMÉTRICO.....	50
Figura 11 - TAXONOMIA ABERTA	50
Figura 12 - TAXONOMIA FECHADA	51
Figura 13 - PROCESSO CONCEITUAL ANALÍTICO	51
Figura 14 - PROCESSO SIMBÓLICO ATRIBUTIVO	52
Figura 15 - PROCESSO SIMBÓLICO SUGESTIVO	52
Figura 16 - INTERACIONAL DE DEMANDA.....	53
Figura 17 - IMAGEM DE OFERTA.....	54
Figura 18 - PERSPECTIVA SUBJETIVA	55
Figura 19 - ÂNGULO OBLIQUO	55
Figura 20 - ÂNGULO ALTO	56
Figura 21 - PERSPECTIVA VERTICAL	56
Figura 22 - CLOSE UP.....	57
Figura 23 - MÉDIUM SHOT	58
Figura 24 - LONG SHOT.....	58
Figura 25 – AS DIMENSÕES DO ESPAÇO VISUAL	60
Figura 26 – MODALIDADE NATURALÍSTICA	61
Figura 27 - MODALIDADE NATURALÍSTICA	61
Figura 28 - MODALIDADE ABSTRATA.....	62
Figura 29 - MODALIDADE TECNOLÓGICA	62
Figura 30 – CARTAZ 1 CAMPANHA VEICULADA EM 1988	67
Figura 31 – CARTAZ 2.....	67
Figura 32 – CARTAZ 3 (PRODUZIDO NO GOVERNO DE FERNANDO HENRIQUE	

CARDOSO – 1995 A 2003).....	68
Figura 33 – CARTAZ 4, CAMPANHA VEICULADA EM 2005	68
Figura 34 – CARTAZ 5, CAMAPNHA VEICULADA EM 2005/2006.....	69
Figura 35 - CARTAZ 6, CAMAPNHA VEICULADA EM 2005/2006.....	69
Figura 36 – CARTAZ 7, CAMPANHA VEICULADA EM 2008	69
Figura 37 – CARTAZ 8 (PRODUZIDO NO GOVERNO LULA, 2007 A 2010).....	70
Figura 38 – CARTAZ 9, CAMPANHA VEICULADA EM 2008	70
Figura 39 – CARTAZ 10, CAMPANHA VEICULADA EM 2014	71
Figura 40 - CARTAZ 11, CAMPANHA VEICULADA EM 2014.....	71
Figura 41 – CARTAZ 12, CAMPANHA VEICULADA EM 2014	72
Figura 42 – CARTAZ 13, CAMPANHA VEICULADA EM 2015	72
Figura 43 – CARTAZ 14, CAMPANHA VEICULADA EM 2015	72
Figura 44 – CARTAZ 15, CAMPANHA VEICULADA EM 2016	73
Figura 45 – CARTAZ 16, VEICULADAS EM 2018 A 2020.....	73
Figura 46 – CARTAZ 17, CAMPANHA VEICULADA EM 2021	74
Figura 47 – CARTAZ 3 (PRODUZIDO NO GOVERNO DE FERNANDO HENRIQUE	
CARDOSO – 1995 A 2003).....	97
Figura 48 – CARTAZ 4, CAMPANHA VEICULADA EM 2005	98
Figura 49 – CARTAZ 9, CAMPANHA VEICULADA EM 2008	102
Figura 50 - CARTAZ 6, CAMAPNHA VEICULADA EM 2005/2006.....	105
Figura 51 – CARTAZ 17, CAMPANHA VEICULADA EM 2021	108

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD	Análise Crítica do Discurso
APS	Atenção Primária à Saúde
ACH	Ações de Controle da Hanseníase
BCG	Bacilo Calmette-Guérin
DAWN	Associação Alemã de Assistência aos Hansenianos e Tuberculosos
DMN	Doença Midiaticamente Negligenciada
ESF	Estratégia Saúde da Família
GDV	Gramática do Desing Visual
GIF	Grau de Incapacidade Física
GSF	Gramática do Desing Visual
IF	Incapacidade Física
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
LC	Linguística Crítica
MB	Multibacilar
MORHAN	Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase
MS	Ministério da Saúde
NEPHANS	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Hanseníase
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGS	Organizações não-governamentais
PB	Paucibacilares
PI	Participante Interativo
PQT	Poliquimioterapia
PR	Participante Representado
SS	Semiótica Social
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
PBF	Programa Bolsa Família
PR	Participante Interator
CCT	Transferência Condicional de Renda

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS	20
2.1 OBJETIVO GERAL	20
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
3 RECORTES TEÓRICOS	21
3.1 DEFININDO A HANSENÍASE	21
3.2 OS SABERES MÉDICO E SANITÁRIO E A TRANSFORMAÇÃO DA DOENÇA LEPRA EM HANSENÍASE	24
3.2.1 Ocultando a palavra “lepra”	26
3.2.2 Lepra e hanseníase: duas doenças e um só estigma	27
3.2.3 Educação em saúde	31
4 REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICOS.....	34
4.1 A LINGUÍSTICA CRÍTICA E SEUS DESDOBRAMENTOS.....	34
4.2 ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO	36
4.3 SEMIÓTICA SOCIAL: TRAJETÓRIA DE EVOLUÇÃO	40
4.4 GRAMÁTICA DO DESIGN VISUAL - GDV	42
4.4.1 Significado representacional.....	44
4.4.2 Significado interacional.....	53
4.4.3 Significado composicional.....	57
4.5 MODALIDADE NA COMPOSIÇÃO VISUAL	60
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	63
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	63
5.2 COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DO CORPUS.....	64
5.3 CORPUS DA PESQUISA	66
5.4 CATEGORIAS ANALÍTICAS	74
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	76
6.1 DA ANÁLISE DE CONJUNTURA À PRÁTICA PARTICULAR: CAMPANHAS EDUCATIVAS.....	76

7 SÍNTESE DA ANÁLISE	113
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
REFERÊNCIAS	125
ANEXO 1 – IMAGENS DOS CARTAZES QUE EXPRESSARAM AS CAMPANHAS SOBRE A HANSENÍASE PRODUZIDOS E DIVULGADOS PELO MS	137

APRESENTAÇÃO

O meu percurso acadêmico iniciou em 2006, quando ingressei no curso de Bacharel em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Logo no primeiro período, durante as aulas de anatomia, observando os monitores, despertei-me para a docência em Enfermagem. Comecei então a direcionar meu currículo acadêmico para realização desse sonho. Fui monitora, bolsista de iniciação científica (com publicação de dois artigos científicos sobre o reverso da amamentação em mães HIV positivo) e cursei Licenciatura em Enfermagem, também pela UFJF.

Faltando seis meses para me formar, tive a oportunidade de lecionar para um curso de Técnico em Enfermagem na cidade de Rio Pomba/MG. Essa experiência veio a confirmar minha paixão pela docência e a certeza de que eu precisava me preparar para assumir tal função. E assim o fiz!

Elaborei um projeto de pesquisa com base nos conhecimentos sobre o HIV e, com a experiência de pesquisa adquirida durante a iniciação científica, fui concorrer à vaga do Mestrado Acadêmico em Enfermagem em duas grandes universidades do Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). De agosto a dezembro de 2014, viajei ao Rio para realização dessas provas. Fui aprovada nos dois processos seletivos, entretanto optei pela UERJ, após análise do conceito CAPES ao programa.

Mudei-me para o Rio de Janeiro para iniciar meu mestrado como bolsista CAPES. Durante o curso, pesquisei sobre o acesso ao teste HIV das mulheres que não vivenciavam a gestação, por meio do método Narrativa de Vida, proposto por Daniel Bertaux. Foram dois anos de muito estudo e de muito aprendizado! Sou grata à Escola de Enfermagem da UERJ por todo conhecimento e oportunidades oferecidos!

Meu mestrado finalizou e eu fiquei com duas inquietações provenientes do resultado secundário da minha pesquisa: uma delas relacionava-se às ações de educação em saúde mencionadas pelas participantes do estudo como “engessadas”, “padronizadas” e pouco efetivas; e a outra foi sobre a vivência do HIV, que não esteve relacionada ao preconceito, e sim às frustrações no relacionamento devido às traições que trouxeram como consequência a infecção pelo HIV.

Voltei para a casa dos meus pais decidida a trabalhar; afinal, a experiência profissional também era importante para mim. Após dois dias do retorno à casa dos meus pais, me sentei à frente do computador e comecei a pesquisar sobre as universidades particulares que ofertavam

o curso de Enfermagem na região. Encontrei o telefone da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC. Sorte ou destino, não sei, mas, ao ligar para lá e me apresentar, a coordenadora do curso de Enfermagem solicitou meu currículo urgentemente, uma vez que iniciaria um processo seletivo para professor. Preparei-me para esse processo seletivo e fui aprovada.

Mudei-me para a Barbacena, cidade onde moro atualmente e construí minha família! Já são sete anos de UNIPAC, instituição à qual sou grata pelas oportunidades de crescimento profissional e por facilitar e incentivar o processo do meu doutoramento, que se iniciou depois de dois anos trabalhando lá. Optei pelo processo seletivo da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) por três motivos: conceito CAPES, comodidade pela distância e estada (meus pais se mudaram para Belo Horizonte) e busca de experiência acadêmica em universidades públicas diferentes (UFJF, UERJ e UFMG). E assim aconteceu. Consegui ser aprovada no processo seletivo.

A proposta inicial de pesquisa estava relacionada ao HIV, retomando aquelas minhas inquietações da pesquisa provenientes do mestrado já mencionadas anteriormente. Entretanto, me foi proposto trazer as experiências do HIV para o estudo da hanseníase. Confesso que, no início, não me identifiquei muito com a proposta, por desconhecer o universo dessa doença. Com o tempo, me apropriando do tema e construindo meu objeto de estudo, fui me afinando com a temática e me dedicando a ela. Agradeço ao Prof.º Chico pela paciência, persistência e por todas as portas abertas durante esses 4 anos. Agradeço também ao NEPHANS, grupo de pesquisa que me acolheu e me proporcionou oportunidades de crescimento acadêmico.

A proposta inicial era de investigar sobre o estigma relacionado à hanseníase na perspectiva das pessoas não afetadas pela doença. Essa proposta surgiu ao identificar que os artigos científicos relacionados à temática, remetiam ao estigma sob o olhar do estigmatizado (pessoas com a doença) e não davam voz ao estigmatizante (sociedade). Eu me questionava até que ponto esse estigma não estava apenas no imaginário das pessoas afetadas pela doença. Com base nessas reflexões, construímos nosso projeto de pesquisa. A coleta de dados aconteceria em duas cidades mineiras, uma endêmica para a doença e a outra não; e, em cada uma delas, teríamos dois grupos de participantes — um grupo constituído por pessoas acometidas pela hanseníase; e outro, por pessoas que nunca tiveram sequer conhecimento de alguém que adoeceu por ela.

O nosso projeto chegou a ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, entretanto não saiu do papel devido à pandemia de COVID-19. Foi preciso recomeçar.

Durante a pandemia, me tornei mãe, a maior conquista de toda minha vida! E fui

presenteada com uma coorientadora, Prof.^a Maria Carmen, que segurou minha mão; e, juntas, seguimos em uma nova proposta de estudo — analisar as práticas sociodiscursivas das campanhas educativas voltadas para a hanseníase produzidas pelo Ministério da Saúde. Dessa maneira, investigamos o potencial educativo e transformador das campanhas sobre hanseníase: se agem como obstáculo à transformação do estigma sobre a doença ou se são potencialmente transformadoras.

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de caráter crônico cuja transmissão ocorre, preferencialmente, pelo contato prolongado de um indivíduo susceptível com as secreções das vias aéreas de um indivíduo doente. É causada pelo *Mycobacterium leprae* e manifesta-se principalmente por lesões na pele, olhos e comprometimento de nervos periféricos; se não tratada precocemente, pode provocar incapacidade física (IF) (WHO, 2017). Nesse sentido, o diagnóstico precoce é fundamental para a rápida instituição do tratamento, que, além de evitar o surgimento das IFs, pode promover a cura da hanseníase (BRASIL, 2016; 2017; 2019; 2021; BENEDICTO et al., 2017; SANTOS; IGNOT, 2020).

As IFs são avaliadas por meio da identificação de perda da sensibilidade e/ou deformidade aparente causada pela lesão neural e/ou cegueira. O comprometimento dessas lesões é classificado de acordo com o grau de incapacidade física (GIF): Grau 0, Grau I e Grau II, sendo, este último, o de maior potencial incapacitante. A avaliação do GIF tem relevância clínica e social. Clínica, por se tratar de uma importante ferramenta que possibilita identificar pessoas com maior risco de apresentarem incapacidades físicas e por ser um importante indicador epidemiológico utilizado para avaliação do programa de vigilância de hanseníase, no que tange ao diagnóstico precoce e à interrupção da cadeia de transmissão (BRASIL, 2017). Social, por as IFs constituírem-se nos principais aspectos estigmatizantes da hanseníase e por serem desencadeadoras do afastamento das pessoas afetadas de suas atividades da vida diária (PALMEIRA; QUEIROZ; FERREIRA, 2013).

Os aspectos estigmatizantes da hanseníase estão alicerçados nas concepções bíblicas referentes às marcas (manifestações clínicas) provocadas pela doença, consideradas como um “castigo divino” devido a transgressões da ordem social. Nesse sentido, as pessoas afetadas eram consideradas “impuras” e “pecadoras” e, por isso, condenadas à “morte em vida” ao serem compulsoriamente isoladas da sociedade (PINHEIRO; SIMPSON, 2017; GOFFMAN, 1980). Esse imaginário social milenar ainda se mantém, o que contribui para que as pessoas com hanseníase busquem tardiamente o diagnóstico, por receio de serem estigmatizadas pela sociedade, como acontecia no passado (ALMEIDA et al., 2018; MORGADO et al.; 2017; PINHEIRO; SIMPSON, 2017).

Tão forte é essa relação entre o presente e o passado da hanseníase, que nem mesmo a possibilidade de cura e as diversas estratégias implementadas pelo governo brasileiro ao longo dos anos não foram suficientes para construir uma nova imagem relacionada à doença. O diagnóstico da doença continua acarretando uma importante vulnerabilidade psissocial,

não apenas por se tratar de uma doença com alto poder incapacitante, mas também porque o processo terapêutico produz efeitos colaterais com potencial de induzir alterações corporais (reações hansênicas), podendo desencadear o estigma da doença. Nesse sentido, o processo de adoecer por hanseníase remete à memória social da lepra, e o impacto deste está diretamente relacionado aos conhecimentos referentes ao passado da doença (PALMEIRA; QUEIROZ; FERREIRA, 2013; SILVEIRA et al., 2014; PINEHIRO et al., 2019).

O último Boletim Epidemiológico produzido pelo Ministério da Saúde (MS) aponta que, em 2020, foram diagnosticados 17.979 casos novos de hanseníase no Brasil, o que representa 93,6% do número de casos novos diagnosticados em toda a América. Com relação ao diagnóstico de novos casos com GIF II, o Brasil apresentou uma proporção de 10% em 2020, e esse percentual corresponde a um aumento de 40,8% em relação ao ano de 2011. Tais números evidenciam a ocorrência do diagnóstico tardio da hanseníase no país e, conseqüentemente a fragilidade do programa de vigilância de hanseníase. Quanto à proporção de casos novos multibacilares (principal fonte de transmissão), em 2011, o Brasil registrou 61% dos casos e, em 2020, 80,1%, ocorrendo um aumento de 31,3%. Esse aumento foi observado em todas regiões do Brasil, mas a maior proporção ocorreu nas regiões Centro-Oeste e Norte 37,9% e 35,8%, respectivamente (BRASIL, 2022).

Esse cenário epidemiológico não apenas mantém o Brasil em segundo lugar entre os países com maior número de casos de hanseníase no mundo, ficando atrás apenas da Índia, como também, altera a endemicidade da doença no país, que passou de média para alta (BRASIL, 2022). Todas essas questões epidemiológicas e da perpetuação do estigma da hanseníase representam um desafio a ser enfrentado pelos serviços de saúde para eliminação da doença no Brasil, já que, apesar de todos os avanços conquistados, a hanseníase se mantém endêmica em diversas regiões do país (BRASIL, 2016a; BRASIL 2018; DIAS et al.; 2017; DRUMOND; ZACCHE; SOUZA, 2017).

Diversas ações foram implementadas para a eliminação da hanseníase e para rompimento da denotação negativa e estigmatizante da doença. Dentre elas, destacam-se a alteração da nomenclatura de “lepra” para a “hanseníase” nos documentos oficiais (BRASIL, 1995); o Pacto pela Vida (BRASIL, 2006), que englobou sua erradicação como prioridade, com equipes multidisciplinares à disposição da população nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS); a vigilância de contatos (BRASIL, 2009a) para que a cadeia de transmissão da doença seja interrompida e o diagnóstico e o tratamento precoces e gratuitos sejam oferecidos nas redes públicas de serviços de saúde, incluindo a Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2009a).

Houve também a criação do Plano Integrado de Ações Estratégicas para erradicação da

hanseníase até 2015, com a implementação de ações de educação em saúde, diagnóstico precoce, prevenção e tratamento das incapacidades, exame de contatos, esclarecimentos e adoção da vacina Bacillus Calmette-Guérin (BCG) (BRASIL, 2012). Sem alcançar o objetivo proposto, o Brasil, em 2021, integrou a Estratégia Global 2021-2030, lançada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com o intuito de dar prioridade ao diagnóstico da doença e implementar o tratamento subsequente a fim de evitar que se progrida para a incapacidade física, interrompendo, assim, a transmissão. Para alcançar tais metas, essa estratégia, pela primeira vez, menciona a relevância dos aspectos humanos e sociais que envolvem a hanseníase, direcionando para ações de enfrentamento do estigma e promoção da inclusão social, uma vez que estes interferem no manejo da doença sobremaneira em áreas endêmicas (WHO, 2021).

A inclusão de um pilar voltado para ações relacionadas ao estigma se faz importante uma vez que os desafios atuais relacionados à hanseníase ultrapassam os aspectos biológicos, ganhando significados estigmatizantes, que reúnem mais valores do que a própria sintomatologia da doença (LEITE; SAMPAIO; CALDEIRA, 2015; LEMANTEZI; SHIMIZU; GARRAFA, 2020; PINHEIRO; SIMPSON, 2017).

Portanto, trabalhar essas questões com a população se faz necessário, e as ações de educação em saúde tornam-se importantes, já que objetivam promover a compreensão temática por parte da população e também contribuir para que a população tenha maior autonomia no cuidado de sua saúde (BRASIL, 2013). Dentre essas ações, destacam-se as campanhas educativas sobre a hanseníase produzidas e veiculadas pelo MS, foco da investigação deste estudo.

Tal direcionamento se justifica pelo fato de as campanhas educativas sobre a hanseníase representarem uma importante estratégia para reduzir, atenuar, ou mesmo eliminar o estigma em relação à doença, partindo da proposição de que as estratégias educativas agem como intermediadores na elaboração de significados acerca dos discursos em saúde, uma vez que são meios pelos quais certos valores, conceitos e políticas se tornam verdades e definem determinadas práticas sociais (FALKENBERG et al., 2014; SANTOS; RIBEIRO; MONTEIRO, 2012; PINHEIRO; GOMES; SIMPSON, 2019). O mesmo efeito pode ser conferido à midiatização da saúde compreendida como cobertura/divulgação dos assuntos relacionados à saúde na mídia. Isso se torna uma ferramenta imprescindível para ampliação do entendimento sobre a doença, que apesar de ser conhecida, é pouco compreendida pela população. Portanto, é mister promover debates públicos a respeito das mudanças necessárias a serem realizadas para o enfrentamento do estigma da hanseníase (SANTOS, 2009; RANGEL et al., 2016; CAVACA; SILVA, 2015).

Entretanto, a hanseníase, por estar presente sobretudo entre os grupos mais vulneráveis socioeconomicamente e por contribuir para a manutenção do quadro de desigualdades sociais (PINHEIRO; SIMPSON, 2019), não apresenta alta visibilidade midiática já que a midiaticização da saúde obedece à lógica de mercado, a qual, na maioria das vezes, se distancia dos interesses e necessidades de saúde da população que se encontra apartada da sociedade (EMERICH et al., 2019; PINHEIRO; SIMPSON, 2019; SANTOS; RIBEIRO; MONTEIRO, 2012; ARAUJO; MOREIRA; AGUIAR, 2013). Dessa maneira, a hanseníase ganha o status de doença midiaticamente negligenciada (DMN) (EMERICH et al., 2019). O maior destaque da doença iniciou apenas a partir de 2016, quando foi instituído o Janeiro Roxo, para divulgação das campanhas produzidas pelo MS que representam a luta contra a hanseníase. Essa data foi escolhida por ser celebrado também o Dia Mundial de Combate e Prevenção da Hanseníase, proposto pela Organização das Nações Unidas (ONU) (AGÊNCIA BRASIL, 2021).

No entanto, não só a baixa visibilidade nas práticas midiáticas preocupa, mas também os discursos que são produzidos sobre a hanseníase nos materiais utilizados em campanhas, visto que estes representam um dos elementos da vida social e uma visão particular da linguagem em uso. Este ligado a outros elementos sociais — fatores econômicos, políticos, sociais, culturais, históricos e religiosos — operacionalizam a prática social, a qual, por sua vez, é compreendida como “[...] maneiras habituais, em tempos e espaços particulares, pelas quais pessoas aplicam recursos – materiais ou simbólicos – para agirem juntas no mundo” (FAIRCLOUGH, 2008, p. 307).

Dessa forma, os discursos presentes nos cartazes que expressam as campanhas educativas voltadas à hanseníase tornam-se um importante objeto empírico de investigação, pois o discurso “mobiliza diferentes elementos - formas de ação, pessoas, relações sociais/formas institucionais, objetos, meios, tempos/espacos e linguagem”. Isso permite, por meio de sua análise explanatória crítica, evidenciar as concepções ideológicas e hegemônicas presentes nas representações sociodiscursivas (FAIRCLOUGH, 2008, p. 307).

Portanto, mediante o discurso, pode-se agir e representar o mundo social a que se pertence (FAIRCLOUGH, 2008). Nesse sentido, os discursos presentes nas campanhas educativas sobre a hanseníase podem se configurar em uma estratégia de enfrentamento do estigma relacionado à doença, contribuindo para enfrentar o estigma e a discriminação promovida pela doença até 2030, um dos objetivos apontados na Estratégia Global de Hanseníase 2021-2030 (KRESS, VAN LEEUWEL, 2006).

Isto posto, deve-se considerar a construção dos discursos nas campanhas educativas sobre a hanseníase produzidas pelo MS, enquanto estratégia de enfrentamento do estigma, dado

que as ideologias ali investidas nos discursos só se tornam eficazes para mudança das práticas sociais quando são aceitas pela maioria e reproduzidas por elas (REZENDE; RAMALHO, 2004). Sendo assim, o presente estudo traz as seguintes questões norteadoras: Como o discurso sobre hanseníase é representado nas campanhas educativas produzidas pelo MS? Como as pessoas afetadas pela hanseníase são representadas nos cartazes produzidos pelo MS para as campanhas educativas sobre a hanseníase?

A tese deste estudo é a de que os discursos presentes nas campanhas educativas sobre a hanseníase elaboradas pelo MS não são suficientes para controlar e/ou transformar o estigma da doença, uma vez que a representam com base nos aspectos clínicos, sem abordar as crenças, valores e ideologias construídas no passado e perpetuadas no presente. Dessa maneira, ao velarem os aspectos psicossociais desencadeados pelo processo de adoecer por hanseníase, essas campanhas não contribuem para modificar as representações sociais sobre os aspectos estigmatizantes da doença. Nesse contexto, a hanseníase continua impactando a vida social, afetiva e familiar dessas pessoas, contribuindo para a manutenção da endemicidade da doença em diversas regiões do país.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as representações sociodiscursivas das campanhas sobre hanseníase produzidas e circuladas pelo Ministério da Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar e analisar os discursos contidos nos cartazes das campanhas sobre hanseníase do Ministério da Saúde.
- b) Identificar a conjuntura social acerca da representação da hanseníase
- c) Analisar como as campanhas representam em sua linguagem multimodal a doença e as pessoas afetadas por ela;
- d) Analisar e explanar criticamente a respeito do potencial educativo e transformador das campanhas sobre hanseníase: se agem como obstáculo à transformação do estigma sobre a doença ou se são potencialmente transformadoras.

3 RECORTES TEÓRICOS

3.1 DEFININDO A HANSENÍASE

A hanseníase é causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen, bactéria intracelular obrigatória. A doença tem característica infectocontagiosa, evolução crônica, podendo manifestar-se de forma localizada ou sistêmica (CLARO, 1995; BRASIL, 2021; SANTOS; IGNOT, 2020), a depender resposta imunológica desencadeada pela pessoa afetada, por meio de lesões de pele e de nervos periféricos, sobremaneira nos olhos e membros, principalmente (WHO,2017; JOPLING, 1983).

O período de incubação do bacilo é, em média, de cinco a sete anos (WHO, 2010) e a transmissão é interpessoal por meio do trato respiratório superior após contato direto e prolongado com uma pessoa: portadora das formas clínicas virchowiana e dimorfa, classificadas operacionalmente como multibacilares (MB); e que não esteja em tratamento. Já no caso do contato com pessoas que apresentem as formas clínicas indeterminada e tuberculoide, classificadas como paucibacilares (PB), a transmissão não ocorre (BRASIL, 2016a). Os principais sinais e sintomas manifestados são:

[...] manchas brancas ou avermelhadas com alteração da sensibilidade para frio, calor, dor e tato; sensação de formigamento, dormência ou fisgadas; aparecimento de caroços e placas pelo corpo; dor nos nervos dos braços, mãos, pernas e pés; diminuição da força muscular. (BRASIL, 2016a).

Apesar de a hanseníase ser definida como uma doença curável, os indivíduos podem, durante ou após o término do tratamento, desenvolver resposta imunológica exacerbada aos fragmentos de bacilos que ficam no organismo, ocasionando os chamados estados reacionais da doença (BRASIL, 2016a; SOUSA, 2014; JOPLING, 1983). Nesse processo de ação do sistema imunológico, os nervos são danificados e surgem as complicações que muitas vezes causam incapacidade ou deformidade física, tais como: perda da visão, redução da força nos membros inferiores e superiores e alteração da sensibilidade nas áreas atingidas, dores, atrofia irreversíveis, como as mãos em garra. O comprometimento dessas lesões é classificado de acordo com GIF: grau 0 de incapacidade significa que não há nenhum comprometimento nos olhos, nas mãos e nos pés, devido à hanseníase; o grau I, é caracterizado pela diminuição ou perda de sensibilidade dessas regiões corporais, e o grau II, por comprometimentos mais graves, como perda da visão, opacidade corneana, lesões tróficas ou traumáticas nas mãos e nos pés,

garras, reabsorção óssea e mãos e pés caídos (BRASIL 2016a; JOPLING, 1983).

Estas repercussões representam um dos elementos responsáveis pelo estigma e exclusão social sofridos pelas pessoas afetadas pela doença (GANDRA, 1970; LESSA, 1986; CLARO, 1995; MOREIRA, 2005; BRASIL, 2018) e refletem negativamente nas condições de vida, como a diminuição de sua capacidade laboral, limitação da vida social e problemas psicológicos desencadeados pelo estigma e pelo preconceito da hanseníase (BAIALARDI, 2007; CLARO, 1995; BRASIL, 2002). Essas questões podem se amplificar devido ao perfil epidemiológico da doença que afeta, principalmente, pessoas em vulnerabilidade social, dando à hanseníase a conotação de doença da pobreza (KERR- PONTES *et al.*, 2006).

Ao analisar o perfil epidemiológico de países endêmicos como Brasil e Índia observa-se que as condições sócio-econômicas são um dos determinantes na produção da hanseníase e na distribuição do agravo (SANTOS, 2009; PINHEIRO *et al.*, 2019). A maioria das pessoas afetadas pela hanseníase possuem baixa escolaridade, renda menor e instável e limitações importantes quanto à alimentação (FEENSTRA *et al.*, 2011; OKTARIA *et al.*, 2018). Residem em casas com poucos cômodos e com muitos moradores, com limitações de acesso ao saneamento básico e de tratamento de água (KERR-PONTES *et al.*, 2006; MURTO *et al.*; 2014). Essas questões associadas ao risco de adoecer, à transmissão continuada do bacilo na comunidade com a presença de pessoas afetadas pela hanseníase não detectadas, atraso no diagnóstico, a morosidade na identificação de contatos e o conhecimento limitado sobre a transmissão da hanseníase, desafiam o controle e eliminação da hanseníase no Brasil, embora seja uma doença amplamente conhecida e de todos os avanços tecnológicos da modernidade e ações adotadas para seu controle (BRASIL, 2021; WHO, 2016).

Dentre as ações adotadas para o controle da hanseníase podemos citar a poliquimioterapia (PQT), as ações de saúde que visam o diagnóstico precoce como, por exemplo, a vigilância de contatos (BRASIL, 2016a) e diversas políticas sociais e de saúde pública como o Programa Bolsa Família (PBF) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o intuito de reduzir as desigualdades econômicas e, assim, repercutir de maneira positiva na saúde e no acesso à assistência (CALVASINA *et al.*, 2018). O PBF, implementado em 2003, como um programa de Transferência Condicional de Renda (CCT), visa minimizar a pobreza por meio do pagamento em dinheiro às famílias mediante o cumprimento de alguns critérios de educação em saúde e educação (LINDERT *et al.*, 2007). A ESF implementada nos serviços prestados pela Atenção Primária à Saúde (APS) fica responsável, por recomendação do MS, das Ações de Controle da Hanseníase (ACH), abrangendo ações de educação em saúde, investigação epidemiológica para o diagnóstico precoce, tratamento gratuito até a cura,

prevenção e tratamento de incapacidades, vigilância epidemiológica, identificação e exeme de contatos, orientações e aplicação de Bacillus Calmette-Guérin (BCG) (BRASIL, 2016a). De acordo com o Programa Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011b)

A APS é compreendida como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011b).

Contudo, em 2020 o Brasil registrou 17.979 casos novos de hanseníase, correspondendo a 93,6% dos diagnósticos realizados nas Américas (BRASIL, 2021). Brasil, Indonésia e Índia juntos, registraram mais de 10 mil casos novos, correspondendo a 74% dos diagnósticos realizados no mundo, em 2020. Nesse panorama, o Brasil ocupa o segundo país a registrar o maior número de casos de hanseníase no mundo, ficando atrás apenas da Índia (OMS, 2021b), demonstrando a fragilidade das ACH (BRASIL, 2021).

Diante desse contexto epidemiológico, o MS divulgou as “Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública”, que define como caso (BRASIL, 2016a):

Lesão e/ou áreas da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil; ou espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; ou presença de bacilos *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biopsia de pele (BRASIL, 2016a, p.6).

Para os casos diagnosticados, utiliza-se uma classificação operacional de hanseníase que definirá o esquema terapêutico com PQT, sendo o caso multibacilar (MB) a pessoa que apresentar mais de cinco lesões de pele e o paucibacilar (PB) aquela com até cinco lesões de pele (BRASIL, 2016a). A PQT é composta pela associação de antibiótico e antiinflamatório (rifampicina, dapsona e clofazimina). Outros medicamentos podem ser incluídos como, por exemplo, o corticóide e a talidomida, utilizados para o tratamento de episódios reacionais. A finalização do tratamento se dá após serem concluídas seis doses em um período de nove meses para as formas PB e, após doze doses concluídas em um período de dezoito meses para as formas MB. Esse processo é conhecido como “alta por cura” (BRASIL, 2021).

Em 2021, o Brasil integrou à Estratégia Global 2021-2030, lançada pela OMS, com o objetivo de alcançar zero infecção e doença, zero incapacidade, zero estigma e discriminação.

Para isso, modificaram algumas estratégias implementadas anteriormente direcionadas para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública e passam a ser priorizadas abordagens que possibilitam a interrupção da transmissão e a eliminação dos casos autóctones (WHO, 2021). Nesse sentido, deve-se buscar o diagnóstico e o tratamento precoces a fim de evitar a progressão das incapacidades físicas e a manutenção da transmissão da doença. Para alcançar tais metas, a Estratégia Global 2021-2030, pela primeira vez, inclui como prioridade os aspectos humanos e sociais que envolvem a hanseníase, com direcionamento das ações para o enfrentamento do estigma e exclusão social, uma vez que estes interferem no controle da doença (WHO, 2021).

É necessário então que a ampliação da cobertura dos serviços de saúde, com enfoque nas ações de promoção, prevenção e reabilitação das pessoas afetadas pela hanseníase sejam concretizadas. Também devem ser considerados os aspectos psicológicos e os sócio- culturais relacionados à doença. Nesse sentido, a estratégia de comunicação assume lugar de destaque na construção de espaços dialógicos e participativos, cuja finalidade é fortalecer as relações éticas e a transformação das práticas sociais (SANTOS, 2009; SANTOS 2012).

3.2 OS SABERES MÉDICO E SANITÁRIO E A TRANSFORMAÇÃO DA DOENÇA LEPROSA EM HANSENÍASE

Nessa seção, se discorrerá sobre o processo de transição do termo “lepra” para “hanseníase”. Pressupõe-se que esse processo seja uma construção historicamente produzida, apoiada e legitimada nas descobertas da medicina científica e das práticas sanitárias, com o intuito de gerar, antes, uma descontinuidade no discurso da lepra do que uma mera substituição de termos.

Nesse sentido, trazemos aqui Foucault (2003) para compreendermos como os saberes são constituídos. De acordo com o filósofo, a produção de qualquer saber pressupõe relações de poder — “todo saber é poder” e vice-versa. Nesse sentido, ocorre uma luta entre os diferentes campos do conhecimento até que um deles se estabeleça como mais legítimo e verdadeiro do que outros, determinando o que pode ser dito e pensado (FOUCAULT, 2003).

O termo “lepra” provém das descrições dermatológicas de textos bíblicos ou sagrados, nos quais era descrita como uma “moléstia” relacionada a “impureza” ou a qualquer doença de pele (DINIZ, 1958; BENNETT; PARKER; ROBSON, 2008). A partir dessas descrições, foram criadas as conotações pejorativas provenientes da “lepra bíblica”, que deixaram marcas no modo de tratar as pessoas acometidas pela doença (TRAUTMAN, 1984; BENNETT;

PARKER; ROBSON, 2008). Exemplo disso é o isolamento social compulsório e/ou a condenação de “morte em vida” das pessoas afetadas pela doença, passando inclusive por um ritual simbólico semelhante ao ofício religioso para os mortos (BENNETT; PARKER; ROBSON, 2008; TRAUTMAN, 1984; BENNETT; PARKER; ROBSON, 2008). Essas questões serão explicadas na próxima seção.

Por muitos anos, o isolamento social se manteve como medida de controle/tratamento da doença praticado por médicos, sanitaristas e por pessoas leigas em épocas e lugares distintos (FOUCAULT, 2001; CLARO, 1995, SANTOS, 2009). Defendido pela Igreja — que, por muitos anos, deteve o poder da sociedade — e imposto pela prática médica aos doentes com lepra, em especial àqueles que apresentavam lesões e deformidades, o isolamento social era um tipo de benefício de purificação para a sociedade (FOUCAULT, 2001; SANTOS, 2009).

Foi nesse contexto, marcado fortemente pelo binômio salvação-exclusão e pela aliança religiosa e médica, que as representações negativas da lepra — pecado, punição, aflição, mal, pena, grande doença antiga e incurável — foram surgindo e resultando no processo de estigmatização, causando danos sociais e psicológicos irreparáveis às pessoas afetadas pela doença e seus familiares (CLARO, 1995; BAIALARDI, 2007).

Foucault, ao estudar sobre a gênese da clínica médica, evidencia a transformação que ocorreu sobre o modo como a medicina vê, diz e mostra a doença na modernidade. A doença, até então representada com base nos sintomas, passa a ser compreendida sob um olhar em profundidade, em que o doente passa a existir como objeto da medicina, e a lesão explica o sintoma (SANTOS, 2009; COSTA, 2007).

Na lepra, esse modo de mostrar e ver a doença contribuiu para a alteração do discurso da lepra como moléstia bíblica para uma doença infectocontagiosa, principalmente quando, em 1874, Gerhard Armaner Hansen descobre o *Mycobacterium leprae*, agente etiológico da lepra (ALCAÏS; ABEL; CASANOVA, 2009).

Foi aí que a lepra começou a ganhar o status científico, uma vez que a descoberta do bacilo possibilitou a descrição da etiologia das manifestações dermatológicas e, conseqüentemente, culminou em mudanças nas práticas de controle e tratamento da doença. As descobertas de antibióticos e da sulfa, drogas que atuariam na cura da doença, e o avanço das pesquisas básicas que afirmaram a não hereditariedade como forma de contágio foram fundamentais para a discussão do fim do isolamento compulsório, tal como defendido no Sétimo Congresso Internacional de Leprologia, ocorrido em Tóquio, em 1958 (BAKIRTIZIEL, 2001; BRASIL, 2010; JOPLING, 1983).

A política do isolamento social como prática preventiva foi aos poucos se extinguindo

ao longo das décadas seguintes. Em 1962, foi criado o Decreto nº 968 que estabelecia o fim do isolamento compulsório. Entretanto, ele só foi cumprido na íntegra em 1967, quando Walter Lezer, então Secretário Estadual de Saúde de São Paulo, criou condições para tal. Dentre as medidas adotadas, destaca-se a nomeação do renomado médico da Universidade de São Paulo, Abrahão Rotberg, para assumir a direção do Departamento de Profilaxia de Lepra (DPL) e executar a missão de extinguir os leprosários e propor novas medidas de controle sanitário para esse agravo (BAKIRTIZIEL, 2001; SANTOS, 2009).

Iniciava, nesse momento, a fase II da profilaxia da lepra, que visava “tratar a lepra com uma doença igual às outras” (JOPLING, 1983). Para isso, novos protocolos de controle foram adotados — por exemplo, tratamento da lepra nos serviços de saúde assim como acontecia com as outras doenças; e a padronização e associação desse tratamento, à base de sulfona (SANTOS, 2009; JOPLING, 1983).

Com tantos avanços relacionados ao diagnóstico e ao tratamento da lepra, era necessário informar a população sobre isso com vistas a eliminar o estigma social em torno da doença.

A educação em saúde assume esse papel de construir uma nova imagem da lepra objetivando a inclusão social das pessoas atingidas pela doença. Para esse fim, a educação em saúde, por meio da promoção de campanhas, buscou diminuir o estigma a ela associado, conduzindo a mudança da terminologia de “lepra” para “hanseníase”, de forma a facilitar a integração psicossocial dos pacientes e familiares à sociedade. Essas novas práticas discursivas representavam possibilidades de transformar radicalmente as representações negativas sobre a lepra (SANTOS, 2009).

Assim, a transição da lepra como moléstia para uma doença infectocontagiosa bem como a mudança nas formas de controle e de tratamento da doença foram reforçadas por uma mudança em sua nomenclatura no Brasil: de “lepra” para “hanseníase” (SANTOS, 2009).

3.2.1 Ocultando a palavra “lepra”

Buscando não só eliminar o estigma relacionado à lepra (leprestigma), mas também reintegrar o paciente na sociedade, Rotberg, então Diretor do DPL, realizou, em 1967, uma grande campanha educativa com a finalidade de informar a população que o paciente acometido pela lepra não oferecia riscos sociais ou epidemiológicos (VELOSO; ANDRADE, 2002). Rotberg modifica, então, a nomenclatura da doença, que passa a se chamar “hanseníase”, representando um marco na política de controle da lepra no Brasil. A justificativa utilizada para essa alteração era a de que, para tratar a lepra como “uma doença como outra qualquer”, nada

mais pertinente do que uma “palavra nova” para dar visibilidade e criar uma imagem diferente da doença e dos doentes (JOPLING, 1983; VELOSO; ANDRADE, 2002).

A hanseníase se instaura, assim, no discurso médico e sanitário com o objetivo de diminuir o estigma, forte componente educativo na profilaxia e no tratamento da doença (SANTOS, 2009).

Nesse processo de alteração da nomenclatura da doença, destaca-se a Conferência Nacional para Avaliação da Política de Controle da Hanseníase, realizada pelo Ministério da Saúde em 1976. Nela, o governo federal redefine as diretrizes de controle da endemia: solução do problema psicossocial; ênfase no diagnóstico e tratamento (precoce e tardio); estímulo à prevenção de comunicantes (aplicação de BCG); integração nos Programas de Saúde Pública; apoio à investigação científica e à atividade de ensino; treinamento especializado; e apoio especial ao Estado da Amazônia, região endêmica no país. Essas ações marcam o início da fase III da Prevenção da Hanseníase (BRASIL, 1976; VELOSO; ANDRADE, 2002, SANTOS, 2009).

3.2.2 Lepra e hanseníase: duas doenças e um só estigma

Nesta seção, será apresentada a construção sociocultural da lepra que produziu o estigma da doença perpetuado ao longo de séculos, mesmo após a descoberta do agente etiológico, do tratamento com possibilidade de cura e da nova terminologia da enfermidade — hanseníase.

Pode-se dizer que a construção do estigma da hanseníase relaciona-se com a tradução do texto bíblico, do hebraico para o grego e, por conseguinte, com o legado judaico-cristão recebido pelo Ocidente. A palavra hebraica “*tsaraat*” foi traduzida para o grego como “lepra” (lépros = “algo que escama”) e passou a designar todas as doenças escamosas, entre elas, a hanseníase. Segundo Miranda (1999), a raiz do termo lepra é “sara”, que significa “ferido por Deus” (TRAUTMAN, 1984; BENNETT; PARKER; ROBSON, 2008; MIRANDA 1999).

Dessa maneira, a palavra “lepra” herdou a representação da *tsaraat* bíblica: doença que se manifestava nas pessoas que desobedeciam às leis divinas e, por isso, recebiam a punição de uma doença que “mutila e desfigura”. Em outras palavras, a lepra associava-se à impureza e à profanação, por isso as pessoas acometidas por ela — denominados leprosos — eram julgadas como “impuras” ou “desonrosas” por terem desrespeitado os princípios sociais e espirituais, estabelecidos por Deus. Logo, essas pessoas deveriam ser identificadas e afastadas do convívio social (BENNETT; PARKER; ROBSON, 2008; SANTOS, 2009; EIDT, 2000).

Nessa época, a identificação dos leprosos era precedida de denúncia. Toda pessoa que

observasse em alguém uma doença de pele deveria, obrigatoriamente, fazer a denúncia a uma autoridade da igreja, a qual era encarregada de realizar o diagnóstico da doença. Esse diagnóstico era realizado por meio de algumas características consideradas padrão: “faces vermelhas, olhos completamente baços, o nariz estreito, os cabelos soltos e ralos, as orelhas pequenas...” (SOURNIA, 1996, p. 132, apud, MONTEIRO, 1993, p. 135). Para analisar essas características, eram instaurados os chamados tribunais especiais, que contavam com a presença de autoridades da igreja, membros da comunidade; e, às vezes, uma pessoa com a doença era convidada a participar, pois acreditavam que ela teria mais condições de reconhecer outro doente (MONTEIRO, 1993).

Uma vez identificada a doença, era realizado um cerimonial sacralizado para oficializar o diagnóstico e providenciar a exclusão social do doente. Esse cerimonial consistia em uma missa especial conhecida como *Separatio Leprosarum* — a “missa dos mortos”. Ela funcionava como uma espécie de ritual religioso para registrar a morte social da pessoa doente e a consequente perda de sua identidade, que seria substituída pela sua nova condição: a de leproso. Ao final da cerimônia, era instituída a medida de controle da lepra: ou o doente era acompanhado até os limites do município, de onde não mais poderia retornar, ou era internado em um “leprosário” (MONTEIRO, 1993).

Na perspectiva de Foucault, a internação compulsória é um tipo de “prisão”, ou seja, o local de execução da pena, onde a pessoa acometida pela lepra era observada e até mesmo punida. Essas “prisões”, segundo o autor, deveriam ser concebidas como um “local de formação para um saber clínico sobre os condenados” (FOUCAULT, 2001, p. 25), entretanto sua finalidade era outra. O isolamento servia muito mais para efetivar o afastamento da pessoa acometida pela lepra do convívio social do que para o tratamento da doença (MONTEIRO, 1993). O cuidado à saúde dessas pessoas até o início do século XX estava a cargo da caridade pública e da igreja, não existindo uma instituição estatal para tal fim (BENNETT; PARKER; ROBSON, 2008).

Com o passar dos anos, outras medidas profiláticas contra a lepra foram sendo adotadas. Dentre elas, destaca-se a instituição obrigatória de uma vestimenta especial, que permitia a identificação imediata do doente. Essa vestimenta deveria cobrir todo o corpo, inclusive, previa o uso de luvas e de capuz, lenço ou véu que encobrisse a boca. Na parte da frente da vestimenta, era costurado um sinal em vermelho; e, nas mãos, o doente deveria portar uma matraca para anunciar sua presença por meio de sons, a fim de evitar contato com as pessoas consideradas “sadias” (MONTEIRO, 1993).

Nota-se que as condutas aplicadas às pessoas com lepra resumiam-se na exclusão social,

na vergonha e no sofrimento humano. E foram elas que operacionalizaram e ainda operacionalizam o estigma relacionado à lepra que se perpetua até os dias atuais, em que a doença não é mais definida em termos socioculturais (lepra), e sim caracterizada sob uma perspectiva biológica (hanseníase), com a descrição de um agente etiológico, da forma de transmissão, tratamento e possibilidade de cura. Essa transição representou a busca em abrandar o estigma que se criou sobre a doença (SANTOS, 2009; SILVIA et al., 2008; MARTINS, 2010).

A palavra “estigma” se origina do grego; é empregada para designar sinais no corpo utilizados para evidenciar pessoas que, de acordo com sua representatividade social, deveriam ser evitadas. Como exemplo, podemos citar os escravos e criminosos, que, antigamente, eram marcados com fogo ou cortes pelo corpo para que fossem rapidamente identificados e isolados quando encontrados (GOFFMAN, 1988).

Para Goffman, o estigma é um atributo, e o estigmatizado é aquele considerado depreciado socialmente por possuir tal atributo. Define-se “atributo” como uma característica ou uma marca profundamente depreciativa que difere uma pessoa do que é posto como “normal” pela sociedade. Portanto, “um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto ele não é, em si mesmo, nem honroso nem desonroso” (GOFFMAN, 1988 p. 32).

Nesse sentido, a vivência social dos indivíduos, relaciona-se diretamente com o modo como cada um concebe sua imagem e pretende mantê-la. Logo, é importante analisar a situação daqueles que não se adequam, intencionalmente ou não, aos padrões normalizados da sociedade, conhecidos como estereótipos. Em outras palavras, o estigma, ou processo de estigmatização, opera por meio de atributos socialmente conhecidos que marcam certos indivíduos/grupos de maneira depreciativa (GOFFMAN, 1988). Dessa maneira, pessoas com alguma deformidade física, problemas psíquicos ou desvio de caráter, ou que tenham características que socialmente os diferenciem aos olhos dos outros, são consideradas estranhas e até mesmo inferiores. Tal julgamento instala batalha e tensão constantes, as quais, segundo Goffman, podem levar à constituição de uma identidade deteriorada (GOFFMAN, 1988).

Elias e Scotson (2000) conceituam estigma como um “atributo derogatório imputado à imagem social de um indivíduo ou grupo e visto como instrumento de controle social” (ELIAS; SCOTSON, 200, p. 149). Esses autores chamam a atenção para a estigmatização grupal, ou seja, um grupo caracteriza negativamente o outro com a intenção de manter e/ou ganhar o poder. O estigma envolve assim dois grupos de indivíduos: os estigmatizados e os “normais”. Eles emergem de situações sociais diversas, nas quais são evidenciadas características que fogem ao

padrão do senso comum (ELIAS; SCOTSON, 2000). Nessa concepção, o estigma não significa uma característica depreciativa, e sim um elemento que diferencia um sujeito ou grupo do restante da população com a intenção de valorizar as características das pessoas não estigmatizadas. Sua função é reforçar e manter a normalidade do indivíduo-padrão (ELIAS; SCOTSON, 2000).

Parker e Aggleton (2001) também descrevem o estigma e a discriminação como processos sociais. De acordo com esses autores, o estigma interfere nas relações de poder ao favorecer alguns em detrimento de outros (PARKER; AGGLETON, 2001), gerando o processo de discriminação, que é compreendida como uma “resposta comportamental causada por atitudes negativas, e tem sido descrita na literatura como a prática do estigma” (LEVANTEZI; SHIMIZU; GARRAFA, 2020)

O estigma da hanseníase e o preconceito sofrido pelas pessoas afetadas por ela foram historicamente construídos com base na associação do significado bíblico da palavra “lepra” às deformidades causadas pela doença (CURI, 2010). A estigmatização estava relacionada à estética corporal e ao histórico de exclusão e isolamento aos quais as pessoas afetadas pela lepra foram submetidas. Assim, o pior da lepra não está ligado ao evento biológico, e sim ao evento social que se perpetuou na cultura e no imaginário social (CURI, 2010; LEITE; SAMPAIO; CALDEIRA, 2015).

Atualmente, observa-se que o estigma da hanseníase não se dá pela existência do atributo depreciativo em si causado pelas deformidades ou pelas sequelas incapacitantes, mas pelo estereótipo de um ser repulsivo que foi atribuído pelos “sadios”, ao longo da história, às pessoas acometidas pela doença (GOFFMAN, 2004; LEITE; SAMPAIO; CALDEIRA, 2015). Dessa maneira, acredita-se que as pessoas afetadas pela hanseníase no Brasil carregam, na “memória histórica”, um estigma (SEIXAS, 2004).

A mudança da nomenclatura de “lepra” para “hanseníase” foi instituída no Brasil, em 1975, pelo Decreto nº 76.078, de 04/08/1975, no governo Geisel, e foi ratificada em 29 de março de 1995, por meio da Lei Federal nº 9.010, que tornou obrigatório o uso do termo “hanseníase” em substituição à palavra “lepra”; todavia, nem mesmo isso foi suficiente para minimizar o estigma da doença (NASCIMENTO et al., 2011). A hanseníase continua ativando crenças arraigadas no imaginário social atreladas à lepra, o que tem gerado repercussões psicossociais negativas nas pessoas acometidas por ela (MARTINS; CAPONI, 2010; MARINHO et al., 2018; BUDEU et al., 2011). Porém, nota-se uma grande diferença no comportamento das pessoas afetadas pela doença. Antes elas eram isoladas compulsoriamente, hoje, contraditoriamente, elas optam por se isolarem por receio de serem estigmatizadas e até

mesmo violentadas (MARINHO et al., 2018; SILVA et al., 2008; SANTOS et al., 2008; CAVALIERE; GRZYNSZPAN, 2008).

Portanto, ao se analisar a conjuntura histórica, social e cultural sobre a hanseníase, nota-se a construção de duas imagens divergentes a respeito da mesma doença: a de uma doença comum e fácil de curar — a hanseníase; e a outra, de uma doença que promove angústia psicossocial — a lepra. Entretanto, recaem sobre ambas os mesmos aspectos estigmatizantes alicerçados na antiguidade. O temor sobre a doença continua presente e está muito mais associado ao receio de ser reproduzido o tipo de vida imposto às pessoas afetadas pela lepra no passado do que à possibilidade do aparecimento das incapacidades físicas provocadas pela ação do bacilo.

Dessa maneira, o receio das pessoas de serem identificadas com o bacilo e serem estigmatizadas retarda a busca pelo diagnóstico e pelo tratamento e, conseqüentemente, mantém ativa a cadeia de transmissão da doença. Logo, permanece a endemidade recorrente da hanseníase no Brasil (BRASIL, 2016). Por isso, a reconciliação dessas duas imagens torna-se um grande desafio a ser superado pelo programa de erradicação da hanseníase para o enfrentamento do estigma (POORMAN, 2008). As campanhas educativas tornam-se, assim, um instrumento importante nesta luta contra o estigma.

3.2.3 Educação em saúde

A educação em saúde consiste em um instrumento de promoção da saúde capaz de construir e veicular conhecimentos e práticas relacionadas às responsabilidades individuais e coletivas nos modos de viver de forma saudável. Ela também representa uma importante instância de formação de sujeitos e identidades sociais (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2012). Tem como objetivo promover o pensamento crítico reflexivo capaz de proporcionar o empoderamento do indivíduo enquanto sujeito social, aumentando sua autonomia no cuidado de sua saúde, de sua família e de sua coletividade (FALKENBERG et al., 2014).

Dessa forma, a educação em saúde deve se apoiar no conceito de promoção da saúde, que integra a participação de toda a população nas ações envolvendo a vida cotidiana e não apenas nas situações que representam risco de adoecimento (MACHADO et al., 2007; FALKENBERG et al., 2014).

Essa concepção está intimamente relacionada ao conceito de saúde, que integra aspectos mentais e físicos, ambientais, pessoais e sociais. Entretanto, na prática, observa-se o predomínio de paradigmas reducionistas, que questionam ações integradas e participativas pautadas em

ações verticalizadas, tecnicistas e biologicistas, considerando a população como um agente passivo, incapaz de se responsabilizar pelas questões que envolvem sua saúde (MACHADO et al., 2007). Essa abordagem é classificada como modelo tradicional (OLIVEIRA, 2005) de educação em saúde, o qual considera a saúde como ausência de doença e focaliza ações educativas pautadas no saber biomédico (SALCI et al., 2013; BUSS, 1999; FIGUEIREDO; RODRIGUES; LEITE, 2009).

Nesse modelo de educação em saúde, a abordagem é realizada de forma persuasiva ao propor determinados comportamentos considerados adequados para prevenir e/ou minimizar problemas de saúde, sem considerar, no entanto, os aspectos socioculturais da população em questão (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2012). Ademais, no modelo tradicional de educação em saúde, tais ações ficam restritas apenas aos profissionais de saúde, tidos como os legítimos detentores do saber, por isso, responsáveis por transformarem os comportamentos da população, sendo, suas propostas, consideradas como as opções disponíveis (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2012; MACHADO et al., 2007; SALCI et al., 2013).

Em contrapartida, tem-se o modelo radical (OLIVEIRA, 2005) de educação em saúde, que busca fomentar o potencial dos grupos sociais mediante suas ações alicerçadas nos pressupostos da promoção da saúde, a qual considera a complexidade do fenômeno “saúde”. Esse modelo de educação em saúde não compreende as ações preventivas como sendo estratégias suficientes para promover estilos de vida satisfatórios, pois se voltam apenas para a transmissão de informações (OLIVEIRA, 2005; COLOMÉ; OLIVEIRA, 2012).

Vale ressaltar que existem diferentes modelos de educação em saúde. Entretanto, nessas diferentes abordagens, há elementos em comum que permitem agrupá-los em duas vertentes principais: o modelo tradicional ou preventivo; e o modelo radical (OLIVEIRA, 2005). Na prática dos serviços de saúde, são empregados diferentes termos para designar “educação em saúde”, como se fossem sinônimos, mas não são. Dentre esses termos, destacam-se “educação e saúde”, “educação para a saúde”, “educação popular em saúde” e “educação sanitária” (FALKENBERG et al., 2014).

Os termos “educação e saúde” e “educação para a saúde” remetem claramente às ações práticas que propõem um paralelismo entre as áreas do conhecimento da educação e da saúde, mas mantendo uma segregação das ações de trabalho. Nessa concepção, as ações educativas implementadas são verticalizadas, semelhantes à concepção da “educação bancária” de Paulo Freire: os profissionais de saúde transferem o conhecimento à população, considerada um ser passivo nesse processo (FALKENBERG et al., 2014). “Educação na saúde” está relacionada ao processo de produção de conhecimentos necessários para a atuação em saúde, abrangendo

diretrizes curriculares e didáticas, além de práticas de ensino (BRASIL, 2009a). Já o termo “educação sanitária” consiste em ações de prevenção das doenças pautadas na transmissão de informação, sem contemplar as dimensões histórico-sociais do processo saúde-doença. No Brasil, o termo ainda é utilizado como sinônimo de “educação em saúde”, em uma concepção de práticas educativas verticalizadas (SALCI et al., 2013; MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2008).

Considerando que um dos requisitos essenciais para a saúde é a educação (WHO, 1986), o modelo tecnicista, verticalizado e biologicista das ações de educação em saúde não dá conta de alcançar hábitos de vida saudáveis. A educação em saúde como processo político-pedagógico deve propor ações que vão além da transmissão de informações (MACHADO et al., 2007; COLOMÉ; OLIVEIRA, 2012). Ela precisa desenvolver estratégias que garantam à população a promoção da saúde, e isso significa promover ações conducentes a um bem-estar geral. Para isso, devem considerar valores como “vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e campos de ação conjunta” (SALCI *et al.*, 2013, p. 225).

Nesse sentido, as práticas de educação em saúde devem proporcionar um pensamento crítico-reflexivo que permita evidenciar os desafios a serem enfrentados e propor instrumentos transformadores que gerem o empoderamento do indivíduo capaz de participar ativamente das decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua comunidade (MACHADO et al., 2007). Entretanto, ainda existe uma incoerência entre retórica e prática, além do fato de que essas práticas não são priorizadas no planejamento dos serviços de saúde, na execução das ações de cuidado e na própria gestão (SALCI et al., 2013).

4 REFERENCIAIS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

4.1 A LINGUÍSTICA CRÍTICA E SEUS DESDOBRAMENTOS

Com o intuito de compreender a produção dos discursos e os significados construídos socialmente por meio da linguagem, surge, no final da década de 1970, a Linguística Crítica (LC), proposta por pesquisadores da Universidade de East Anglia, na Grã-Bretanha. Essa abordagem propõe instrumentos linguísticos capazes de subsidiar a análise sobre a relação entre a linguagem e as estruturas sociais (FOWLER et al., 1979; HODGE; KRESS, 1979).

A LC ganha visibilidade com as obras “*Language and Control*” (FOWLER et al., 1979) e “*Language as Ideology*” (HODGE; KRESS, 1979), ao abordarem a estreita relação entre texto, ideologia e poder. Nesses trabalhos, os autores argumentam que a predileção linguística e não linguística dos indivíduos que produzem os textos é influenciada por estruturas sociais, logo a percepção de mundo dos que utilizam essa língua é consequência da sua relação com as instituições e da organização socioeconômica da sociedade (FOWLER et al., 1979; HODGE; KRESS, 1979).

Em outras palavras, a LC busca evidenciar como as ideologias operam linguisticamente. A ideologia é compreendida como “um corpo de ideias sistematicamente organizado a partir de um ponto de vista particular da realidade” (HODGE; KRESS, 1979, p. 6); é considerada pelos linguistas críticos como parte inseparável da língua, e ambas são influenciadas pela organização social em que o indivíduo se encontra. Nesse sentido, a LC infere que a linguagem em uso é produto da estrutura social, ou seja, o modo de se usar a linguagem tem relação com a posição social assumida pelos indivíduos — status e representatividade (FOWLER et al., 1979).

Portanto, a LC ocupa-se da relação entre “linguagem” e “sociedade”, considerando não apenas a relação dialética entre elas, mas também a linguagem como parte integrante do processo social. Sua abordagem vai além da análise da representação gramatical do texto. Linguagem passa a ser estudada sob a ótica da semiótica social, que a considera como um conjunto de significados produzidos socialmente. Por isso, as predileções do indivíduo ao utilizar a linguagem importam, uma vez que, com base nelas, podem-se criar representações/significados (base semântica) no processo de comunicação e, assim, funcionar ideologicamente nas relações de dominação. Logo, as seleções gramaticais colaboram para uma (re)produção ideológica (FOWLER; KRESS, 1979).

A natureza “crítica” dessa abordagem recai, de acordo com Fowler e Kress (1979, p. 196), sobre o processo de desvendar as significações sociais veladas, por meio da interpretação.

Nesse sentido, a LC busca investigar os significados sociais constituídos no discurso (texto) por meio dos componentes linguísticos empregados, considerando as conjunturas que envolvem o fenômeno estudado (FOWLER; KRESS, 1979).

Importante evidenciar que a LC não busca desvelar “verdades” sobre determinada realidade, e sim compreender e mostrar que há representações relativamente variadas sobre ela (FOWLER, 2004). Em outras palavras, ela busca demonstrar que a realidade posta pelo discurso poderia ter sido apresentada de outra maneira, com uma interpretação diferente. É nesse sentido que a linguagem é considerada um instrumento confirmador e consolidador dos sistemas que a produzem, sendo aplicada para influenciar as pessoas de tal maneira que consigam (re)produzir interesses particulares com base em escolhas linguísticas (FOWLER; KRESS, 1979).

Portanto, a linguagem não reflete apenas estruturas e processos sociais. Ela legitima a existência de organizações socioeconômicas (FOWLER; KRESS, 1979); e é por essa característica que a LC surge como instrumento de análise dos discursos com o objetivo de identificar a ideologia velada em suas proposições (FOWLER; KRESS, 1979).

O modelo de análise linguística proposto pela LC contempla cinco aspectos fundamentados na gramática sistêmico-funcional (HALLIDAY, 1985): a gramática da transitividade como instrumento de análise dos eventos, estados, processos e suas entidades relacionadas; a gramática da modalidade para análise das relações interpessoais entre a pessoa que fala e o ouvinte; a manipulação do material linguístico no processo da nominalização e da apassivação; a ordenação linguística com a gramática da classificação, incluindo os mecanismos de relexicalização e criação de neologismos; e, por fim, a coerência, ordem e unidade do discurso: o sistema de tema e rema (HALLIDAY, 1985).

Com a saída de parte dos fundadores da LC para outros continentes, surgiram posicionamentos teóricos divergentes ao projeto inicial da LC. Os pesquisadores que imigraram para a Austrália, por exemplo, trouxeram a perspectiva da linguagem como prática social — compreendendo “prática” sob a ótica althusseriana, como uma interferência na ordem socioeconômica de dada organização para a replicação ideológica socialmente construída (HODGE; KRESS, 1979).

Nessa perspectiva, pode-se dizer que todos os discursos são delineados por práticas sociais, uma vez que cada indivíduo compreende as coisas de acordo com suas experiências. Da mesma forma, os discursos podem “modificar” a realidade de maneira a garantir a ideologia e os interesses de determinada organização social (KRESS, 1985). Outro aspecto marcante da LC é a interdisciplinaridade. Ela utiliza não apenas os conceitos de outras teorias linguísticas (p.ex., significados ideacionais da gramática, teoria dos atos de fala etc.), mas também as ideias

de pensadores provenientes de outras áreas do conhecimento, como a perspectiva de “discurso” do filósofo Michel Foucault (1996), a noção de “prática” de Louis Althusser (1985) e as concepções ligadas à “hegemonia e poder” do filósofo Antonio Gramsci (2004), entre outras (SOUZA, 2012).

Todas essas contribuições provenientes de diversas áreas do conhecimento suscitaram a transformação da “Linguística Crítica” em “Análise Crítica do Discurso” (ACD). O precursor dessa teoria foi Norman Fairclough (1985), participante do Centro de Linguagem na Vida Social da Universidade de Lancaster, Grã-Bretanha. Em sua obra “*Critical and descriptive goals in discourse analysis*”, no *Jornal of Pragmatics*, Fairclough e demais estudiosos contribuíram para o avanço dos debates levantados pela LC (SOUZA, 2012).

Sem desconsiderarem a validade da LC, Fairclough, Hodge e Kress (1988) propõem reparar as limitações do escopo teórico dessa teoria. Na obra “*Social Semiotics*”, os autores apontam que o livro “*Language as Ideology*” manteve o processo de análise com foco nos textos e nas estruturas da linguagem, como também restringiu-se ao estudo do texto verbal (HODGE; KRESS, 1988). Para eles, ao investigar os processos de significação, deve-se considerar não apenas a linguagem verbal, mas também, e com a mesma importância, outros códigos semióticos (HODGE; KRESS, 1988).

Nessa perspectiva, surge, assim, a teoria Semiótica Social (SS) da comunicação visual, que considera a multimodalidade dos textos e sistemas de significados sociais ao abranger o sistema de comunicação verbal e não verbal. Ela considera as interações entre textos e as situações em que estes ocorrem, os agentes e elementos de significação, forças e organizações sociais envolvidas (SOUZA, 2012).

Como se pode perceber, o crescente distanciamento dos pesquisadores associados ao projeto inicial da LC abriu caminho para novas implicações teóricas e práticas que culminaram na elaboração de novas perspectivas de estudo e apontaram novas agendas de pesquisa. Dentre elas, destacam-se a ACD de Norman Fairclough e a Semiótica Social com a abordagem multimodal dos textos proposta por Gunther Kress, Robert Hodge e Theo van Leeuwen, sobre as quais se discorrerá a seguir.

4.2 ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO

A Análise Crítica do Discurso (ACD), proposta pelo inglês Norman Fairclough, consiste em uma abordagem teórico-metodológica de análise do discurso para investigar problemas sociais. Fairclough considera a língua em uso como prática social.

A transdisciplinaridade é uma característica do método desenhado por Chouliaraki e Fairclough (1999), pois

[...] rompe fronteiras epistemológicas com diversas áreas das ciências sociais, valendo-se de teorias delas provindas para apoiar sua abordagem sociodiscursiva, ao mesmo tempo em que oferece as/aos cientistas sociais a possibilidade de acrescentar um viés discursivo a suas investigações. (CHOULIARAKI; FIGUEIREDO, 2009, p. 750).

Nos termos de Chouliaraki e Fairclough, a prática social é posta como “maneiras recorrentes, situadas temporal e espacialmente, pelas quais agimos e interagimos no mundo” (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 1999, p. 21). Nesse sentido, o discurso é uma forma pela qual as pessoas podem agir sobre as outras e sobre o mundo, bem como uma forma de representar suas experiências particulares sobre o mundo (FAIRCLOUGH, 2016, p. 94).

Na concepção de Chouliaraki e Fairclough, o discurso refere-se ao texto, ou seja, à linguagem empregada para dizer/informar algo. Essa linguagem utilizada, ou seja, o discurso, pode se constituir em um recurso para (re)produzir relações de dominação e também pode ser capaz de contestar e superar problemas sociais. Nesse sentido, o termo “discurso” é definido como a apropriação da língua enquanto componente da prática social, uma forma de agir e significar, levando em consideração os aspectos sociais e históricos, com base em uma interação dialética com a organização social (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 1999, p. 21). Para Fairclough, discurso é prática social “não apenas de representação do mundo, mas de significação do mundo, constituindo e construindo o mundo em significado” (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 2016, p. 95).

Portanto, a prática linguística é mais que uma ação. Ela envolve modos de produção (prática discursiva), sujeitos, crenças, ideologia, atividade material e propósitos (prática social), uma vez que “o discurso contribui para a constituição de todas as dimensões da estrutura social que, diretamente ou indiretamente, o moldam e o restringem” (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 2016, p. 95).

A ACD, portanto, busca identificar como essas práticas linguísticas, discursivas e sociais se inter-relacionam nas estruturas sociais (estrutura econômica, política, uma classe social, identitária ou uma língua, por exemplo) sustentadas em práticas ideológicas no desenvolvimento de uma ordem social que estabeleça e sustente relações de dominação, quando criadas por um grupo dominante e reproduzidas como um senso comum.

Por “hegemonia”, compreende-se a produção, manutenção ou rompimento das relações de dominação e subordinação que envolvem aspectos econômicos, políticos e ideológicos de

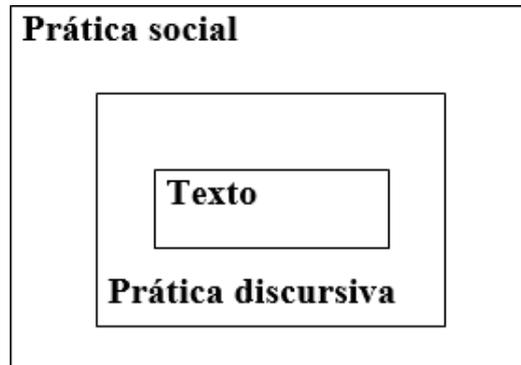
determinados grupos em detrimento de outros (RESENDE; RAMALHO, 2004). Já a ideologia são construções da realidade pautadas em significações particulares do mundo, das relações e estruturas sociais que direcionam as práticas discursivas e influenciam a (re)produção e/ou transformação das relações de dominação (RESENDE; RAMALHO, 2004).

Na abordagem de Chouliaraki e Fairclough (2016, p. 95-96), são descritos três aspectos construtivos do discurso. Estes foram relacionados às funções da linguagem, propostas por Halliday (1994): (i) função identitária associada à construção das “identidades sociais” e “posições de sujeito” para os “sujeitos” sociais e os tipos de “eu”; (ii) função relacional para construção das relações sociais entre as pessoas; e (iii) função ideacional para a construção de conhecimento e crenças. Nesse processo dialético, busca-se identificar os problemas sociais levando-se em consideração as influências sociais, políticas, históricas, culturais e econômicas que refletem criticamente sobre as maneiras de superar os obstáculos (RESENDE; RAMALHO, 2004).

Uma vez estabelecido o conceito de discurso, Fairclough (2016) propõe o Modelo Tridimensional do Discurso, um método para investigar as mudanças sociais com fundamento na análise discursiva. Esse modelo considera três dimensões passíveis de serem analisadas: a prática social, a prática discursiva e o texto. Para Fairclough (2016, p. 27), essa concepção tridimensional do discurso para uma análise discursiva crítica permite “avaliar as relações entre mudança discursiva e social e relacionar sistematicamente propriedades detalhadas de textos às propriedades sociais de eventos discursivos como instâncias de prática social”.

O quadro tridimensional envolve o processo analítico da relação entre o texto, a prática discursiva e a prática social. A análise textual é organizada pelos elementos: vocabulário (palavras isoladas), gramática (palavras inseridas no texto), coesão (ligação entre as frases) e estrutura textual (maneira e a ordem como os elementos são combinados) (RESENDE; RAMALHO, 2006).

FIGURA 1 - CONCEPÇÃO TRIDIMENSIONAL DO DISCURSO



Fonte: Adaptada de Fairclough (2001)

No quadro teórico de análise crítica, Fairclough articula a linguística e a ciência social crítica para uma análise tridimensional dos eventos discursivos, considerando as perspectivas multidimensional, multifuncional e histórica. Na primeira, avaliam-se as relações entre mudança discursiva e social e também se relacionam às propriedades particularizadas de textos — que compreendem a linguagem oral e escrita — às propriedades sociais de eventos discursivos; a segunda, a multifuncional, investiga as mudanças nas práticas discursivas — a distribuição e o consumo textual — que contribuem para modificar o conhecimento, as relações e identidades sociais; finalmente, a histórica, discute a estruturação na construção de textos que são veiculados (FAIRCLOUGH, 2008). Nesse modelo, a prática discursiva se dá no intermédio entre o texto e a prática social.

A análise textual é organizada por quatro elementos: o vocabulário, a gramática, a coesão e a estrutura textual. O estudo do vocabulário trata das palavras individuais — neologismos, lexicalizações, relexicalizações de domínios da experiência, superexpressão, relações entre palavras e sentidos; a gramática trabalha as palavras combinadas em frases; a coesão refere-se às ligações entre as frases, por meio de mecanismos de referência, palavras de mesmo campo semântico, sinônimos próximos e conjunções; e a estrutura textual está ligada às propriedades organizacionais do texto em larga escala, à maneira e à ordem como os elementos são combinados (RESENDE; RAMALHO, 2006).

Para a análise das práticas discursivas, focalizam-se as atividades cognitivas de produção, distribuição e consumo do texto, assim como as dimensões de força, coerência e intertextualidade. A força dos enunciados se reflete nos tipos de atos de fala desempenhados; na coerência, nas conexões, nas inferências necessárias e no apoio em pressupostos ideológicos; a análise intertextual se remete às relações dialógicas entre o texto e outros textos (intertextualidade) e às relações entre ordens de discurso (interdiscursividade) (RESENDE;

RAMALHO, 2004). No que tange à análise da prática social, consideram-se os aspectos ideológicos e hegemônicos na instância discursiva analisada, observando os aspectos do texto que podem ser investidos ideologicamente, como os sentidos das palavras, as pressuposições, as metáforas e o estilo (RESENDE; RAMALHO, 2004).

Portanto, no processo de análise da prática social, são julgados os aspectos hegemônicos e ideológicos. Já nas práticas discursivas, o processo de análise se centra nos modos de produção, compartilhamento e uso do texto, além de considerar as dimensões de força, coerência e intertextualidade (RESENDE; RAMALHO, 2004). Deve-se ter presente as opções que produzem os significados desejados de acordo com as demandas dos falantes em contextos particulares. Logo, o contexto de situação — quem, para quem, onde, como — deve ser considerado, uma vez que ativa certas predileções semânticas, o que leva o falante a selecionar algumas em detrimento de outras (HALLIDAY, 1992).

Para a análise dos textos não verbais (imagens), utilizamos a proposta teórico-metodológica da Gramática do Design Visual, instrumento de análise da Semiótica Social, que discutiremos a seguir.

4.3 SEMIÓTICA SOCIAL: TRAJETÓRIA DE EVOLUÇÃO

Como discutimos anteriormente, a LC considera apenas a linguagem verbal no processo de análise e compreensão dos sistemas de significado. Dessa limitação do escopo teórico da LC, emergiu a Semiótica Social (SS), que se formalizou na obra “*Social Semiotics*” de Hodge e Kress (1988) no final dos anos 1980. A proposta da SS é considerar, com a mesma importância, todos os modos de comunicação (linguagem verbal, textual, imagética, entre outros) bem como todos os elementos semióticos (gestos, tom de voz, cores, texturas, tamanhos, entre outros) presentes na materialização textual (HODGE; KRESS, 1988).

A abordagem da SS preocupa-se com o modo como os indivíduos lançam mão dos elementos semióticos para construir a comunicação e como essa predileção afeta a interpretação. Ela aponta que os significados e os significantes dos signos não se dão previamente, como propõe a semiótica, e sim que os significados são construídos socialmente ao serem usados dentro de um contexto particular (HODGE; KRESS, 1988).

Nesse sentido, o processo de produção dos significantes e significados se dá com base em um processo de transformação da visão de mundo de cada pessoa e da gênese da significação da qual ele faz uso, em um processo contínuo e reflexivo. Dessa forma, antes de se interpretar o signo, é importante compreender como os indivíduos articulam os elementos semióticos

(cores, fonte, imagens, palavras, entre outros) para produzirem suas mensagens em contextos específicos (PIMENTA, 2011). Isso porque a SS propõe que todos os signos são socialmente motivados e que não são fixos, já que se encontram em constante transformação (HODGE; KRESS, 1988).

A SS busca evidenciar a trajetória realizada pelas pessoas que produziram e pelas pessoas que interpretaram os textos, levando em consideração suas predileções e interesses. As pessoas, apoiando-se em suas predileções, produzem seus discursos e selecionam seus signos conforme a conjuntura social em questão; e, por sua vez, são influenciadas pelas instituições sociais e pelos status de outras pessoas, ou seja, “os interesses de quem produz um signo levam a uma relação motivada entre significante e significado e, portanto, a signos motivados” (KRESS; LEITE-GARCIA; VAN LEEUWEN, 2001, p. 375).

Logo, a SS considera os atores sociais como “ativos, contextualmente sensíveis e ideologicamente posicionados” (NATIVIDADE; PIMENTA, 2009, p. 28) que saem de uma posição apenas receptiva e tornam-se (re)produtores sociais de discursos. Dessa maneira, quem constrói um signo evidencia a representação que considera ser a mais apropriada para o que ele deseja significar. Essa construção é que diferencia a semiótica convencional da SS, por esta última considerar a análise ideológica e as relações de poder nos textos (NATIVIDADE; PIMENTA, 2009).

De acordo com Kress e Van Leeuwen (2001), o significado é construído por meio dos domínios de prática: discurso, design, produção e distribuição. Para os autores, o discurso é construído socialmente numa conjuntura social situada, enquanto o design refere-se à expressão dos discursos no contexto de uma comunicação. A produção consiste na estruturação do significado e na produção material do objeto semiótico. Já a distribuição tem relação com os meios utilizados para a divulgação da comunicação (KRESS; VAN LEEUWEN, 2001). Em suma, os autores defendem que os discursos “tomam forma com os modos semióticos expressos (*design*) que têm o potencial de significação dos discursos” (NATIVIDADE; PIMENTA, 2009, p. 55).

O *design* substitui o campo da ação social representando os interesses individuais, envolvendo as seguintes questões: Quais as formas de utilizar e para quais segmentos? (KRESS; VAN LEEUWEN, 2001, p. 63). A diagramação de layouts também reproduz um sistema de regras, produzindo significados específicos. Segundo Kress e van Leeuwen (1996), jornais, revistas, livros e cartazes publicitários envolvem hoje uma inter-relação entre texto escrito, imagens e outros elementos gráficos, que, juntos, criam design visual, o chamado “layout”. Por isso, o conceito de multimodalidade torna-se imprescindível para entender o significado

produzido por esses textos, conforme será explicitado na próxima seção (KRESS; VAN LEEUWEN 2001).

A multimodalidade é uma área do conhecimento que investiga os diversos modos semióticos (texto verbal e não verbal) e se propõe a analisar as relações de poder e ideologia, bem como suas repercussões para os interlocutores, que também são produtores de significados. Nesse sentido, a abordagem multimodal busca pesquisar os diversos modos de representação implicados na produção de um texto, levando em consideração os aspectos históricos e culturais envolvidos na produção do significado. Consideram-se as peculiaridades de cada modo semiótico, as frequências de seus usos e seus valores em contextos sociais específicos (KRESS; VAN LEEUWEN, 2001).

Segundo Kress e van Leeuwen (2006), pelo fato de vivermos em uma sociedade imagética, se faz importante o letramento visual, já que os elementos de uma figura não são produzidos e organizados de forma arbitrária. Toda figura tem seu significado, que precisa ser compreendido. Dessa maneira, Kress e van Leeuwen (2006) propõem a Gramática do Design Visual (GDV), cujos fundamentos, conceitos e categorias serão abordados a seguir.

4.4 GRAMÁTICA DO DESIGN VISUAL - GDV

A GDV foi elaborada por Kress e van Leeuwen (1996, 2006) com o objetivo de ampliar as pesquisas que se voltam para análise das imagens. Nessa teoria, as imagens, assim como a linguagem verbal, são consideradas estruturas sintáticas passíveis de serem analisadas. Sob essa perspectiva, o modo pelo qual pessoas, objetos e espaços são apresentados em determinado espaço visual deve ser considerado e analisado no processo de construção dos significados. Para isso, Kress e van Leeuwen (1996, 2006) construíram categorias específicas que possibilitam identificar tanto as mensagens veiculadas pelas imagens quanto os sentidos que potencialmente produzem.

De maneira geral, a GDV considera que, assim como o texto verbal é divulgado em função da predileção por certas palavras e maneiras de organizar as frases, a comunicação visual também é expressa por meio da seleção entre diversas cores ou diversos sistemas composicionais, que irão interferir na produção de significados (JEWITT; OYAMA, 2001). Portanto, brilho, cor, luz e demais efeitos que compõem uma imagem não são escolhidos de maneira despretensiosa, pois se constituem de modalidades que podem representar, por exemplo, o real e/ou fantasioso, a depender do objetivo final da mensagem a ser veiculada pelo produtor.

Em outras palavras, as pessoas, ao escolherem recursos semióticos que lhes estão disponíveis em um momento particular (cor, fonte, palavra, gesto, fisionomia...), estão produzindo significados (VAN LEEUWEN, 2005). Essas escolhas dos recursos semióticos podem ser influenciadas pelas estruturas sociais, ou seja, são produtos da perspectiva histórica, social e cultural, por isso interferem na maneira como os modos (a imagem, a escrita, o layout, a música, os gestos e a fala) são escolhidos e utilizados pelas pessoas para a produção de significados de convenções modais (KRESS, 2009). Nesse sentido, o produtor do signo recebe destaque na produção do significado (JEWITT, 2009).

Apesar do nome da teoria contemplar a palavra “gramática”, sua abordagem não direciona para os preceitos da gramática convencional, que abrange um conjunto de regras que devem ser obedecidas (KRESS; VAN LEEUWEN 2006). Pelo contrário, as regras que permeiam a GDV são provenientes da SS, no sentido de que se referem a estruturas composicionais produzidas socialmente e modificadas por meio da relação social (VAN LEEUWEN, 2005), ou seja, elas não são fixas, muito menos resistentes à modificação, como colocado pela semiótica tradicional.

Para estruturar a GDV, Kress e van Leeuwen voltaram-se para os conceitos hallidianos relativos à Gramática Sistêmico-Funcional (GSF), com a intenção de correlacionar as concepções teóricas das metafunções linguísticas com a análise do design visual, sem, contudo, buscar equivalências entre língua e imagem. Isso porque elas não representam as mesmas coisas; pelo contrário, cada uma delas apresenta códigos e regras específicos, que vão gerar representações de mundo diferentes.

Nesse sentido, na GDV, a metafunção ideacional, designada como a capacidade comunicativa estabelecida entre o exterior e o interior do indivíduo, passou a ser chamada de “representacional”; a interpessoal, que considera o tipo de relação entre os participantes, passou a ser denominada de “interacional”; e, por fim, a textual que se refere ao modo com que o texto se estrutura, por meio de estratégias de coerência e coesão, ficou conhecida como “composicional” (HALLIDAY, 1994; KRESS; VAN LEEUWEN, 1996).

De maneira geral, podemos definir as três metafunções da GDV: representacional – construção visual da essência dos eventos e sistema de transitividade; interacional – relação entre os participantes (aquilo que se vê e aquilo que é visto); composicional – relacionado ao valor da informação veiculada. Há também o termo “enquadre”, utilizado na metafunção composicional: diz respeito àquilo que o produtor escolhe colocar no espaço da composição da cena que pretende mostrar, bem como os efeitos que deseja produzir. É com base nesse “enquadre” que ocorre o significado (KRESS; VAN LEEUWEN 1996).

Tais alterações permitiram que essas categorias fossem utilizadas não só pela linguagem verbal, mas também por outros tipos de semiose humana, em especial, a linguagem visual. Na sequência, discutiremos essas categorias de análise que compõem a GDV, exemplificando cada uma delas.

4.4.1 Significado representacional

A metafunção representacional consiste na maneira como o mundo é recriado e figurado por meio das coisas (objetos, pessoas e paisagens), dos eventos (ações) e das circunstâncias. Como acontece com a sintaxe da palavra em que há uma ordem sequencial dos elementos-palavra, a sintaxe da imagem também requer uma ordem sequencial da relação espacial e dos elementos ali presentes. Essa ordem pode se tornar uma representação narrativa entre coisas, eventos e circunstâncias.

De acordo com Kress e van Leeuwen, a representação narrativa na imagem acontece por meio de vetores, os quais são designados como processos. Esses processos são classificados em materiais (quando os vetores indicam ação); reacionais (vetores direcionados à linha dos olhos); mentais (não há vetores, e sim outros recursos semióticos como os balões-nuvem), comportamentais (gestos e expressões indicados por linha de movimento na imagem); e existenciais e/ou verbais. Estes últimos se expressam em ação transacional (envolvem interação), não transacional (os vetores não apontam para nenhum alvo), mental, verbal ou de conversão.

Com relação aos participantes envolvidos no processo semiótico, os autores os classificam de duas formas: participantes interativos (PI) – aqueles que estão fora da composição da obra, mas que observam e/ou analisam a imagem; e os participantes representados (PR) – aqueles que atuam dentro do enquadre da imagem, portanto fazem parte da composição da obra (KRESS; VAN LEEUWEN, 2006).

Como mencionado anteriormente, no processo de análise, a metafunção representacional recorre a vetores para evidenciar as ações e as interações entre os participantes (KRESS; VAN LEEUWEN, 2006). Esses vetores podem ser apresentados por meio de setas ou por posicionamento dos personagens representados ou ainda por objetos que direcionam o olhar dos expectadores para um ponto específico da imagem. Primeiramente, os vetores evidenciam os PRs, seguidos de suas respectivas ações. Tais ações são designadas de processos narrativos de ação: transacional e não transacional. A ação transacional é dividida em unidirecional e bidirecional.

Na ação transacional unidirecional, são representados pelo menos dois participantes, em que um deles é o ator, participante que determina o movimento; e outro, o alvo — o que e a quem se dirige o objetivo. Na Figura 2, o ator é ilustrado pela mulher, e o alvo é o medicamento, ao qual se dirige o olhar da mulher.

FIGURA 2 – AÇÃO TRANSACIONAL



Fonte: Vecteezy [s.d.]

Quando um vetor de duplo sentido conecta dois participantes, temos a ação transacional bidirecional. Esses participantes podem ser, concomitantemente, ator e alvo. Nesse caso, tais participantes são tidos como interactantes, por assumirem uma duplicidade de papéis (KREES; VAN LEEUWEN, 2006). Na Figura 3, o abraço entre os profissionais de saúde representa a simultaneidade da ação, por atuarem, ao mesmo tempo, como ator e alvo.

FIGURA 3 - AÇÃO TRANSACIONAL BIDIRECIONAL

Fonte: Guerreiro (2021)

Os processos narrativos de ação não transacional ocorrem quando o vetor origina de apenas um participante, sem apontar para nenhum outro. Logo, esse participante representado será simultaneamente o ator e a meta. De forma mimética, a ação não transacional é semelhante ao verbo intransitivo na linguagem verbal (KRESS; VAN LEEUWEN, 2006). A Figura 4 ilustra esse processo.

FIGURA 4 – AÇÃO NÃO TRANSACIONAL

Fonte: Sincofarma [s.d.]

Os processos narrativos reacionais, como o próprio nome já sugere, incluem uma ação e reação. Dessa maneira, o participante reage a uma ação ou fenômeno, e o vetor forma-se pela direção do olhar do participante para o fenômeno em questão. Nos processos reacionais,

as nomenclaturas são reatores e fenômeno, em vez de atores e alvo. Sublinha-se que o reator é representado pelo personagem que lança o olhar; já o fenômeno, por todos os elementos da imagem (KRESS; VAN LEEUWEN, 2006).

Como vimos com os processos de ação, os processos reacionais são classificados em transacionais e não transacionais. Nos processos reacionais transacionais, o olhar do personagem (no caso, o reator) se direciona ao fenômeno (Figura 5).

FIGURA 5 - REACIONAL TRANSACIONAL



Fonte: Fazendo [s.d.]

Diferentemente dos reacionais transacionais, nos não transacionais, o fenômeno não está presente na imagem, logo o olhar do participante não pode ser identificado para quem ou o que se destina, pois, ele se dirige para algo fora da imagem (Figura 6) (KRESS; VAN LEEUWEN, 2006).

FIGURA 6 – REACIONAL NÃO TRANSACIONAL

Fonte: DW [s.d.]

Os processos narrativos verbais e mentais são observados com maior frequência em tirinhas. Eles são demonstrados quando o balão-nuvem de fala se liga pelos vetores aos personagens (narrativos verbais) ou pensamento (narrativos mentais). O processo narrativo verbal está representado na Figura 7 tanto nas crianças (personagens) quanto na mesa humanizada, enquanto a Figura 8 exemplifica os processos mentais.

FIGURA 7 - PROCESSO NARRATIVO VERBAL

Fonte: COMBATE [s.d.]

FIGURA 8 - PROCESSOS MENTAIS

Fonte: Vitral (2021)

Nos processos narrativos de conversão, a comunicação se apresenta de forma cíclica em que o personagem é simultaneamente ator em relação a um participante e meta em relação a outro. Nesses processos, os personagens são chamados de “retransmissores” (*relay*), pois o que é recebido por eles é também transformado (KRESS; VAN LEEUWEN, 2006, p. 68). Na Figura 9, podemos perceber uma cadeia cíclica, na qual a interação dos saberes dos profissionais de saúde de diversas áreas promove um cuidado de qualidade ao cliente.

FIGURA 9 - NARRATIVO DE CONVERSÃO

Fonte: EQUIPES (2019)

No processo narrativo geométrico, nenhum participante é representado. Há apenas um único vetor que indica para o exterior da imagem (Figura 10).

FIGURA 10 - NARRATIVO GEOMÉTRICO



Fonte: Marília (2012)

No processo classificacional, alguns personagens são apresentados desempenhando um papel de menor destaque em relação a outro. Pode-se dizer que esse processo retrata os participantes em posição hierárquica. Essa taxonomia pode ser aberta, quando o personagem em destaque é identificado na imagem e se conecta com os demais personagens; ou fechada, quando este não está visivelmente apresentado.

A seguir, a Figura 11 é um exemplo de taxonomia aberta, pois a caixa de medicamento que está sendo segurada pela mão de uma pessoa recebe destaque (superordenado) dentre as outras (subordinado).

FIGURA 11 - TAXONOMIA ABERTA



Fonte: Folhapress (2021)¹

¹ Essa tese foi construída durante a pandemia da COVID-19 e a utilização desse medicamento no tratamento desta doença foi bastante polêmica quanto a sua eficácia ou não.

Já na imagem abaixo (Figura 12), os personagens secundários são representados na mesma proporção, com dimensões parecidas obedecendo a uma composição simétrica entre os personagens secundários.

FIGURA 12 - TAXONOMIA FECHADA



Fonte: ENFERMEIROS (2016)

O processo conceitual analítico retrata os participantes na perspectiva parte-todo, englobando dois personagens distintos: um portador (todo) e propriedades possessivas (as partes). Na Figura 13, a personagem assume a função de portadora usando o jaleco e o estetoscópio, que são os atributos possessivos.

FIGURA 13 - PROCESSO CONCEITUAL ANALÍTICO



Fonte: PINTEREST [s.d.]

O processo simbólico é caracterizado pelo que o personagem é ou representa. Ele é classificado em: simbólico atributivo e simbólico sugestivo. O primeiro é caracterizado quando

um participante apresenta ou aponta elementos simbólicos que, normalmente, se sobressaem, ocupando o primeiro plano da imagem. Na Figura 14, o participante mostra o elemento simbólico — estetoscópio, um dos atributos representativos da medicina.

FIGURA 14 - PROCESSO SIMBÓLICO ATRIBUTIVO



Fonte: FREEPIK [s.d.]

Já o processo simbólico sugestivo surge quando, na imagem, aparece apenas um participante, o portador. Outra característica desse processo é o destaque para o ambiente, representado, por exemplo, por várias cores articuladas formando uma única tonalidade. Como exemplo, tem-se a Figura 15, na qual podemos observar que a imagem é constituída de uma tonalidade sutil de verde, que simboliza vitalidade à personagem.

FIGURA 15 - PROCESSO SIMBÓLICO SUGESTIVO



Fonte: UNIMED [s.d.]

4.4.2 Significado interacional

Os significados interacionais são caracterizados pela relação entre os participantes representados (PRs) (os criadores do texto imagético); e os participantes interativos (PIs) (os leitores desses discursos visuais). Essa relação é representada pelos seguintes recursos: o visual, a composição e a modalidade. Diferentemente da metafunção representativa, os significados interativos buscam demonstrar os níveis de interação entre os PRs e os PIs (KRESS; VAN LEEUWEN, 2006).

De acordo com KRESS e VAN LEEUWEN (1996), as relações podem ocorrer no nível interativo: i) relação entre PRs; ii) relação entre PRs e PIs; iii) relação entre PIs. Todas essas interações são mediadas pela imagem.

O sistema de olhar se divide em imagens de oferta e demanda. Esta última ocorre quando o PR direciona o olhar para o leitor. Ao utilizar essa estratégia, o produtor dessa imagem tem a intenção de estabelecer uma conexão direta com o espectador, simulando um diálogo visual. Nesse sentido, busca-se um tipo de interação fictícia com o espectador, de uma aproximação ou distância, por exemplo (BRITO; PIMENTA, 2009). A Figura 16 ilustra um olhar de demanda do leitor numa relação imaginária.

FIGURA 16 - INTERACIONAL DE DEMANDA



Fonte: Sintonize [s.d.]

Já na imagem de oferta, o olhar do PR não se dirige ao leitor, colocando o PI como o observador da cena descrita. Sob essa ótica, o PR é alcançado pela representação que se deseja transmitir ao leitor. Sendo assim, o PR não direciona o olhar para o espectador, como ilustra a Figura 17, referente ao cartaz sobre a violência contra a mulher.

FIGURA 17 - IMAGEM DE OFERTA



Fonte: Santana (2017)

Em relação à perspectiva, analisa-se a localização ou a angulação em que os personagens são representados — ângulo vertical ou oblíquo e/ou ângulo horizontal para representar as interações de diferentes graus de afinidade.

A publicidade do medicamento Doril (Figura 18), por exemplo, apresenta uma imagem subjetiva, uma vez que o PR é observado sob um único ângulo (frontal), indicando maior interação para demonstrar a eficácia do medicamento ao ser consumido pelo cliente.

FIGURA 18 - PERSPECTIVA SUBJETIVA

Fonte: Slogan (2018)

Já na Figura 19, pode-se notar um afastamento relativo do PR em relação ao PI, por meio do ângulo oblíquo. Na figura abaixo, o PR não se importa em criar uma interação com o espectador; pelo contrário, ele se ocupa com a atividade que está realizando.

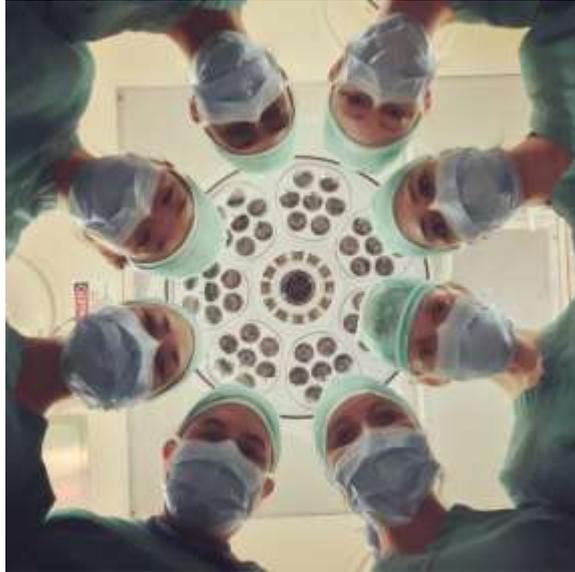
FIGURA 19 - ÂNGULO OBLÍQUO

Fonte: Salto (2019)

As figuras com ângulos baixos e altos representam o status de poder do PI em relação ao PR. A Figura 20 exemplifica uma perspectiva que sugere uma “submissão” dos PRs em

relação ao PI: em outras palavras, é como se os PRs estivessem à “disposição” do PI. Já na Figura 21, a perspectiva vertical é oposta à da Figura 20, sugerindo superioridade aos PRs em relação ao PI.

FIGURA 20 - ÂNGULO ALTO



Fonte: Luisa (2021)

FIGURA 21 - PERSPECTIVA VERTICAL



Fonte: Isac [s.d.]

Com relação às imagens objetivas, elas podem ser classificadas em representações técnicas e científicas, quando apresentam diagramas, mapas ou outros elementos que indicam uma atitude objetiva. Esses elementos são representados mediante uma direção frontal quando a intenção é sugerir o modo de funcionamento e maneira como se usa (KRESS; VAN LEEUWEN, 2006).

4.4.3 Significado composicional

Na linguagem visual, o significado composicional se dá por meio da disposição dos recursos que formam a imagem, ou melhor dizendo, da forma como são integrados os elementos inter-relacionados para criar o layout com coerência e unidade de significação. Isso ocorre mediante o valor da informação, saliência e enquadramento (KRESS; VAN LEEUWEN, 2006).

Com relação ao enquadramento, Kress e Van Leeuwen apresentam as categorias do cinema para distância e proximidade: *close up*, *medium shot* e *long shot*. Tal classificação é feita com base na proporção do corpo humano que é representada. Dessa forma, teremos o *close up* quando, na imagem, apenas o rosto e ombros do personagem (PR) são mostrados, ou quando a imagem for tão focada ao ponto de apresentar uma única parte do corpo humano (KRESS; VAN LEEUWEN, 2006). Como exemplo de um enquadramento *close up*, temos a Figura 18, em que se evidencia somente a parte superior do participante (PR).

FIGURA 22 - CLOSE UP



Fonte: Campanha (2019)

O enquadramento *medium shot* ocorre quando a imagem exibe o participante (PR) até os joelhos; e o *long shot*, quando o corpo humano PR é todo apresentado na imagem (KRESS E VAN LEEUWEN, 2006). Abaixo, as Figuras 23 e 24 exemplificam esses dois tipos de enquadramento.

FIGURA 23 - MÉDIUM SHOT

Fonte: Campanha (2019)

FIGURA 24 - LONG SHOT

Fonte: Sintomas (2020)

O enquadramento do PR na imagem define o tipo de interação entre ele e o leitor. Quanto mais distante estiver o PR da imagem (*long shot*), mais impessoal será a interação com o leitor e vice-versa (KRESS; VAN LEEUWEN, 2006).

No que tange ao processo de construção de textos multimodais coerentes, o valor da informação está atrelado às significações relacionadas aos recursos de acordo com sua localização na página. Cada posição possui um valor e pode configurar relações de polarização: esquerda ou direita, inferior ou superior, centralizado ou à margem.

Novo e dado:

Os recursos postos à esquerda da página são concebidos como “dado”: quando os

elementos apresentados já são conhecidos pelo leitor, ou seja, fazem parte do senso comum, como parte da cultura da sociedade. Já os elementos que estão localizados à direita da imagem são denominados de “novo”, que, como o próprio nome sugere, referem-se aos elementos/informações novas, questões a serem discutidas por serem consideradas como problemáticas, contestáveis.

Ideal e Real:

Os recursos colocados na parte superior da página são apresentados como parte do domínio Ideal e tendem a oferecer informações mais idealizadas, que objetivam despertar os sentimentos e a imaginação do expectador. Nesse sentido, demonstram a essência da informação, logo esses elementos são frequentemente evidenciados como a parte mais saliente em termos ideológicos. Ao contrário, os elementos pertencentes ao domínio Real, são expostos na parte inferior e tendem a ser mais práticos, objetivos, técnicos ou direcionados para a ação (KRESS; VAN LEEUWEN, 2006).

Outras significações podem ser atribuídas a esses domínios, como: valores de menor poder, bem como de caráter mais prático e realista (domínio Real); e valores mais abstratos, de efeitos mais positivos e dotados de mais poder (domínio Ideal).

Centro e margem:

A localização marginal e central é relevante para interpretação das imagens. O recurso representado no espaço central é codificado como centro da informação, e os marginais são recursos secundários, mantendo uma relação de dependência com o centro.

Em suma, o quadro abaixo exemplifica o significado composicional, de acordo com Kress e Van Leeuwen.

FIGURA 25 – AS DIMENSÕES DO ESPAÇO VISUAL



Fonte: Kress e Van Leeuwen (2006)

4.5 MODALIDADE NA COMPOSIÇÃO VISUAL

Assim como acontece nos textos verbais (p.ex., mediante adjetivos), as imagens também apresentam modalidade. Na GDV, a modalidade se refere aos recursos utilizados pelo autor para expressar sua opinião, ou seja, aos marcadores de modalidade: cor, contextualização, representação, profundidade, iluminação, brilho, entre outros. Tais marcadores refletem o posicionamento e ponto de vista do produtor da mensagem (KRESS; VAN LEEUWEN 2006).

Conforme os princípios de realidade existentes, Kress e van Leeuwen (2006) classificam os tipos de modalidade em: naturalística, sensorial, abstrata e tecnológica.

A modalidade naturalística, como o próprio nome pressupõe, é definida como a mais próxima da realidade, ou seja, o que se vê na imagem é muito próximo do real. De forma mimética, a imagem é percebida como ela se apresenta na realidade (Figura 26). Entretanto, quando as imagens são representadas com cores, iluminação e profundidade mais distantes da realidade, são classificadas como hiper-reais. Sob esse viés, tem-se a modalidade sensorial, com a representação de sentimentos e emoções (Figura 27).

FIGURA 26 – MODALIDADE NATURALÍSTICA



Fonte: 4 TIPS (2020)

FIGURA 27 - MODALIDADE NATURALÍSTICA



Fonte: Estudo (2020)

Já na modalidade abstrata (Figura 28), “as cores e a iluminação são consideradas irrelevantes” e “o individual é reduzido para o geral, e o concreto como sua qualidade essencial” (KRESS; VAN LEEUWEN, 2006, p. 165; BRITO; PIMENTA 2009, p. 104-5).

FIGURA 28 - MODALIDADE ABSTRATA

Fonte: Mello (2019)

Por fim, tem-se a modalidade tecnológica, cuja apresentação é um tipo de projeto estrutural (Figura 29), e a cor é uma modalidade secundária nesse caso.

FIGURA 29 - MODALIDADE TECNOLÓGICA

Fonte: Carlos (2020)

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente tese caracteriza-se como um tipo de pesquisa qualitativa, transdisciplinar, de cunho documental, de caráter interpretativo-explanatório e emancipatório. De acordo com Minayo (2011), a pesquisa qualitativa aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças e das percepções de cada indivíduo. Nesse sentido, a abordagem qualitativa permite captar a realidade social por situar as pessoas em seu próprio mundo por meio da fundamentação do indivíduo em sua vivência e em sua experiência. (MINAYO, 2011).

Para alcançar o objetivo de analisar as representações sociodiscursivas das campanhas sobre hanseníase produzidas e circuladas pelo Ministério da Saúde, foi analisado o texto multimodal (verbal e imagem) dos cartazes das campanhas. Como arcabouços teóricos-metodológicos, foram utilizados a Análise Crítica do Discurso, na concepção de Norman Fairclough; e os estudos de Kress e Van Leeuwen, tomando por base a Gramática do Design Visual.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

De maneira geral, as pesquisas críticas são compreendidas como aquelas que dão visibilidade ao posicionamento político acerca dos problemas sociais. Segundo Horkheimer, os pesquisadores críticos devem resgatar o passado a fim de evitar que as consequências negativas possam ser esquecidas e explicar os motivos das lutas ocorridas para a emancipação social. No âmbito da Linguística Aplicada, a pesquisa crítica é compreendida como “um tipo de empoderamento sobre alguma coisa, para algum fim ou para alguém” (SOUZA, 2012, p. 35). Nessa perspectiva, temos a ACD, que busca uma nova compreensão da realidade pautada na associação dos elementos que tramitam entre, além e através das disciplinas para apreensão da complexidade do discurso. Por isso, a ACD é considerada um campo transdisciplinar e cujo objetivo é ampliar a reflexão crítica dos falantes, oferecendo-lhes ferramentas para análise dos discursos (FAIRCLOUGH, 2012).

A analítica explanatória crítica parte da percepção de um problema social com aspectos semióticos. A partir daí, esse problema social passa a ser objeto de investigação a fim de evidenciar as os problemas enfrentados pelas pessoas em razão das formas particulares de vida social, fornecendo-lhes recursos que orientem uma possível solução (FAIRCLOUGH, 2012).

Após a definição do problema sociodiscursivo a ser pesquisado, inicia-se a descrição de elementos na prática social que se apresentam como barreiras para sua resolução.

Nesse momento, pesquisa-se a conjuntura na qual se encontra a prática particular em estudo e a análise de discurso. Vieira e Resende (2016, p. 109) explicam que

as análises da conjuntura e da prática particular garantem a contextualização da análise discursiva, ou seja, garantem que os textos analisados sejam relacionados às suas causas mais amplas e a seu contexto particular, o que está de acordo com o princípio da profundidade ontológica.

A próxima etapa é identificar se a rede de práticas consiste em um problema ou não. Para isso, é verificado se há alguma ideologia para o aspecto problemático do discurso que sustente a ordem social. Concomitantemente, identificam-se as possibilidades para superar os obstáculos. Segundo Fairclough (2012, p. 314), "esse estágio pode estar voltado a apontar contradições, lacunas, deficiências dentro dos aspectos considerados dominantes na ordem social". Por fim, deve-se realizar uma reflexão crítica sobre a análise e sua contribuição para questões de emancipação social.

5.2 COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DO CORPUS

O corpus desta pesquisa é composto por cartazes de campanhas educativas sobre a hanseníase produzidos pelo MS e disponibilizados em ambiente digital. Essa escolha se deve ao fato de o MS ser o órgão responsável pela administração e manutenção da saúde pública do país: é ele que lança e direciona as campanhas educativas do governo federal, estadual e municipal.

Os critérios para a coleta e sistematização do corpus foram: temático (hanseníase), produção (Ministério da Saúde do Brasil) e cronológico (de 1988, quando foi veiculada a primeira campanha com a nova terminologia da doença [hanseníase], a 2021, último cartaz produzido durante a realização deste estudo). Foram excluídos os cartazes que abordavam simultaneamente a hanseníase e outras doenças.

A seleção do material empírico aconteceu em etapas. Primeiramente, direcionamos nossa pesquisa no buscador Google Search por ser o mais utilizado no Brasil, por isso apostamos que os cartazes seriam localizados por ele. Ademais, o Google oferece ferramentas que possibilitam pesquisar em períodos específicos, assegurando um de nossos critérios de inclusão; e, ao retornar os resultados, otimiza entradas semelhantes, ou seja, não apresenta notícias com textos iguais aos já exibidos.

Nesse sentido, em maio de 2021, utilizando o Google Search Imagens, pesquisamos

pelo termo “campanhas hanseníase”. A pesquisa remeteu a cartazes que expressam as campanhas da doença e que foram produzidos pelo MS, pelos estados brasileiros, municípios e por organizações não governamentais (ONGs), como o MORHAN. De acordo com o nosso critério de inclusão, realizamos o filtro dessas campanhas e selecionamos apenas os cartazes produzidos pelo MS. Com o intuito de verificar a ampliação dos resultados, realizamos uma segunda pesquisa utilizando o termo “cartazes hanseníase”. Essa busca nos encontrou um número maior de cartazes para compor nossa amostra.

Alguns dos cartazes recuperados não estavam com a indicação do ano de veiculação da campanha. Para resolver essa questão, tendo em vista que era um dos nossos critérios de inclusão, optamos por pesquisar no site do MS, já que ele é o órgão responsável pela produção e veiculação dos cartazes de interesse desta investigação. No entanto, no site do MS, foi possível recuperar apenas as campanhas mais recentes, não coincidindo, portanto, com os cartazes recuperados no Google Search Imagens. Iniciamos, então, pesquisas em outros sites como MORHAN, Associação Alemã de Assistência aos Hansenianos e Tuberculosos (DAHW) e FIOCRUZ. Nesse último, encontramos um acervo de materiais educativos sobre a hanseníase, construído com base na tese de doutorado de Adriana Kelly Monteiro Santos (2009), que nos possibilitou não só identificar o ano de veiculação dos cartazes recuperados no Google Search Imagens, como também encontrar outros cartazes para compor o corpus desta pesquisa.

Ressaltamos que, em nenhuma de nossas buscas, utilizamos o termo “lepra” para a constituição do nosso material empírico, tendo em vista que nosso recorte temporal engloba apenas os cartazes com a nova terminologia da doença: “hanseníase”.

No Google Search Imagens, considerando os critérios de inclusão anteriormente apresentados, recuperamos 11 cartazes para compor o corpus da nossa pesquisa. Os demais foram excluídos por abordarem a hanseníase associada a outras doenças, como verminose e tracoma, e também pelo fato de não serem produzidos pelo MS.

A pesquisa no site do MORHAN remeteu apenas aos cartazes de campanhas produzidos por eles. No site da DAHW, não encontramos nenhum cartaz. Já no site do MS, apesar de termos recuperado os cartazes para compor nossa amostra, estes já haviam sido incluídos quando pesquisamos no Google Search Imagens. Entretanto, pelo site do MS, conseguimos identificar o ano de veiculação de alguns cartazes encontrados por meio do Google Search Imagens.

No site da FIOCRUZ, foram coletados seis cartazes que não estavam disponíveis no buscador Google Search Imagens. Os demais cartazes elegíveis para nossa amostra não foram considerados, uma vez que já haviam sido incluídos nas buscas anteriores. Porém eles nos

auxiliaram na identificação da data de veiculação de alguns textos, que, como já mencionamos, estavam sem identificação.

Para os cartazes que não mostravam a data de veiculação da campanha, foi proposta uma estratégia para solucionar essa questão. Compreendendo que a conjuntura sócio-histórica é fundamental na proposta analítica a que nos vinculamos, optamos por pesquisar o momento histórico da produção e veiculação desses cartazes considerando o slogan do governo federal presente nele. Dessa maneira, conseguimos não apenas enquadrá-los no recorte temporal desta pesquisa, mas, principalmente, identificar a conjuntura em que foram produzidos e veiculados. A dificuldade em recuperar os cartazes sobre a hanseníase e de precisar seu ano de veiculação demonstra o quanto se trata de uma doença midiaticamente negligenciada e o quão genérica é a sua forma de veiculação.

O quadro a seguir sintetiza as etapas de coleta e sistematização do corpus.

QUADRO 1 – COLETA E SISTEMATIZAÇÃO DO PROCESSO DE COMPOSIÇÃO DO CORPUS

Sites	Cartazes coletados
Google Search Imagens https://www.google.com/imghp?hl=pt-BR	11
MORHAN	0
DAHW	0
MS	0
Fiocruz	6

Fonte: Dados da pesquisa

5.3 CORPUS DA PESQUISA

Foram coletados então 17 cartazes. Para melhor visualização e compreensão do processo de análise da conjuntura, optamos por organizá-los por décadas. Ressaltamos que, nesta seção, os textos dos cartazes estão apresentados em tamanho reduzido, uma vez que, no Anexo 1, encontram-se em formato ampliado.

Década de 1980

FIGURA 30 – CARTAZ 1 CAMPANHA VEICULADA EM 1988



Fonte: Fiocruz (2009)

FIGURA 31 – CARTAZ 2



Fonte: Fiocruz (2009)

Década de 1990 e 2000

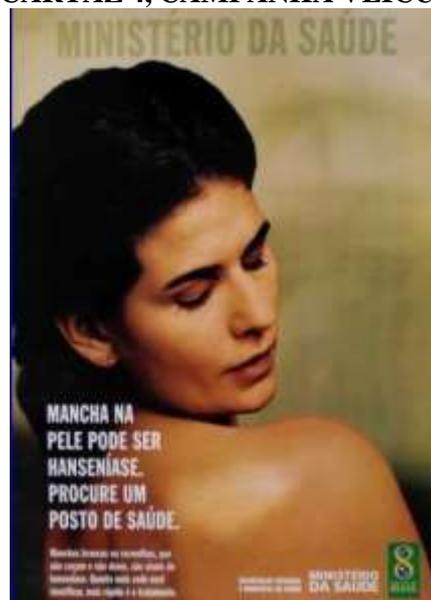
FIGURA 32 – CARTAZ 3 (PRODUZIDO NO GOVERNO DE FERNANDO HENRIQUE CARDOSO – 1995 A 2003)



Fonte: Fiocruz (2009)

Década de 2000

FIGURA 33 – CARTAZ 4, CAMPANHA VEICULADA EM 2005



Fonte: Fiocruz (2009)

FIGURA 34 – CARTAZ 5, CAMAPNHA VEICULADA EM 2005/2006



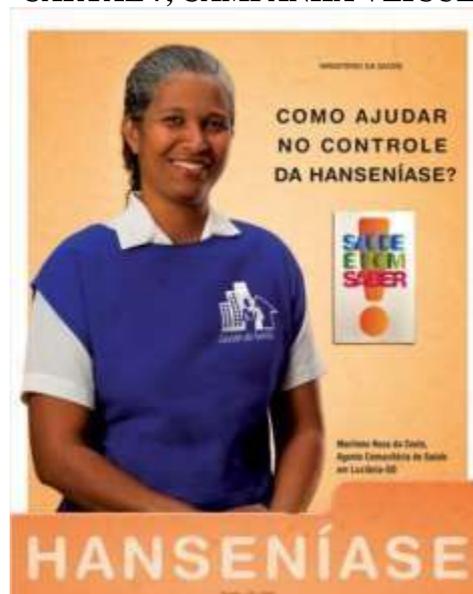
Fonte: Fiocruz (2009)

FIGURA 35 - CARTAZ 6, CAMAPNHA VEICULADA EM 2005/2006



Fonte: Fiocruz (2009)

FIGURA 36 – CARTAZ 7, CAMPANHA VEICULADA EM 2008



Fonte: Yumpu (2008)

FIGURA 37 – CARTAZ 8 (PRODUZIDO NO GOVERNO LULA, 2007 A 2010)



Fonte: Marilia Escobar (2010)

FIGURA 38 – CARTAZ 9, CAMPANHA VEICULADA EM 2008



Fonte: Hansen (2008)

FIGURA 39 – CARTAZ 10, CAMPANHA VEICULADA EM 2014



Fonte: Seepe (2014)

FIGURA 40 - CARTAZ 11, CAMPANHA VEICULADA EM 2014



Fonte: Seepe (2014)

FIGURA 41 – CARTAZ 12, CAMPANHA VEICULADA EM 2014



Fonte: Rede humanizatus (2014)

FIGURA 42 – CARTAZ 13, CAMPANHA VEICULADA EM 2015



Fonte: RFI (2015)

FIGURA 43 – CARTAZ 14, CAMPANHA VEICULADA EM 2015



Fonte: AEW (2015)

FIGURA 44 – CARTAZ 15, CAMPANHA VEICULADA EM 2016



Fonte: Ministério da Saúde (2016)

FIGURA 45 – CARTAZ 16, VEICULADAS EM 2018 A 2020



Fonte: Ministério da Saúde (2019)

FIGURA 46 – CARTAZ 17, CAMPANHA VEICULADA EM 2021



Fonte: Ministério da Saúde (2021)

No primeiro momento, verificamos as recorrências multimodais nos 17 cartazes que compõem o corpus desta pesquisa. Identificamos que o item lexical “hanseníase”, as manifestações clínicas da doença e imagens de partes desarticuladas do corpo humano são recorrentes nos textos dos cartazes. Tal observação confirmou nossa primeira tese sobre a constitutividade discursivo-ideológica dos cartazes: uso de saberes biomédicos — “sinais dermatológicos”, “sinais neurológicos”, “cura” e “tratamento” — usados para representar a hanseníase e as pessoas afetadas por ela. Aprofundaremos nessa questão na sessão dos resultados.

5.4 CATEGORIAS ANALÍTICAS

Para analisar os 17 cartazes que expressam as campanhas educativas da hanseníase produzidos pelo MS, utilizamos categorias analíticas provenientes da ACD de Norman Fairclough (1999) e da GDV de Kress e van Leeuwen (2006).

Na proposta da ACD, consideramos os significados: acional, representacional e identificacional. O significado acional considera o texto como modo de interação e ação em eventos sociais, tendo em vista que a ação pode legitimar e/ou questionar as relações sociais. Analisamos gênero do discurso e a sua organização textual. O significado representacional

evidencia a representação do mundo (físico, mental e social) nos textos. Foram selecionadas as categorias de análise: interdiscursividade, lexicção e representação dos atores sociais. Já o significado identificacional se atém às formas de identificar a si e o outro no discurso. Consideramos a avaliação e a modalidade como categorias de análise.

Com relação à GDV, aplicamos os significados representacionais (processos narrativos); interacionais (olhar) e composicionais (valor da informação e enquadramento).

Segue o quadro que sintetiza as categorias analíticas utilizadas nesta pesquisa:

QUADRO 2 – CATEGORIAS ANALÍTICAS

Suporte teórico-metodológico – ADC	Categorias de análise
Significado acional	Modo Eixos possibilidade/obrigatoriedade Orações assertivas/declarativas, comandos, pergunta/resposta, exclamações, interrogativas
Significado representacional	Escolha lexical Interdiscursividade Representação dos atores sociais (passivação e personalização)
Significado identificacional	Tema/Rema Modalidade Dado/novo
Suporte teórico-metodológico – GDV	Categorias de análise
Significado representacional	Processos narrativos
Significado interacional	Olhar, perspectiva, ponto de vista
Significado composicional	Valor da informação, enquadramento e modalidade

Fonte: Dados da pesquisa

Com base nesses procedimentos metodológicos e analíticos acima citados, as próximas seções apresentam a descrição dos resultados, análise e a discussão dos dados.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Como mencionado na Seção 5, para a análise textual dos cartazes, utilizamos as categorias analíticas do método discursivo dialético-relacional propostas por Norman Fairclough, que tem o objetivo de analisar como os discursos se articulam, se sobrepõem e se misturam na prática social à luz de uma análise de conjuntura sócio-histórica e política (FAIRCLOUGH, 2008).

Para a análise dos recursos semióticos visuais, utilizamos as categorias da Gramática do Design Visual (GDV), elaboradas por Gunther Kress e Theo van Leeuwen. Ela consiste em um instrumento de apoio para os estudos linguísticos quando os objetos de análise são textos de gêneros multimodais constituídos pelos códigos semióticos verbal e visual (KRESS; LEEUWEN, 2006).

Para iniciar nossa análise, serão apresentadas as relações entre educação em saúde e as campanhas sobre hanseníase produzidas pelo MS ao longo da história do Brasil, para compreendermos se houve uma transformação na forma como a doença é representada ou se há a manutenção e reprodução do estigma.

5.1 DA ANÁLISE DE CONJUNTURA À PRÁTICA PARTICULAR: CAMPANHAS EDUCATIVAS

A educação em saúde é definida como um conjunto de saberes e práticas, direcionadas à prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de uma estratégia de divulgação de informação científica produzida na área da saúde com o objetivo de conscientizar a população sobre os condicionantes do processo saúde-doença e, portanto, de oferecer subsídios a ela para adoção de novos hábitos e condutas em saúde (FALKENBERG et al., 2014; SALCI et al., 2013).

No Brasil, a educação em saúde tem sido implementada por meio de duas abordagens. A primeira refere-se às ações centradas nas medidas preventivas e curativas que visam à obtenção da saúde e ao enfrentamento das doenças; e a segunda prioriza as estratégias da promoção da saúde como construção social da saúde e do bem-estar. Esta última envolve toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas as pessoas que estão sob risco de adoecer. Em comum, essas abordagens buscam excluir ou minimizar a ocorrência de doenças levando em consideração os determinantes sociais em saúde (SALCI et al., 2013).

Independentemente da abordagem aplicada no processo de educação em saúde,

os profissionais de saúde devem empreender esforços no sentido de mobilizar a população assistida para assumir um estilo de vida mais saudável. Uma estratégia bastante utilizada para atingir tal objetivo são as campanhas educativas de saúde que podem ser expressas em diversos formatos, dentre eles, o cartaz, material empírico de nosso estudo (FALKENBERG et al., 2014).

O termo “campanha” teve sua origem no modelo militar, era utilizado para designar as operações militares que ocorriam em determinada área geográfica e com um objetivo específico. Esse modelo foi apropriado pela saúde pública para nomear as ações de saúde prioritárias, com objetivo e tempo determinados, em uma área geográfica específica. Dessa maneira, surgiram as campanhas sanitárias que, por meio de uma estrutura vertical e disciplinar, visavam à interrupção da transmissão de doenças epidêmicas e endêmicas e à regulação do comportamento da população, em prol de mantê-la sadia e preparada para o trabalho (FALKENBERG et al., 2014; SALCI et al., 2013).

Ao observar o histórico das campanhas educativas voltadas para a hanseníase, é possível identificar diferentes usos de gêneros discursivos, como cartões telefônicos, cartilhas, outdoors, panfletos, propagandas na televisão e cartazes. O cartaz foi o gênero discursivo escolhido como material empírico de nosso estudo devido às suas características enquanto material educativo, que legitimam e socializam informações bem como evidenciam as relações de poder de cada um dos sujeitos constituídos no processo comunicativo (SANTOS, 2009). Ao circularem a informação, os cartazes buscam estabelecer uma relação com o leitor para alcançar o objetivo de convencer, conscientizar ou sensibilizá-lo acerca de certo assunto e, dessa maneira, poder ampliar o alcance da informação desejada. Para tanto, ao produzir um cartaz, é necessário que a escolha dos modos semióticos seja coerente com os discursos (saberes) construídos, objetivo comunicativo e função social, para que se possa alcançar a finalidade comunicativa.

A primeira campanha sobre a hanseníase no Brasil foi produzida no final do ano de 1933 e início de 1934, em São Paulo. Seu objetivo era amparar o modelo vigente de atendimento às pessoas afetadas pela doença, conhecido como “modelo tripé” pelo fato de contemplar os leprosários, dispensários e preventórios, locais onde as pessoas com hanseníase eram assistidas pelos profissionais de saúde. Aos leprosários, eram destinadas as pessoas acometidas pela forma mais grave da doença e com mutilações físicas; os dispensários eram locais em que se realizavam os exames dos contatos dos doentes; já os preventórios recebiam os filhos de pacientes que nasciam nos leprosários (JOPLING, 1983).

Para conseguir alcançar o objetivo proposto, a primeira campanha sobre a hanseníase, denominada de “Campanha de Solidariedade” ou “Campanha dos Dez dias”, buscou arrecadar

fundos para construção de preventórios para os filhos dos portadores da doença, além de realizar benfeitorias nos asilos-colônia. Apesar de não ter alcançado abrangência essa campanha contou com o apoio dos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Pará, da alta sociedade, da imprensa e do governo federal (tese fiocruz) e conseguiu angariar recursos para a construção de 22 preventórios, que abrigaram 1.940 crianças; ademais, logrou benefícios para muitos asilos-colônia. Essas benfeitorias contribuíram para amenizar a culpabilidade e a rejeição de portadores deste mal (MOREIRA, 1997; SANTOS, 2009).

A partir de 1954, o Brasil iniciava o movimento de descentralização da assistência diagnóstica, a fim de que o tratamento das pessoas com hanseníase fosse feito nos ambulatórios de saúde pública. Inicialmente os doentes foram retirados dos asilos-colônia e transferidos para os dispensários e, posteriormente, para os postos de saúde. Diante dessa nova proposta de atendimento às pessoas afetadas, o modelo de campanha sobre a hanseníase começou a ser alterado. No Rio de Janeiro, foi desenvolvido um projeto-piloto que deu início à “Campanha de luta contra lepra”, coordenado pelo Serviço Nacional de Lepra. Esse projeto também contribuiu para a criação da Lei nº 3.542, que estabeleceu a elaboração da “Campanha Nacional Contra a Lepra” em todo o país (SANTOS, 2009; EIDT, 2000).

Essa campanha foi fundamental para o desmonte do “modelo tripé” de atendimento às pessoas com hanseníase ao buscar incentivar a descentralização das atividades de diagnóstico e tratamento nos ambulatórios de saúde pública. O controle da doença, de acordo com esse movimento, deveria acontecer por meio da detecção precoce e da continuidade de tratamento, evitando-se ao máximo o abandono. Além disso, buscou-se alcançar o controle dos contatos mediante a detecção precoce da doença (EIDT, 2000; SANTOS, 2009). Ademais, esse movimento permitiu incluir médicos generalistas e/ou sanitaristas no atendimento aos doentes, que, antes, estava restrito aos leprologistas (JOPLING, 1983; SANTOS, 2009; EIDT, 2000).

Contudo, as propostas de campanhas não obtiveram muito êxito devido a entraves econômicos implementados pelo governo desenvolvimentista de Juscelino Kubitschek, que se ocupava em construir uma nova capital para o país e projetava a modernização e a industrialização do Brasil com o lema “50 anos em 5”. Nesse momento em que se buscava a industrialização do país, saúde e desenvolvimento não poderiam ser considerados como processos isolados, afinal, um corpo doente, pela presença da hanseníase, poderia se tornar um corpo improdutivo por causa das mutilações físicas provocadas pela doença já em estágios avançados. Dessa forma, esse quadro envolvendo a hanseníase e outras doenças incapacitantes precisava ser revisto (EIDT, 2000; MOREIRA, 1997).

A Campanha Nacional contra a Lepra, em 1960, informou que a cura da lepra – como

era conhecida até então – estava condicionada ao tratamento à base de sulfas.

A campanha projetou a ideia de que não existia “leproso”, mas pessoas sofrendo de “lepra”, e que, com o tratamento medicamentoso, as mutilações não aconteceriam. Tais informações eram importantes para o processo de ressocialização das pessoas afetadas pela hanseníase, já que o país vivenciava uma forte pressão pelo processo de desinstitucionalização dos leprosários (JOPLING, 1983).

Seguindo as recomendações da Conferência Nacional para Avaliação da Política de Controle da Hanseníase, ocorrida em Brasília, no ano de 1975, a terminologia da doença foi alterada no Brasil de “lepra” para a “hanseníase”, proposta feita pelo leprologista Abraão Rotberg e legitimada pelo Decreto nº 76.078. Essa alteração teve como objetivo promover a reintegração social dos doentes, minimizando o estigma da doença proveniente do corpo mutilado pela lepra, representada naquele momento ainda como consequência de um castigo divino (ROTBERG, 1976).

A primeira campanha de abrangência nacional utilizando a nova terminologia da doença aconteceu em 1988, com o slogan “Hanseníase – Vamos acabar com nossa mancha no Brasil”. Essa campanha teve ampla divulgação no rádio, na televisão e por meio de materiais educativos impressos. Seu objetivo foi divulgar à população os sinais e sintomas da doença e o novo termo para se referir a ela, com o intuito de ampliar o discurso sobre hanseníase em todo o país (SANTOS, 2009).

Para essa campanha, foram produzidas três peças para TV, sendo uma delas recorrentemente lembrada pelo tipo de representação da hanseníase — uma mulher queimando a mão enquanto cozinhava. Além das peças, foi produzido um milhão de cartazes abordando sinais e sintomas da doença e 300 mil cartazes sobre estigma, que foram distribuídos nos postos de saúde (SANTOS, 2009). Esses cartazes foram produzidos e veiculados no período em que o Brasil vivenciava seu processo de redemocratização e iniciava a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A cobertura dos serviços voltados à hanseníase estava sendo ampliada por meio do tratamento com os poliquimioterápicos (PQT), ampliação do diagnóstico e treinamento dos profissionais de saúde para o atendimento das pessoas acometidas pela doença (SANTOS, 2009).

Em nossa estratégia de busca para coleta do corpus, foi possível recuperar dois cartazes produzidos nessa época, os Cartazes 1 e 2, ambos veiculados em 1988. Na época, a divulgação dessas campanhas impactou positivamente o coeficiente bruto de detecção de casos novos de hanseníase, que passou de 13,92/100 mil habitantes para 19,14/100 mil habitantes, mantendo-se estável no período entre 1991 a 1993 (MOREIRA, 1997; SANTOS, 2009). Entretanto,

a discriminação das pessoas afetadas pela doença permaneceu, como demonstram as narrativas abaixo:

Não tenho coragem de entrar numa lanchonete pra almoçar **porque um doente aqui entrou na lanchonete esses tempos e foi discriminado**” (FJ, 71 anos). (LEITE; SAMPAIO; CALDEIRA, 2015, p. 131).

[...] eu ainda sou doente de lepra. A lepra não sara, minha filha [...] **Às vezes, o sadio maltrata a gente, tem preconceito** [...] (BNT, 73 anos). (LEITE; SAMPAIO; CALDEIRA, 2015, p. 131).

Uma vez, eu conversava com uma amiga no ônibus dizendo que estava tratando de hanseníase. Expliquei que antigamente chamava ‘lepra’ e que agora ficou mais bonitinho. **A moça que estava sentada perto da gente saiu e foi sentar em outro lugar [...] Você pode trabalhar, mas não pode falar que tem a doença, porque as pessoas têm preconceito.**” (Mulher, 58 anos) (SANTOS; RIBEIRO; MONTEIRO, 2012).

Apesar de terem sido veiculados no mesmo ano, observamos uma prática sociodiscursiva divergente nesses dois cartazes, uma vez que o texto apresentado no Cartaz 2 representa as pessoas afetadas pela hanseníase de maneira diferente do Cartaz 1.

A imagem do Cartaz 2 mostra duas pessoas públicas (atores) em relação afetiva, tocando bidirecionalmente os corpos um do outro, com feições de felicidade e compartilhando olhares. Essas relações interpessoais apresentadas no Cartaz 2 foram, por muitos anos, impedidas de serem vivenciadas pelas pessoas com hanseníase. A imagem busca romper com essa construção social, ou seja, o Cartaz 2 tem por objetivo criar uma identificação com as pessoas acometidas, mostrando seus rostos e em interação social. Isso não acontece no Cartaz 1, que representa as pessoas afetadas pela hanseníase por meio de partes desarticuladas do corpo humano. Discutiremos essa representação mais adiante.

FIGURA 30 – CARTAZ 1 CAMPANHA VEICULADA EM 1988



Fonte: Fiocruz (2009)

FIGURA 31 – CARTAZ 2



Fonte: Fiocruz (2009)

Na imagem do Cartaz 2, os personagens não apresentam nenhuma manifestação clínica da hanseníase, o que pressupomos ter sido proposital, já que esse cartaz se destina à eliminação

da discriminação das pessoas acometidas pela doença, e a inserção das manifestações clínicas dela seria um gatilho para esse processo.

Nesse contexto, podemos inferir que a estratégia de escolher pessoas públicas para representar as pessoas afetadas pela hanseníase tem dois objetivos: 1) o de gerar credibilidade para a informação – pessoas acometidas que estejam em tratamento poliquimioterápico podem conviver normalmente em sociedade sem riscos de transmiti-la; e 2) transformar a “hanseníase” em uma doença crônica como outra qualquer, que pode afetar qualquer pessoa, inclusive, pessoas públicas. Ou seja, a ideia é criar uma nova representação para a doença que, por séculos, segregou e discriminou milhares de pessoas. Um novo processo de identificação estava a caminho.

Apesar de o cartaz trazer atores/figuras públicas para representarem as pessoas com hanseníase, eles não estão caracterizados com o glamour da profissão; ao contrário: vestem roupas simples, cabelos desarrumados, não estão maquiados nos rostos. Essa descaracterização talvez se justifique pelo objetivo de buscar uma aproximação com o perfil das pessoas acometidas, que, de acordo com o perfil epidemiológico da hanseníase, são indivíduos de baixo poder aquisitivo.

Em ambos os cartazes, verificamos a legitimação do saber biomédico, inclusive no Cartaz 2, que traz uma tentativa de explicar a doença pelo viés social: “**Cure-se** da discriminação”. A hegemonia do saber biomédico foi identificada em todos os textos verbais de todos os cartazes analisados neste estudo. Com relação ao texto não verbal (recursos visuais), a maioria deles reproduziu o discurso biomédico (Cartazes 1, 3, 4, 5, 12, 13, 14, 15, 16 e 17) ao apresentarem as manifestações clínicas da doença para representar a hanseníase.

A construção do discurso normativo-curativista foi bastante recorrente, como demonstram os textos abaixo:

Cartaz 11: “Fique atento aos sinais e sintomas da doença.” Cartaz 6: “Fique de olho em seu corpo.”

Cartaz 16: “Tratou. Curou.”

Apesar da importância do saber médico na (des)construção da imagem da doença, essa estratégia pode construir uma relação assimétrica entre enunciadore destinatários por utilizar termos específicos da área como “cura”, “tratamento”, “mancha”, “caroços”, “doença”. Entretanto, não podemos negar que, diante de uma doença historicamente marcada por representações sociais construídas com base em concepções bíblicas que conduziram os enfermos a uma condenação de “morte social” e geraram o estigma da doença, o discurso

médico-sanitário, de certa forma, pode ser uma estratégia interessante de buscar imprimir maior credibilidade à informação divulgada. Do discurso religioso-bíblico ao discurso médico-científico.

Por isso, precisamos analisar se esse discurso é construído para gerar uma mudança social sobre a representação da hanseníase ou se apenas está perpetuando a hegemonia do saber biomédico da cura sobre a doença. De acordo com os estudos de (SANTOS; RIBEIRO; MONTEIRO, 2012), o discurso biomédico não é suficiente para promover uma mudança social na maneira de compreender a hanseníase, principalmente no que tange à cura, como demostromam as narrativas abaixo:

Quando terminei de tomar o remédio e comecei a sentir as dores e desacreditei na cura. Você toma o remédio para ficar boa. Assim a gente acha. Igual a tuberculose. Mas a hanseníase não é assim. (Mulher 58 anos). (SANTOS; RIBEIRO; MONTEIRO, 2012, p. x).

[...] Eu tenho a impressão que é igual uma ferrugem na lata velha. Você pode limpar que ela volta. (LEITE; SAMPAIO; CALDEIRA, 2015, p. x).

[...] cê já ouviu falar em nódoa de bananeira? Não sai nunca! Nós ficamos com essa nódoa [...] pode lavar que não sai. Tendo sequela ou não [...]”. (LEITE; SAMPAIO; CALDEIRA, 2015, p. x).

As experiências de cura são representadas discursivamente de maneira negativa e metaforizadas: “igual uma ferrugem na lata velha” e “nós ficamos com essa nódoa”, porque estão focadas na relação entre corpo físico e o estigma. Nesse contexto, o discurso biomédico pode promover práticas educativas pouco reflexivas, o que limita os espaços de diálogos sobre a hanseníase (SANTOS, 2009) e, conseqüentemente, constrói representações sociais sobre a vivência da doença distantes da realidade experienciada pelas pessoas afetadas, como podemos observar nas narrativas acima.

Apesar dos avanços alcançados pelas ações das políticas públicas voltadas para a hanseníase ao longo dos anos, a doença ainda representa um sério problema de saúde pública no Brasil, tendo como principal desafio a ser enfrentado as questões sociais que a envolvem.

Nesse sentido, o discurso biomédico, atualmente, não dá conta de trabalhar um dos principais desafios da saúde pública brasileira em torno da hanseníase: o estigma (CRUZ, 2020). Por isso, se faz importante desnaturalizar os discursos hegemônicos na representação da hanseníase e das pessoas afetadas por ela, buscando afastar as novas gerações das construções ideológicas excludentes que ainda permeiam essa doença. Isso porque o discurso hegemônico

busca naturalizar e reafirmar um domínio exercido pelo poder de determinado grupo sobre os demais. Ele busca universalizar discursos particulares com o intuito de conquistar e/ou manter a dominação social (LEITE; SAMPAIO; CALDEIRA, 2015). Portanto, podemos inferir que a sustentação do discurso normativo-curativista é posta nos cartazes para orientar a naturalização da hegemonia médico-sanitária, o que mantém o respeito e o poder da classe médica e não gera uma mudança social relacionada à representação da hanseníase e das pessoas afetadas por ela.

Em todos os cartazes analisados, observamos o uso de enunciados curtos, com destaque para as construções afirmativas e imperativas (“procure saber”, “procure uma unidade”, “procure tratamento”, “cure-se”, “converse”), seguidas de pequenos textos explicativos e/ou de fotografias de lesões presentes em partes do corpo humano. Há uma ênfase na cura por meio do “tratamento”, e essa informação é importante porque, quando se enfatiza isso, informa-se que, apesar de o tratamento ser longo, ele é capaz de curar a doença e inclusive de reverter o problema do estigma.

Outro destaque dado na maioria dos cartazes (1, 2, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17) é no protagonismo da pessoa que pode estar com a doença: “quanto antes descobrir”; “procure logo”; “preste atenção”; “fique de olho em seu corpo”. Essas estratégias são características de textos de instrução, que têm como finalidade comunicativa levar o outro a fazer uma ação; e de textos de divulgação, que objetivam compartilhar informações com um público leigo:

FIGURA 41 – CARTAZ 12, CAMPANHA VEICULADA EM 2014



Fonte: Rede humanizausus (2014)

FIGURA 43 – CARTAZ 14, CAMPANHA VEICULADA EM 2015



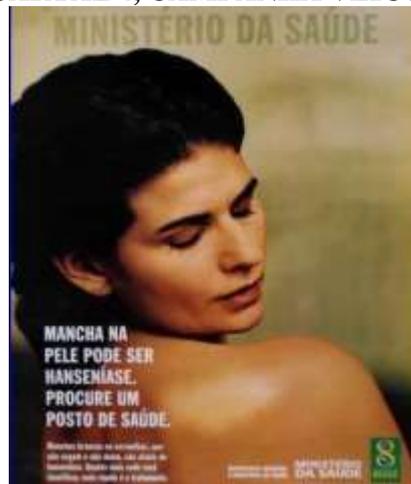
Fonte: AEW (2015)

FIGURA 44 – CARTAZ 15, CAMPANHA VEICULADA EM 2016



Fonte: Ministério da Saúde (2016).

FIGURA 33 – CARTAZ 4, CAMPANHA VEICULADA EM 2005



Fonte: Fiocruz (2009)

Os cartazes apresentam uma estrutura macrossemântica “problema/solução”, realizada

de maneira direta, porém modalizada. As ações injuntivas (“procure logo”, “quanto antes descobrir”) levam o destinatário/leitor a agir seja pela identificação da doença, por meio das imagens apresentadas, seja pela reação imediata em busca de auxílio médico, explicitando como fazê-lo. No texto verbal, as manifestações clínicas da hanseníase são remarcadas com o objetivo de instruir a população a buscar pelo diagnóstico nos serviços de saúde, caso apresentem algum dos sinais e sintomas ali mencionados.

Cartaz 3 B: “**Fique de olho** em seu corpo.”

Cartaz 8: “**Se você tiver** alguns destes sinais e sintomas, **procure logo** uma Unidade de Saúde.”

Cartaz 6 B: “**Se você tem** um desses sinais, **pode ser** hanseníase.” Cartaz 7 B: “Caroços e inchaços no corpo **podem ser** hanseníase.”

Esse discurso constrói a representação da hanseníase e das pessoas afetadas por ela com base nos aspectos biológicos e físicos relacionados ao processo de adoecimento, ou seja, as representações sociodiscursivas sobre a hanseníase mantêm-se atreladas à estética corporal (sinais, inchaços, caroços); dessa maneira, as campanhas educativas sobre a doença podem contribuir para a perpetuação do estigma ligado a ela.

Na maioria dos cartazes analisados (Cartazes 1, 3, 4, 5, 12, 13, 14, 15, 16, 17), o texto imagético representa a hanseníase e as pessoas afetadas por ela mediante partes desarticuladas do corpo humano portando os sinais visíveis da doença. Portanto, as imagens reduzem as pessoas afetadas aos aspectos físicos da doença, desconsiderando as marcas de pertencimento desses indivíduos a determinados grupos sociais. Reproduz-se o que acontecia no passado com a representação das pessoas com a doença: pessoas sem rosto, sem voz, sem gestos (sorrisos, olhar atento), apenas, marcadas pela hanseníase (CRUZ, 2020; JOPLING, 1983; MONTEIRO, 1993).

Ao manter a representação das pessoas com hanseníase de forma fragmentada, sem marcas identitárias, reduzidas às manifestações clínicas da doença, o MS reproduz o aspecto problemático do senso comum relacionado à doença — imagens terríficas dela — e, assim, contribui para a sustentação do estigma.

Para essa representação sociodiscursiva, o MS utilizou a modalidade naturalística, que confere à imagem uma maior proximidade com a realidade, buscando criar uma maior credibilidade ao discurso produzido (KRESS; VAN LEEUWEL, 2006).

FIGURA 30 – CARTAZ 1 CAMPANHA VEICULADA EM 1988



Fonte: Fiocruz (2009)

FIGURA 42 – CARTAZ 13, CAMPANHA VEICULADA EM 2015



Fonte: RFI (2015)

FIGURA 43 – CARTAZ 14, CAMPANHA VEICULADA EM 2015



Fonte: AEW (2015)

Ao analisarmos multimodalmente esses cartazes (1, 13 e 14), podemos refletir sobre duas questões: o texto imagético está em consonância com o texto verbal, já que estão sendo divulgadas informações sobre as manifestações clínicas da hanseníase. Porém, o texto

imagético não produz um discurso voltado para uma mudança social no que tange à ressocialização das pessoas afetadas pela hanseníase, uma vez que reforça o estigma da doença, reduzindo as pessoas às marcas deixadas por ela.

Nos cartazes 12, 15 e 16, inclusive, há uma representação contraditória das pessoas acometidas pela hanseníase e da doença em si no discurso imagético. Neles, há imagens de corpos “sadios” contrapondo-se a partes desarticuladas do corpo humano onde há manifestações clínicas da doença.

FIGURA 41 – CARTAZ 12, CAMPANHA VEICULADA EM 2014



Fonte: Rede humanizausus (2014)

FIGURA 44 – CARTAZ 15, CAMPANHA VEICULADA EM 2016



Fonte: Ministério da Saúde (2016)

FIGURA 45 – CARTAZ 16, VEICULADAS EM 2018 A 2020



Fonte: Ministério da Saúde (2019)

A contraposição entre as imagens produzidas nos cartazes — foto de pessoas “sadias” vivenciando relações de afeto posta ao lado das imagens desarticuladas de partes do corpo humano com manifestações físicas da hanseníase – reforça as representações sociodiscursivas do passado que reduziam as pessoas com a doença apenas aos aspectos físicos, desconsiderando suas marcas de pertencimento a determinados grupos sociais. O que importava nessas pessoas eram apenas as marcas apresentadas no corpo, pois eram estas que permitiam identificar e isolar os doentes, com a justificativa de proteger as pessoas “sadias” (SILVA *et al*, 2020).

Ademais, esse discurso imagético reforça que somente as pessoas “sadias” podem vivenciar as relações de afeto e de proximidade social, sendo privadas dessas relações as pessoas com hanseníase — aquelas que apresentam em seu corpo as marcas da doença. Então, os corpos dos participantes representados nas fotos (a princípio, com hanseníase, mas sem os sinais da doença) se relacionam afetivamente de maneira alegre, mas os fragmentos de corpos, com as marcas da doença, são metonimicamente representados de forma que haja uma fragmentação entre o corpo do ser humano e a doença. Trata-se de uma operação ideológica não só de fragmentação, mas também de dissimulação por deslocamento e eufemismo.

Observamos nessa prática sociodiscursiva aquilo que as práticas sociais colocam como “normal/padrão”, por isso essa representação das pessoas afetadas pela hanseníase podem ativar crenças estigmatizantes associadas à lepra, que ficaram arraigadas no imaginário social, gerando repercussões psicossociais negativas nas pessoas acometidas pela doença, provenientes da ideia de mutilação, segregação, punição e desonra (PALMEIRA; QUEIROZ; FERREIRA, 2013; COSTA, 2020; NEIVA; GRISOTTI, 2019; LEITE; SAMPAIO; CALDEIRA, 2015). Isso porque os cartazes retratam os corpos das pessoas acometidas pela doença reforçando crenças, ideologias e preconceitos sobre esses corpos, de modo que descartam aqueles não legitimados

pelos estereótipos que mais se aproximam dos corpos-padrão (sem deformidades, sem manchas, caroços).

É possível que as imagens de corpos “sadios” tenham sido usadas para restituir a autoestima das pessoas afetadas pela hanseníase e promover um deslocamento no imaginário social das imagens terrificantes da lepra — uma doença que mutila as pessoas (NEIVA; GRISOTTI, 2019). Entretanto, tal estratégia pode provocar um efeito inverso, uma vez que as diferenças entre as imagens apresentadas nos cartazes e as experiências individuais relacionadas à doença (mudanças físicas, psicológicas e sociais decorrentes da hanseníase) impedem justamente uma “vida normal”, principalmente no que tange ao convívio social (VAN'T NOORDENDE et. al., 2021; SINGH; SINGH; MAHATO, 2019). Isso porque vivenciar a hanseníase ainda está atrelado ao medo, vergonha, baixa autoestima e redução da qualidade de vida (LEITE; SAMPAIO; CALDEIRA, 2015) como podemos observar nas narrativas abaixo, retiradas do estudo de (SANTOS, 2009; LEITE; SAMPAIO; CALDEIRA, 2015).

Eu se tivesse perna [...] **Não tenho coragem de entrar numa lanchonete pra almoçar** porque um doente aqui entrou na lanchonete esses tempos e foi discriminado. (FJ, 71 anos). (LEITE; SAMPAIO; CALDEIRA, 2015, p. 131).

Eu não sou como um sadio [...] Eu não tenho sensibilidade, não tenho mão boa, não tenho pé bom, não tenho sobrancelha [...] Eu não transmito mais a doença, mas continuo sendo a mesma coisa [...] continuo sendo hanseniano [...] Eu sou doente e cê é sadia porque não tem a hanseníase. (FJ, 71 anos). (LEITE; SAMPAIO; CALDEIRA, 2015, p. 130).

[...] O homem tem que sair para trabalhar [se fica doente]... tem que parar de trabalhar. (Homem, 56 anos). (SANTOS, 2009, p. 84).

Hoje tenta-se velar aquilo que se anuncia. Na Idade Medieval, os rostos desconfigurados pela doença eram escondidos por trás de um véu, e um sino alertava da chegada do enfermo⁽²⁴⁾. Não há mais véu ocultando as marcas da doença, e sim imagens dessas marcas fora da constituição dos corpos, contrapondo-se com a representação de destaque de corpos “perfeitos” que contradizem a experiência e a vivência de quem tem a doença (LEITE; SAMPAIO; CALDEIRA, 2015).

Como consequência, muitas pessoas acometidas pela hanseníase optam por esconder as marcas da doença com roupas longas, a fim de evitar vivenciarem situações estigmatizantes (NEIVA; GRISOTTI, 2019).

Como acontecia no passado com as pessoas identificadas com a doença, a narrativa abaixo, retirada do estudo de Neiva e Grisotti (2019), demonstra esse receio das pessoas

afetadas pela hanseníase de serem identificadas:

Quando eu estou na igreja, eu sou ministra da eucaristia. Eu entrego a hóstia, tem muitos anos que eu faço isso. Aí, eu entregava as **hóstias e ia sempre com blusa comprida. Eu tinha medo que a pessoa visse e não quisesse mais receber a comunhão. Tava muito feio [...]** as pessoas iam evitar receber a comunhão de mim, se ficassem sabendo de algo (Maria). (NEIVA; GRISOTTI, 2019, p. 20).

Entretanto, ao tentarem esconder os sinais e sintomas da hanseníase, essas pessoas podem buscar tardiamente pelo diagnóstico e, conseqüentemente, retardar o início do tratamento, situação que favore o surgimento das incapacidades físicas (SINGH; SINGH; MAHATO, 2019) e o prolongamento da cadeia de transmissão. Dessa maneira, elas contribuem para a manutenção da endemicidade da hanseníase no Brasil e perpetuação do estigma que é desencadeado pelos aspectos físicos associados às manifestações físicas da doença (VAN'T NOORDENDE et al., 2021).

O estigma da hanseníase, que se manifesta em atitudes de preconceito, afastamento e até violência psicológica e física, gerados pelo medo da doença, de seu contágio e das deformações decorrentes (GOFFMAN, 1980; JUNG; YANG, 2020), reforça que os desafios atuais relacionados à hanseníase ultrapassam os aspectos biológicos, evidenciando que os aspectos psicossociais reúnem mais valores do que a própria sintomatologia da doença (VAN'T NOORDENDE et al., 2021).

Nem mesmo a instituição do tratamento que permite controlar os efeitos do bacilo no organismo humano, possibilitando a cura, nem a alteração da nomenclatura da doença de “lepra” para “hanseníase”, instituída no Brasil em 1975, e ratificada em 29 de março de 1995, mediante a Lei Federal nº 9.010, foram suficientes para minimizar tal estigma (SILVA et al., 2019).

Ao representar a hanseníase e as pessoas afetadas por ela por meio de partes desarticuladas do corpo, o MS fortalece o paradigma cartesiano mecanicista dos séculos XVI e XVII, que influenciou o saber biomédico. Nessa concepção, o corpo do homem é visto como uma máquina; o médico, como mecânico; e a doença, o defeito da máquina (CRUZ, 2011; DONATELLI, 2003). Para que uma máquina funcione adequadamente, é necessário o bom funcionamento de cada peça que a compõe. Por isso, no paradigma cartesiano, as partes passam a ser mais importantes que o todo (DONATELLI, 2003; BARBOSA, 1995).

O saber biomédico focalizou cada vez mais essa concepção reducionista e fragmentária do modelo cartesiano para explicar a doença e, por isso, passou a tratar o corpo em partes,

reduzindo seu funcionamento ao de uma máquina (CRUZ, 2011). Talvez a escolha por essa prática sociodiscursiva nos cartazes justifique-se pela tentativa de romper com a concepção teológica que guiou por muitos anos o controle da hanseníase, representando-a como um castigo divino para quem desobedecia às normas do bom costume impostas pela Igreja. Portanto, podem acreditar que imprimir uma visão mais científica à doença seja o caminho para se criar uma nova representação para ela, além de manter a hegemonia do saber médico no controle de doenças.

Todavia, desde o século XX, esse modelo biomédico vem sendo questionado por não considerar a relação entre os aspectos psicossociais e a doença. Dessa maneira, emergiu a necessidade de um olhar para o homem como um todo (DONATELLI, 2003; BARBOSA, 1995).

No tocante à hanseníase, não é diferente. É necessário considerar os determinantes sociais de saúde que estão imbricados no processo de adoecimento, além dos aspectos psicossociais advindos com o diagnóstico da doença. Tal situação implica muitas vezes o afastamento do trabalho, do convívio familiar e social por receio do estigma e, também, em razão dos desafios impostos pelo tratamento, que é longo e, muitas vezes, gera efeitos colaterais e abandono precoce.

Entretanto, as práticas sociodiscursivas identificadas nos cartazes velam tais desafios enfrentados pelas pessoas afetadas pela hanseníase e divulgam uma vivência muitas vezes distante da maioria delas, como acontece nos Cartazes 12, 15 e 16. As imagens representam as pessoas acometidas em relação afetiva, tocando bidirecionalmente os corpos um do outro, com feições de felicidade, compartilhando olhares, beijos e abraços e sem alusão às possíveis marcas da doença, como apontamos no Cartaz 2.

FIGURA 41 – CARTAZ 12, CAMPANHA VEICULADA EM 2014



Fonte: Rede humanizausus (2014)

FIGURA 44 – CARTAZ 15, CAMPANHA VEICULADA EM 2016



Fonte: Ministério da Saúde (2016)

FIGURA 45 – CARTAZ 16, VEICULADAS EM 2018 A 2020



Fonte: Ministério da Saúde (2019)

Para convencer a nós, leitores, dessa representação, utilizou-se a modalidade

naturalística e o enquadramento das imagens no formato *medium shot*, que apesar de não ser o formato que aproxima mais o PR do leitor, ainda assim, gera certa cumplicidade de emoções e sentimentos. Nos Cartazes 12 e 15, pelo sistema de olhar, os PRs demandam/buscam estabelecer uma interação direta com o leitor para criar uma aproximação com ele, levando-o não só a se identificar com a situação (caso seja afetado pela doença), mas também a compreender que uma pessoa com hanseníase, quando tratada, pode se relacionar com o outro. Podemos observar, também, que os personagens dos cartazes acima apresentam dimensões identitárias distintas, ou seja, os corpos dos PRs são interseccionalizados diferentemente. Esses personagens têm rosto, voz e gestos (sorrisos, olhar atento), diferentemente das imagens de partes desarticuladas do corpo humano que discutimos acima. Pode-se dizer que essa prática sociodiscursiva “banaliza” a hanseníase no sentido de que ela pode afetar qualquer pessoa e que ela não impede as relações afetivas, como era posto no passado da doença. Entretanto, mais uma vez, essa representação se distancia da realidade da hanseníase, já que seu perfil epidemiológico demonstra que as pessoas mais vulneráveis a ela são aquelas com menor poder aquisitivo, baixa escolaridade, habitante de casa superlotada e de cor preta/parda (BRASIL, 2021). Ela pode ser, então, uma doença marcada pelas histórias intergeracionais de desigualdades relacionadas à etnia, raça, geopolítica, capital intelectual e classe social; e agravada em tempos de crise sanitária e econômica.

Com relação à construção do espaço composicional (no modo “dado/esquerda” e “novo/direita”) desses cartazes (2, 12, 15 e 16) apenas os Cartazes 2 e 12 produzem potencialmente a significação de que as pessoas afetadas pela hanseníase se tocando, se olhando, se abraçando e se beijando são uma novidade e que a doença não impede relações de afeto. Entretanto, nos Cartazes 3 e 4, esses laços afetivos são representados como “dado”, e as manifestações clínicas da doença, apresentadas como “novo”. Os demais colocam como novidade os sinais e sintomas da hanseníase.

FIGURA 45 – CARTAZ 16, VEICULADAS EM 2018 A 2020



Fonte: Ministério da Saúde (2019)

Verificamos que, em todos os cartazes analisados, nos textos verbais, a hanseníase é representada com base nos aspectos físicos, principalmente por meio das manifestações dermatológicas da doença. Em termos verbais, a doença é representada como: mancha na pele; mancha com diminuição da sensibilidade; caroços e inchaços no corpo, mancha esbranquiçada. Em 1991, foi firmado o compromisso político de eliminação da hanseníase até o ano de 2000 nos países endêmicos. Esse acordo foi proposto na 44ª Assembleia Mundial de Saúde em Genebra, onde estiveram presentes os Estados Membros da OMS, dos quais o Brasil faz parte.

O objetivo proposto foi de que os países endêmicos alcançassem um registro inferior a 1 caso para 10 mil habitantes até o ano de 2000. Imbuído desse objetivo, o Brasil lançou o Plano de Eliminação (PEL), com vigência no período de 1995 a 2000, tendo por meta “a detecção de casos intensiva, a vigilância epidemiológica, atenção às incapacidades físicas e ao tratamento com PQT” (MOREIRA, 1997, SANTOS, 2009).

Somente um cartaz desse período foi recuperado em nossa pesquisa (Cartaz 3). Nele, é possível identificar os objetivos propostos no PEL pelo fato de divulgar as manifestações clínicas, informações sobre diagnóstico clínico, classificação da doença, reações, tratamento e acompanhamento do paciente.

FIGURA 47 – CARTAZ 3 (PRODUZIDO NO GOVERNO DE FERNANDO HENRIQUE CARDOSO – 1995 A 2003)



Fonte: Fiocruz (2009)

Apesar de o Cartaz 3 destacar o enunciado “Vamos acabar com o preconceito”, no desenvolvimento do texto não há nenhuma referência sobre tal questão, pois apenas descrevem-se os procedimentos técnicos assistencialistas, que são direcionados, inclusive, aos profissionais de saúde, mais precisamente aos profissionais médicos, reforçando a segunda parte do texto: “e eliminar essa doença”.

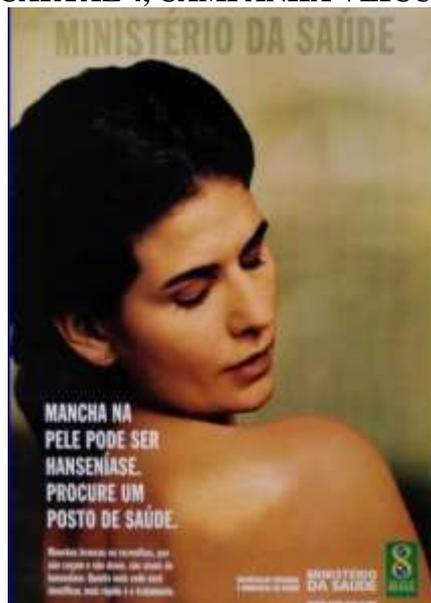
Quanto às questões técnico-assistenciais, o impacto da campanha educativa foi positivo: houve uma redução do coeficiente de detecção bruto da hanseníase, que passou de 18,8/100 mil habitantes (1993-1995) para 21,09/100 mil habitantes (1997). Ademais, foi possível treinar 569 profissionais de saúde, inserir 70 unidades de saúde para realização do diagnóstico, distribuir 600 mil folhetos e 2.500 cartazes, além de 100 inserções na televisão (MOREIRA, 1997; SANTOS, 2009).

Em 1999, foi proposta a Aliança Global para alcançar as metas de eliminação da hanseníase, então previstas para 2005. Essa proposta foi realizada durante a Terceira Conferência Internacional pela Eliminação da Lepra, que aconteceu em Abijan, na Costa do Marfim. Nesse projeto político, o objetivo foi aumentar a detecção e a cura de casos. Para isso, buscaram fortalecer as atividades de diagnóstico e tratamento da hanseníase além das ações de Informação, Educação e Comunicação (IEC), por meio da produção de materiais educativos voltados para a capacitação de profissionais de saúde e para a alteração da imagem da doença, propondo sua representação positiva para com a população (SANTOS, 2009).

Nesse sentido, buscando intensificar as ações de eliminação da doença, o MS criou, em

2001, o Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose. Esse plano previa a aliança entre estados e municípios para eliminação da doença, divulgação de campanhas educativas, mobilização social para detecção de casos novos e capacitação dos profissionais de saúde. Para isso, estados e municípios receberam recursos financeiros mediante assinatura de um Termo de Adesão, em que se comprometiam a utilizá-los para as medidas de controle da doença (BRASIL, 2001). Em 2004, esse plano foi redefinido pelo MS e substituído, assim, pelo Plano de Eliminação da Hanseníase 2004-2005, que propunha a intensificação da Estratégia Saúde da Família e do programa de agentes comunitários de saúde, para melhorar a acessibilidade, a integralidade e a universalidade das ações voltadas a essa doença (BRASIL, 2006). Dentre as ações implementadas, estavam as campanhas educativas, que, na época, foram amplamente divulgadas nas mídias — rádio, televisão e imprensa (SANTOS, 2009). Em nossa pesquisa, recuperamos um deles, o Cartaz 4:

FIGURA 48 – CARTAZ 4, CAMPANHA VEICULADA EM 2005



Fonte: Fiocruz (2009)

Nesse cartaz, é possível identificar novamente o discursivo médico-normativo (“Mancha na pele”; “**Procure** um posto de saúde”), articulado ao aconselhamento instrutivo, em tom atenuador (“**pode ser** hanseníase”). O processo relacional “pode ser” atribui uma possibilidade de a mancha da pele ser identificada como hanseníase: “Mancha na pele **pode ser** hanseníase”. Esse processo relacional também foi observado em outros dois cartazes (13 e 14), veiculados no ano de 2015.

FIGURA 42 – CARTAZ 13, CAMPANHA VEICULADA EM 2015



Fonte: RFI (2015)

FIGURA 43 – CARTAZ 14, CAMPANHA VEICULADA EM 2015



Fonte: AEW (2015)

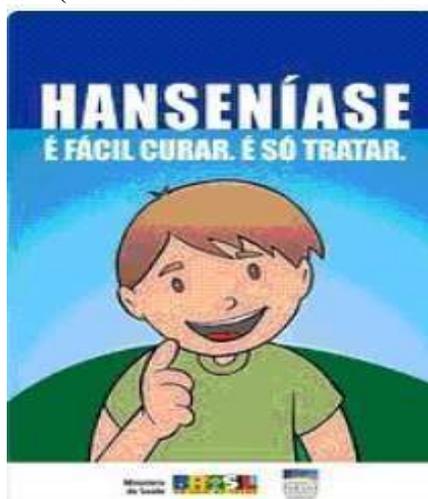
No Cartaz 13, verificamos que a hanseníase é representada de maneira diferente em relação aos Cartazes 4 e 14. Naquele, ela é representada em tom fatalista “doença séria”, o que não acontece nos outros dois cartazes. Ao analisarmos multimodalmente o Cartaz 13, verificou-se uma incoerência entre o texto verbal e o imagético. A imagem da mancha nas costas do PR não aparenta ser uma manifestação clínica de uma “doença séria” como é construído no texto. Outra questão que nos chama atenção é que, se analisarmos isoladamente a imagem, ela pode representar outra doença como micose, câncer de pele. Dificilmente as pessoas fariam associação com a hanseníase; o que produz esse sentido é a informação na parte de baixo do cartaz, que se refere à campanha: “Campanha de combate à hanseníase”.

O mesmo acontece com o Cartaz 4, como se aponta no estudo de Kelly Santos (SANTOS, 2009). A pesquisadora, ao questionar as pessoas que aguardavam por consulta clínica em posto de saúde, sobre esse cartaz, verificou que elas não associavam a imagem à hanseníase (SANTOS, 2009). Alguns dos entrevistados disseram que se tratava de uma propaganda de sabonete; outros associaram-na a uma doença específica do público feminino; e havia aqueles que consideraram tratar-se de uma “nova doença” parecida com o câncer. Nesse

estudo, também foi mostrado que as informações sobre a doença exibidas no Cartaz 4 eram insuficientes e que a mancha apresentada diferia daquela ocasionada pela hanseníase (SANTOS, 2009).

Em 2006, o MS criou o Pacto pela Saúde com o objetivo de assegurar o compromisso dos gestores de saúde em alcançar as metas pactuadas. Nessa proposta, a hanseníase entrou como uma das linhas de cuidado prioritário, obtendo mais recursos financeiros a serem direcionados às ações de controle da doença. Sua inclusão nesse pacto foi possível devido à alta endemicidade da doença em menores de 15 anos, o que evidencia focos ativos de transmissão que devem ser controlados pelos serviços de vigilância epidemiológica (SANTOS, 2009).

Diante desse cenário epidemiológico da hanseníase, podemos inferir que a diagramação infantil do cartaz veiculado em 2008 (Cartaz 8) foi escolhida com a finalidade de alertar a população sobre a vulnerabilidade das crianças à doença. Usaram um desenho de uma criança em um enquadramento *medium shot*, que gera um distanciamento entre o PR personagem e os leitores, ao mesmo tempo que a ação desencadeada por ele demanda uma ação do leitor, seja pelo olhar, seja pelo vetor dos dedos apontando para o título e para a boca da criança. É como se a criança falasse: “Ei, você aí... é com você mesmo que estou falando.” Não há evidências de manifestações clínicas da hanseníase na criança, entretanto identificamos algumas dimensões identitárias: pele clara, cabelo ruivo e liso e traços finos. Tal representação difere do perfil epidemiológico das pessoas mais afetadas pela doença. Outra questão é que o texto verbal preserva e mantém o discurso biomédico por meio das palavras “curar” e “tratar”. No entanto, chama atenção a construção das duas orações relacionais que portam dois atributos positivos sobre a doença: “**fácil** curar” e “**só** tratar”, com ações materiais. A pergunta a se fazer é: O que fazer para eliminar a doença? O argumento está no encadeamento das ações materiais “curar” e “tratar” e na relação entre os itens lexicais “fácil” e “só”, em que o advérbio (só) orienta o leitor para a conclusão positiva.

FIGURA 37 – CARTAZ 8 (PRODUZIDO NO GOVERNO LULA, 2007 A 2010)

Fonte: Marília Escobar (2010)

Em 2007, Gerson Oliveira Pena, então Secretário de Vigilância em Saúde (SVS) do MS, juntamente com a coordenação da área técnica de hanseníase, seguindo as orientações da OMS, alterou o indicador de monitoramento da endemia utilizado até o momento na meta de eliminação da doença. O indicador de prevalência de período foi substituído pelo indicador de detecção de casos novos, devido à magnitude de casos em menores de 15 anos (SANTOS, 2009; BRASIL, 2008).

Outras mudanças aconteceram nesse período, como a designação da área técnica da hanseníase para o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), que ficou responsável pelos componentes técnicos de vigilância epidemiológica, gestão, atenção integral, comunicação e educação e pesquisa.

No período de 2006 a 2010, entrou em vigor o Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH), criado pelo então Secretário de Vigilância em Saúde, Jarbas Barbosa Júnior. Esse plano tinha como objetivo direcionar as ações de educação em saúde voltadas para o paciente, família e comunidade, fomentando a detecção precoce por meio de exame de contatos nos diferentes níveis de atenção à saúde. Nossa pesquisa coletou cinco cartazes (Cartazes 5, 6, 7, 8 e 9) veiculados nesse período.

O Cartaz 5 difere dos demais cartazes do período por ter como público-alvo os profissionais de saúde. Ele apresenta informações técnico-assistenciais relacionadas a sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento, reações hansênicas e vigilância epidemiológica. O texto constitui o discurso médico prescritivo: “a classificação operacional do caso de hanseníase é baseada em número de lesões”; “o tratamento é ambulatorial, utilizando os esquemas terapêuticos padronizados de acordo com a classificação operacional”; “rifampicina: uma dose mensal de 450 mg [...]”; “dapsona: uma dose mensal de 100 mg [...]”.

FIGURA 34 – CARTAZ 5, CAMPANHA VEICULADA EM 2005/2006



Fonte: Fiocruz (2009)

Ao analisarmos o texto verbal presente na camisa do PR, verificamos uma ambivalência da palavra “toque”. No contexto em questão, ele pode se remeter tanto à dica/conselho, uma orientação, como também pode estar sendo usado metaforicamente para sinalizar o contato físico com as pessoas afetadas pela hanseníase, já que, agora, ela tem cura. A palavra “toque” faz alusão ainda a um dos procedimentos diagnósticos, que é o exame físico da pele de pessoas com suspeitas de estarem com a doença, para verificar possível perda de sensibilidade.

A mesma camisa e o mesmo texto verbal foram utilizados no Cartaz 8, entretanto o PR que o porta é diferente: uma mulher branca (já no Cartaz 5, um homem negro). Outra diferença entre esses dois cartazes consiste no público-alvo.

FIGURA 49 – CARTAZ 9, CAMPANHA VEICULADA EM 2008



Fonte: Hansen (2008)

O PR que veste a camisa no Cartaz 5 possivelmente representa as pessoas com hanseníase, conforme já apresentado neste texto. Chama atenção a escolha de um corpo negro

com os traços faciais mais finos e com um tom de pele menos retinto, características físicas mais próximas do tipo branco-europeu. Com relação ao enquadramento dos PRs nos Cartazes 5 e 9, algumas observações são importantes: um braço não é apresentado e o outro, aparece apenas pela metade, ficando o restante atrás do corpo. Podemos inferir que essa representação faz referência ao comportamento das pessoas afetadas pela hanseníase de buscarem velar as manifestações clínicas da doença, principalmente quando se trata das incapacidades físicas provocadas por esta, como já discutimos anteriormente.

Com relação à construção do espaço composicional no modo “dado/esquerda” e “novo/direita”, o Cartaz 9, no dado, produz potencialmente a significação de que se podem identificar os principais sintomas e sinais; já no espaço da novidade, a PR mulher traz a informação de que existe a cura. Talvez a novidade seja a implicação semântica de posse (tem) entre “hanseníase” (palavra em cor amarela com fonte maior que as outras) e a cura.

A informação de que a hanseníase tem cura apareceu na estrutura temática da maioria dos títulos analisados, já que, dentro dos objetivos das campanhas educativas sobre a doença, encontra-se a tentativa de se criar uma nova representação para ela. Nesse sentido, é necessário divulgar a nova terminologia e o fato de que a doença não se trata mais de um “castigo divino”, e sim de uma doença infectocontagiosa que possui tratamento e cura (SANTOS, 2009). A nova terminologia da doença busca imprimir uma conotação mais “científica” e traz consigo todo o poder da cultura estrangeira contida no radical “Hansen”, legitimando o saber biomédico (SANTOS, 2009), uma vez que, segundo Bakhtin, “toda palavra está carregada de um conteúdo ou de um sentido ideológico...” (BAKHTIN, 2006).

Nesse contexto, ao analisarmos a estrutura temática dos títulos dos cartazes que compõem nossa amostra, verificamos que dez títulos buscam atrair a atenção do leitor para a nova terminologia da doença, apresentando a hanseníase como tema (Cartazes 1, 2, 3, 9, 10, 11, 12, 15, 16 e 17).

Cartaz 1 – “**Hanseníase** tem cura.”

Cartaz 9 – “**HANSENÍASE** É fácil curar. É só tratar.”

Cartaz 15 – “**HANSENÍASE** Quanto antes você descobrir, mais cedo você vai se curar.”

Colocar em proeminência o item lexical “hanseníase” em posição temática, no espaço da informação já conhecida, orienta o leitor a associar a doença com essa terminologia e não com a palavra “lepra”. E associar a doença com a terminologia implica saber que ela tem cura e tratamento. Entretanto, em alguns estudos, pode-se constatar que a população em geral não relaciona a doença à nova terminologia, como demonstram as narrativas abaixo:

[hanseníase] É um nome novo que ninguém tem o entendimento. Quem sabe mais são as pessoas que fazem o tratamento. Quem faz o tratamento tem certeza que a hanseníase é lepra e procura acreditar na hanseníase e deixar a lepra de lado para não ficar triste." (Homem, 58 anos) (SANTOS; RIBEIRO; MONTEIRO, 2012, p. 89).

O nome mudou só no papel, mas não adianta, porque você fala assim, "Aquele ali tem hanseníase", mas a outra pessoa que não sabe pergunta: "Quê que é isso?" Então cê tem que dizer que é "lepra", aí ela entende [...] (CAA, 75 anos) (LEITE, SAMPAIO, CALDEIRA, 2015, p. 132).

No estudo de Kelly Santos, porém, apresentam-se relatos positivos sobre a alteração da nomenclatura.

c é uma coisa muito agressiva. Agora se você **associar a lepra à hanseníase, contando um pouco da história, aí a coisa muda de figura.** (Mulher, 44 anos) (SANTOS; RIBEIRO; MONTEIRO, 2012, p. 215).

Eu também acho. Só que agora foi o que eu falei, ficou mais bonito (refere-se à hanseníase). (Mulher, 58 anos) (SANTOS; RIBEIRO; MONTEIRO, 2012, p. 215).

É um **feio arrumadinho**. Porque o nome lepra é um nome feio gente! É horrroso! (Mulher, 44 anos) (SANTOS; RIBEIRO; MONTEIRO, 2012, p. 215).

Podemos observar que "há tantas significações possíveis quanto contextos possíveis" e que a significação da palavra depende do contexto, ou seja, de quem a experiencia e vivencia (BAKHTIN, 2006, p. 109). A necessidade de tornar a hanseníase um tipo de doença crônica como outra qualquer talvez justifique a estratégia de construção temática desses cartazes. Isso porque, na década de 1970, quando a proposta de uma nova terminologia iniciou, o campo assistencial vivenciava o processo de desinstitucionalização dos leprosários, as alterações no processo terapêutico da doença e a organização dos serviços de saúde para assistirem as pessoas afetadas pela hanseníase em nível ambulatorial e de forma regionalizada. Era necessário, portanto, preparar a sociedade para receber essas pessoas. Para isso, construir uma "nova doença" foi o caminho encontrado pelas autoridades da época e ratificado pelos governos subsequentes (JOPLING, 1983).

Retornando ao período de 2006-2010, dentre as ações promovidas pelo componente "comunicação", estão: capacitação dos profissionais de saúde quanto à prevenção das incapacidades físicas e processo de reabilitação; produção de materiais educativos voltados para

profissionais de saúde; pessoas acometidas pela hanseníase e população em geral; e ampla divulgação da campanha educativa cujo slogan era “Saúde é bom saber. Hanseníase, o que é isso?” (SANTOS, 2009). O objetivo dessa campanha era exclusivamente divulgar os sinais e sintomas da doença nos meios de comunicação a fim de impulsionar a detecção de casos novos da doença no país. Como estratégia divulgadora, utilizaram imagens de ex-pacientes assumindo terem sido afetados pela hanseníase, com a intenção de que esse testemunho a tornasse uma “doença comum”, com tratamento, cura e possibilidade de ser vivenciada sem que perdessem a dignidade.

O Cartaz 6 foi um dos materiais educativos divulgados na época. Uma ex-portadora da doença devidamente identificada no texto verbal representa as pessoas acometidas pela hanseníase. Na imagem, a PR mulher está em posição de oferta, ou seja, não olha diretamente para o leitor. Seu olhar direciona para o título “Como eu sei que estou com hanseníase?”, a fim de estimular o leitor a pensar sobre essa questão. O enquadramento *close up* busca uma maior proximidade com o leitor, convidando-o a pensar sobre os sinais e sintomas da hanseníase, assim como ela parece estar: uma mão sobre o queixo, e o vetor do olhar, para cima, voltado ao título, que está elaborado como uma pergunta.

FIGURA 50 - CARTAZ 6, CAMAPNHA VEICULADA EM 2005/2006



Fonte: Fiocruz (2009)

No dia 18 de dezembro de 2009, por meio da Lei nº 12.135, José Gomes Temporão, então Ministro da Saúde, instituiu o último domingo do mês de janeiro como o Dia Nacional de Combate e Prevenção da Hanseníase (BRASIL, 2009b). O objetivo foi evidenciar as medidas de prevenção e controle, bem como buscar desconstruir os mitos e conceitos errôneos sobre a doença, responsáveis pela manutenção do estigma (BRASIL, *s.d.*). Em 2016, essa proposta foi

reafirmada pelo MS, que oficializou a cor roxa para compor as campanhas educativas sobre a hanseníase. Desde então, em todo último domingo do mês de janeiro, são promovidas ações de conscientização sobre a hanseníase, evidenciando os sinais e sintomas da doença e alertando para a importância do diagnóstico precoce a fim de minimizar as sequelas (TOMIMORI, 2021). Em 2011, foi lançada pela OMS a Estratégia Global Aprimorada para Redução Adicional da Carga da Hanseníase 2011-2015. Dentre as propostas dessa estratégia, está a garantia do acesso igualitário ao diagnóstico precoce e ao tratamento da doença. Para alcançar tal objetivo, os esforços devem se concentrar na integração da hanseníase nos serviços gerais de saúde, assegurando a qualidade dos serviços de saúde. Para isso, há de se promover a capacitação dos profissionais de saúde de todos os níveis de atenção em relação aos métodos de diagnóstico e abordagem da pessoa com hanseníase. Tais medidas enfocam uma redução ainda maior da carga da doença em todas as comunidades endêmicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

A carga da doença está relacionada à maneira como as pessoas afetadas pela hanseníase a identificam e representam. Nesse sentido, consideram-se as complicações da hanseníase que podem levar às incapacidades físicas, responsáveis pela estigmatização dos doentes. Por isso, a detecção precoce aparece como prioridade, uma vez que ela pode evitar o surgimento das incapacidades físicas ao instituir o tratamento oportuno. Tendo em vista que o estigma da doença está atrelado a essas incapacidades físicas, acredita-se que este também pode ser eliminado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

Talvez seja por essa convicção que todos os cartazes analisados neste estudo têm como objetivo comunicativo principal informar sobre sinais e sintomas, diagnóstico precoce, tratamento e cura da hanseníase. E talvez seja por isso também que, nessas abordagens, predominem o discurso normativo-curativista e a linguagem técnico-prescritiva.

Foi somente na “Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020 – Aceleração rumo ao mundo da hanseníase”, que ocorreu a proposta de priorizar os aspectos humanos e sociais que desafiam o controle dessa doença. Tal estratégia é composta por três pilares: fortalecer o controle, a coordenação e a parceria do governo; combater a hanseníase e suas complicações; combater a discriminação e promover a inclusão. Dentre as ações propostas nesses pilares, encontram-se o fortalecimento dos sistemas de referência, a intensificação da detecção de contatos domiciliares, o monitoramento da resistência de medicamentos, a promoção da inclusão social por meio de abordagens sobre as formas de discriminação e estigma, promoção de políticas que possibilitem a inclusão das pessoas afetadas pela hanseníase, entre outras (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016).

Entretanto, as ações de educação em saúde nesse período mantiveram-se direcionadas às equipes de saúde, aos casos suspeitos e doentes e ao público em geral (BRASIL, 2016a).

Tinham como objetivos:

[...] incentivar a demanda espontânea de doentes e contatos nos serviços de saúde para exame dermatoneurológico; eliminar falsos conceitos relativos à hanseníase; informar quanto aos sinais e sintomas da doença, importância do tratamento oportuno; adoção de medidas de prevenção de incapacidades; estimular a regularidade do tratamento do doente e a realização do exame de contatos; informar os locais de tratamento; além de orientar o paciente quanto às medidas de autocuidado.

Como consequência dessas ações, ocorreu uma queda de 37,1% no número de casos novos de hanseníase em 2016 em comparação com o ano de 2007. Em 2007, foram diagnosticados 40.126 casos novos da doença; e, em 2016, apenas 25.218. Observa-se uma redução de 42,3% da taxa de detecção geral no país, que passou de 21,19/100 mil habitantes em 2007 para 12,23/100 mil habitantes em 2016 (TELESAÚDE, 2018).

Entretanto, apesar dessa redução e dos esforços despendidos pelo governo brasileiro no controle da hanseníase, o diagnóstico da doença em menores de 15 anos ainda persistiu, o que demonstra focos de infecção em atividade e transmissão recente da doença. Somente no ano de 2016, foram diagnosticados 1.696 casos novos nessa faixa etária, correspondendo a 7% do total de casos novos do país. Considerando os parâmetros desse indicador, o Brasil apresenta uma alta endemia nessa faixa etária (TELESAÚDE, 2018)

Ainda em 2016, o MS publicou as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública (BRASIL, 2016a), por meio da Portaria GM/MS nº 149, de 3 de fevereiro de 2016. Esse documento fornece orientações aos gestores, técnicos e profissionais que atuam na Vigilância em Saúde, na Atenção Primária e nos demais níveis de atenção sobre o “acolhimento, diagnóstico, manejo clínico, à prevenção e tratamento das incapacidades e à organização do serviço” (BRASIL, 2022).

Para ampliar a discussão sobre a doença, em 2016, o MS propôs que, em todo último domingo do mês de janeiro, instituído como o Dia Nacional de Combate e Prevenção da Hanseníase pela Lei nº 12.135, de 18 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2010), fossem lançadas ações educativas sobre a doença. Definiu-se a cor roxa para compor as campanhas educativas sobre a hanseníase, ficando essa data conhecida como Janeiro Roxo. (TOMIMORI et al., 2021). No ano de 2019, o MS lança a Estratégia Nacional para Enfrentamento da Hanseníase 2019-2020 com o objetivo de atender às recomendações da Estratégia Global 2016-2020. Nesse

documento, constam diferentes metodologias para dar conta das diversidades regionais de endemicidade da hanseníase, objetivando ampliar a detecção de novos casos e melhorar as medidas de controle e, assim, reduzir a carga da doença no Brasil (BRASIL, 2022).

Com o propósito de conhecer os desafios e as lacunas das ações voltadas para pessoas afetadas pela hanseníase no Brasil, Alice Cruz, Relatora Especial das Nações Unidas sobre a eliminação da discriminação contra pessoas com hanseníase e seus familiares, visitou o Brasil em 2019. Nessa ocasião, evidenciou que priorizar os aspectos biológicos relacionados à doença não é suficiente para enfrentar o estigma (CRUZ, 2020).

Dentre as ações propostas no relatório de Alice Cruz, destacam-se a promoção de melhores condições de acesso à saúde e bem-estar das pessoas diagnosticadas com hanseníase e um seguimento pós-cura bacteriológica, com foco na qualidade de vida das pessoas que, muito embora estejam curadas, necessitam de cuidados de saúde e de assistência complementares (CRUZ, 2020).

Apesar das ações propostas pela relatora oficial da ONU e pela estratégia global 2016-2020 em abordar os aspectos humanos e sociais que envolvem o adoecer por hanseníase, o cartaz da campanha educativa veiculado em 2020 (Cartaz 17) parece não corroborar essas questões.

FIGURA 51 – CARTAZ 17, CAMPANHA VEICULADA EM 2021



Fonte: Ministério da Saúde (2021)

Foi empregada como estratégia a modalidade abstrata, que suprime e dissimula os

corpos ali representados. Trata-se de imagens hiperbólicas que utilizam cores, iluminação e profundidade mais acentuadas do que as da realidade, por isso tornam as pessoas ali representadas como hiper-reais. Nesse sentido, as imagens reforçam o estigma da doença e podem desconstruir todos os avanços conquistados até então na busca pela construção de uma nova imagem da hanseníase: a de uma doença crônica como outra qualquer e que pode afetar qualquer pessoa. Ademais, as imagens não estão em consonância com o texto verbal, que constrói um discurso voltado para o fim da discriminação das pessoas com hanseníase: “HANSENÍASE: conhecer para não discriminar”.

No contexto da discriminação da hanseníase, identificamos que apenas três cartazes abordaram diretamente essa questão (Cartazes 2, 3 e 17), entretanto algumas lacunas foram identificadas na produção desses cartazes com relação à temática. Enquanto o Cartaz 2 aborda a discriminação associada ao termo médico “cura-se”, no Cartaz 17, ela vem associada à palavra “conhecer”, introduzindo um discurso mais educativo com fins específicos (para não discriminar). O leitor é levado a duas ações: conhecer e não discriminar. Embora reconheçamos que seja um tipo de ato de injunção com um ordenamento, ou aconselhamento, poderíamos parafrasear tal enunciado de maneira mais deontológica: “É preciso conhecer a hanseníase para não discriminar o outro”, mas a escolha sintática não foi por uma ordem direta.

Há uma transformação interessante, porque, no Cartaz 2, escrito de maneira ambígua, responsabiliza-se a pessoa afetada pela cura não só da doença, mas também da discriminação; já no Cartaz 17, o foco está na sociedade: todos precisamos conhecer a doença para não discriminarmos as pessoas afetadas por ela. Esse discurso articula-se com as propostas do modelo de educação e saúde, as quais, além de não contextualizarem os problemas sanitários de forma crítica e reflexiva objetivando promover mudanças sociais, ainda responsabilizam o indivíduo pelo seu processo de adoecimento e tratamento (FALKENBERG et al., 2014).

Ou seja, observamos nos discursos desses cartazes uma tentativa do Estado de transferir para as pessoas afetadas pela hanseníase a responsabilidade do diagnóstico, tratamento e das questões sociais que envolvem o adoecer pela hanseníase. Não identificamos nesses discursos informações sobre os determinantes sociais, políticos e econômicos relacionados à manutenção da endemicidade da hanseníase e que devem ser amplamente considerados e modificados com políticas sociais para eliminação da doença no Brasil. Ao desconsiderarem essas questões, não informam à população o processo de transmissão que, por ser pouco conhecido, pode ser um fator que contribua para a manutenção do estigma da doença.

Nos cartazes analisados, o enfoque no discurso biomédico nos leva a interpretar que o papel do Estado no controle da hanseníase, se resume apenas em garantir diagnóstico e

tratamento precoce, sem contudo, preocupar-se com as questões sociais que envolvem a doença: afastamento do trabalho devido às incapacidades físicas, relações sociais prejudicadas, questões psicológicas associadas à vivência da hanseníase, acesso aos serviços de saúde e maiores investimentos em pesquisas para descoberta, por exemplo, de medicamentos com menores efeitos colaterais e que propiciem menor tempo de tratamento.

Nesse sentido, cabe ao Estado fortalecer os programas de controle da hanseníase em municípios de maior vulnerabilidade social com investimentos intersetoriais para a melhoria das condições de vida da população contribuindo com a redução das iniquidades, sobretudo, com políticas sociais e de saúde pública que reduzem o efeito das desigualdades de renda, que podem ter impacto na saúde e no acesso à assistência à saúde das pessoas afetadas pela hanseníase. E essas ações devem ser divulgadas nas campanhas educativas da hanseníase para que as pessoas afetadas por ela sejam amparadas no processo de adoecimento da hanseníase, que por si só, já desencadeia inúmeros desafios sociais e individuais a serem enfrentados.

Entretanto, por se tratar de uma doença negligenciada, que acomete pessoas residentes de regiões menos favorecidas os investimentos na pesquisa e na descoberta de novos tratamentos, que apresentem menor durabilidade e menos efeitos colaterais parecem não ser prioridade para o Estado. Assim como não parece ser prioridade a redução das iniquidades em saúde, resultantes dos determinantes sociais de saúde como emprego, educação e acesso à assistência que é distribuída de maneira desigual entre as regiões do país (OMS, 2008).

O MS, instituição responsável pela organização e elaboração de ações e políticas públicas voltados para a prevenção, promoção e assistência à saúde (BRASIL, 2016) ao produzirem essas representações sóciodiscursivas nas campanhas educativas da hanseníase, produzem o “oposto do propósito para o qual foram fundadas” (FORTUNA et.al., 2014, pag. 256). As campanhas educativas contribuem para a manutenção do estigma, que por sua vez pode interferir no diagnóstico precoce e, assim, favorecer o surgimento das Ifs, que impactam negativamente nos determinantes sociais de saúde. Como consequência, tem-se o isolamento social, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a manutenção da endemicidade da hanseníase em diversas regiões do país.

Nesse sentido, as campanhas educativas da hanseníase demonstram a problemática “daquilo que o Estado permite ou deseja em tal ou qual formação nacional” 6 (p. 156). Nessa perspectiva, o Estado se situa no campo de análise da pesquisa, mas apresenta-se de forma dissimulada, necessitando de estratégias como os analisadores para que possa ser revelado, como ocorre em situação

Nos Cartazes 3 e 17, observamos que, embora os títulos direcionem o potencial

educativo para a eliminação da discriminação, o restante dos textos verbal e imagético não abordam tal questão. Eles focalizam os sinais e sintomas, tratamento e diagnóstico da doença, tendo o Cartaz 3 como público-alvo os profissionais de saúde, e o Cartaz 17, a população em geral.

Após analisar todos os 17 cartazes que compõem a amostra de nosso estudo, podemos dizer que as campanhas de educação em saúde precisam repensar as representações sociodiscursivas sobre a hanseníase e sobre as pessoas afetadas por ela. É necessário abordar o enfrentamento da doença para além da terapia medicamentosa, uma vez que ela representa não só o físico, mas todos os seus desdobramentos, inclusive o estigma (SAMPAIO, CALDEIRA, 2014; SOUZA; SILVA, 2013). Deve-se produzir um discurso que ultrapasse a cura e vá além do indivíduo, perpassando a sociedade e seus valores, a simbologia da doença, conceitos e estigmas (SAMPAIO, CALDEIRA, 2014; MACIEL, 2018). Ademais, podemos inferir que esses cartazes pouco contribuem para o enfrentamento do estigma relacionado à doença, já que representam a hanseníase e as pessoas afetadas por ela com base nos aspectos biológicos e físicos relacionados ao processo de adoecimento.

Há também que se rever o discurso sobre os aspectos clínicos da hanseníase que objetivam o diagnóstico precoce, tratamento oportuno e cura. Apesar dos avanços alcançados, o diagnóstico precoce ainda persiste como um dos grandes desafios para a eliminação da hanseníase no Brasil, impactando diretamente o processo de cura. Como consequência, a doença segue endêmica em diversas regiões do país. Somente em 2019, foram notificados 202.185 casos novos em todo o mundo, dos quais 29.936 foram diagnosticados nas Américas, sendo o Brasil responsável por 27.864 casos. Ademais, observa-se uma redução na proporção de cura dos casos novos diagnosticados entre 2012 e 2019, saindo de 85,9% para 79,4%; e números expressivos de diagnósticos da doença em 2020, com 13.807 casos novos (BRASIL, 2021).

Em 2020, foram diagnosticados 17.979 casos novos de hanseníase no Brasil, o que representa 93,6% do número de casos novos diagnosticados em toda a América. Com relação ao diagnóstico de novos casos com GIF II, o Brasil apresentou uma proporção de 10% em 2020, e esse percentual corresponde a um aumento de 40,8% em relação ao ano de 2011. Tais números evidenciam a ocorrência do diagnóstico tardio da hanseníase no país e, consequentemente a fragilidade do programa de vigilância de hanseníase. Quanto à proporção de casos novos multibacilares (principal fonte de transmissão), em 2011, o Brasil registrou 61% dos casos e, em 2020, 80,1%, ocorrendo um aumento de 31,3%. Esse aumento foi observado em todas regiões do Brasil, mas a maior proporção ocorreu nas regiões Centro-Oeste e Norte 37,9% e

35,8%, respectivamente (BRASIL, 2022).

Diante desse cenário, pressupõe-se que há uma prevalência de casos de hanseníase oculta não diagnosticada. Isso, além de favorecer o surgimento das incapacidades físicas, impacta a endemicidade e o estigma da doença, que representam desafios importantes para as políticas públicas, especialmente para a Vigilância Epidemiológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Não se pode negar que construir uma nova representação para uma doença tão antiga não é um desafio fácil, principalmente quando esta mantém relações com as teias do imaginário social, permeado de estigma (NEIVA; GRISOTT, 2019).

Observa-se que os discursos construídos em torno da hanseníase se relacionam, mesmo indiretamente, com as memórias que remetem ao estigma e, por sua vez, com as perdas ligadas à construção da identidade social e ao exercício da cidadania plena (PALMEIRA; QUEIROZ; FERREIRA, 2013; COSTA, 2020; SILVA; RODRIGUES; BRANDÃO; DIAS; FERNANDES, 2019).

Assim como aconteceu no enfrentamento da estigmatização de pessoas com HIV/aids, as campanhas educativas voltadas à hanseníase devem estimular a mobilização social, sendo resistência coletiva diante da discriminação (JUNG; YANG, 2020). Nesse sentido, devem evitar abordagens centradas no causalismo da doença, que dificulta estabelecer nexos históricos com a vida cotidiana e sobrevaloriza dados epidemiológicos, que muitas vezes são incapazes de apontar as causas sociais do adoecimento (LEITE; SAMPAIO; CALDEIRA, 2015; VAN'T NOORDENDE et al., 2021; PARKER, AGGLETON, 2001). A abordagem deve focalizar as determinações sociais da doença, para o enfrentamento do estigma relacionado a ela (PARKER, AGGLETON, 2001).

Nesse sentido, há necessidade de se desenvolver um pensar crítico e reflexivo, o qual permita propor ações transformadoras que levem as pessoas afetadas pela hanseníase à sua autonomia e emancipação como sujeito social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade (MORGADO et al., 2007). Quem sabe a “Estratégia Global de Hanseníase 2021-2030 – Rumo a zero hanseníase” possa contribuir para que as práticas sociodiscursivas das campanhas voltadas à doença abordem as questões sociais que a envolvem. Afinal, essa estratégia afirma que “é possível um mundo com zero infecção e hanseníase, zero incapacidade e zero estigma e discriminação relacionados à hanseníase” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).

7 SÍNTESE DA ANÁLISE

Ao analisar os recursos semióticos produzidos nos 17 cartazes componentes do corpus desta pesquisa, verificamos recorrências que nos permitiram uma explanação crítica dos discursos presentes nas campanhas educativas produzidas pelo MS sobre a hanseníase. Identificamos, assim, a articulação entre os discursos biomédico, pedagógico-instrutivo e do autocuidado.

O discurso biomédico foi identificado por meio dos termos: sinais e sintomas, tratamento, cura, diagnóstico, unidade de saúde, reações hansênicas, transmissão, doença, contato. A maior recorrência observada foi dos termos: cura (86,7%), unidade de saúde (80%), sinais e sintomas e tratamento (73,3%). O discurso pedagógico-instrutivo foi verificado nas construções linguísticas: preste atenção, procure um posto de saúde; caroços e inchaços podem ser hanseníase; mancha na pele pode ser uma doença séria; o tratamento é gratuito; é fácil curar; é só tratar; quanto mais cedo a procura, mais cedo vem a cura. Já o discurso do autocuidado foi observado nos enunciados: quanto antes você descobrir, mais cedo vai se curar; cure-se da discriminação; procure saber se você tem a doença; como sei se estou com hanseníase; procure um posto de saúde. Esses discursos se articulam nos cartazes para informar que a doença tem cura quando diagnosticada e tratada precocemente. Não identificamos, porém, discursos que transformassem o estigma social.

Nos Cartazes 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, ocorre simultaneamente processos narrativos de ação não transacional (só há um PR) e reacional transacional (vetor do olhar se dirige para algo na imagem), nos Cartazes 4 (vetor do olhar para a mancha nas costas), no 6 (vetor do olhar para o texto dentro da imagem), no 13 (PR, de costas, dirige seu olhar/vetor para algo dentro da imagem) nos Cartazes 5, 7, 8, 9, 10, 11, 15 (vetor do olhar se volta para leitor). Nos Cartazes 2, 12, 15 e 16, os PRs estão em ação bidirecional (ao mesmo tempo são ator e meta). Em termos discursivos, pela nossa análise, estes são os únicos cartazes que, de fato, poderiam transformar o discurso contra a hanseníase de modo a reverter o estigma, já que os PRs são fotografados se abraçando, beijando, se tocando e felizes, ou seja, há a construção do afeto. Os corpos estão ou em um enquadramento frontal ou oblíquo/horizontal (Cartaz 16).

Nos Cartazes 1, 3, 14, os corpos são representados metonimicamente: a parte pelo todo. Podemos dizer que são exemplares do processo analítico, já que esse corpo metonímico porta atributos (manchas, caroços, cores) que o classificam como doente. Constrói um discurso médico anatomista: engrenagens de uma máquina cuja identidade é indiferente; corpo cindido do homem. Esses cartazes constituem saberes anatômicos e fisiológicos que “consagram a

autonomia do corpo e a indiferença em relação ao sujeito que ele encarna” (David Le Breton, *Antropologia do Corpo e Modernidade*, RJ: Editora Vozes, 2ed, 2012: 285-286), ou seja, distinguem o corpo do homem, desconsiderando sua história, meio social e cultura e valorizam o corpo que expressa a doença – hanseníase.

Essa representação pautada no saber anatômico e fisiológico da hanseníase não transforma seu estigma, uma vez que desconsidera questões importantes do ser e estar com a doença. Para Le Breton (2013, p. 222), “essa visão da doença só pode levar o paciente a abandonar-se passivamente nas mãos do médico e esperar que o tratamento faça efeito”, sem abordar o significado da doença para as pessoas afetadas por ela. Nesse sentido, observamos a manutenção da hegemonia do saber médico e a perpetuação do estigma da hanseníase, por reduzir as pessoas afetadas por ela às reações corporais provocadas pela ação do bacilo — manchas na pele, caroços, comprometimento neural. Le Breton aponta que essas concepções da medicina clínica não são suficientes para garantir ou restabelecer a saúde comprometida pela estrutura social.

Os resultados analíticos estão resumidos na Tabela 1:

**TABELA 1 - RESUMO DO MAPEAMENTO DE CATEGORIAS PARA IMAGENS:
SIGNIFICADO REPRESENTACIONAL**

IMAGENS: CARTAZES QUE EXPRESSAM AS CAMPANHAS EDUCATIVAS SOBRE A HANSENÍASE PRODUZIDOS PELO MS	
Significados representacionais	
Tipos de estruturas de representação	
Narrativa de ação transacional bidirecional	4
Narrativa de ação não transacional	9
Reacional transacional	10
Fonte: Elaboração própria	

A metafunção interpessoal interativa também foi identificada nos cartazes. Ela estabelece estratégias de aproximação ou afastamento entre quem produziu o texto e o leitor, para formar uma interação imaginária entre eles. Analisamos os processos: sistema de olhar, distância e perspectiva. O contato cria a interação ou não com o leitor. Quando o PR olha diretamente para o observador, temos um olhar de demanda por parte do produtor, que busca agir sobre o observador da imagem. O olhar de demanda foi verificado nos Cartazes 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15. Nestes, os PRs são representados sorrindo, buscando uma afinidade com o observador de modo a criar uma identificação entre eles.

Por outro lado, nos Cartazes 2, 4, 6, 13, 16 e 17, os PRs não olham diretamente para o

leitor, tornando-se objeto do olhar de quem o observa, sendo oferecidos ao observador como elemento de informação, sem estabelecer nenhuma relação entre o leitor e os PRs. Nesse caso, não há demanda, e sim oferta. Observamos também que, nos Cartazes 1, 3 e 14, há um sistema de olhar ausente, não havendo nenhuma possibilidade de contato entre os PRs e o observador da imagem.

Compreendemos que essa estratégia de destacar as manifestações clínicas da doença, reduzindo os PRs a elas, desconsiderando suas identidades e evidenciando seus corpos — PR de costas, PR olhando para a mancha na pele, PR representado apenas por parte desarticulada do corpo humano portando os sinais visíveis da doença — reforçam o estigma da hanseníase. Há uma reprodução do que acontecia no passado: as pessoas afetadas pela hanseníase são reduzidas aos aspectos físicos da doença, com destaque para as imagens terríficas dela, sendo desconsideradas as marcas de pertencimento desses indivíduos a determinados grupos sociais. Dessa maneira, os corpos das pessoas com hanseníase não passam despercebidos e ganham maior evidência, tornando-se incômodo quando notados, pois carregam características físicas que fogem aos padrões ditados pela sociedade.

O corpo estranho se torna corpo estrangeiro e o estigma social funciona então com maior ou menor evidência conforme o grau de visibilidade da deficiência. O corpo deve ser apagado, diluído na familiaridade dos sinais funcionais. Mas, com a simples presença física, o "deficiente" físico ou o "louco" perturbam a regularidade fluida da comunicação. (BRENTON, *Sociologia do corpo*).

No Cartaz 6, por exemplo, o PR está claramente identificado com nome e diagnóstico pregresso da hanseníase, afirmando a cura. Entretanto, a interação entre o PR e o leitor não são suficientes para trabalhar o estigma da doença, tendo em vista que a interação posta direciona o leitor a refletir sobre os sinais e sintomas, reforçando, mais uma vez, a imagem dos aspectos físicos provocados pela doença.

Com relação ao enquadramento das imagens, PR apresentado longe ou perto do leitor (distanciamento social), identificamos, nos cartazes analisados, o *close up* e o *medium shot*. O *close up*, ou enquadramento fechado, inclui a cabeça e os ombros dos PRs. Ele foi identificado nos Cartazes 1, 3, 4, 6, 10, 13, 14. Já no *medium shot*, ou plano médio, a imagem enquadra o PR até o joelho. Esse enquadramento foi observado nos Cartazes 2, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 15 e 16. Sob o ponto de vista em que os PRs são mostrados, observamos em todos os cartazes a perspectiva subjetiva, uma vez que o observador só pode ver a informação por um ângulo.

Na maioria dos cartazes (2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 15), os PRs são apresentados no ângulo frontal, buscando maior envolvimento com o leitor, por dispor o PR e o leitor de frente um para

o outro. Quanto a essa representação, compreendemos que apenas os Cartazes 2 e 15 direcionam para uma transformação do estigma da hanseníase, por apresentarem os PRs em um maior envolvimento com leitor e em relação de afeto, compartilhando olhares e abraços. Evidenciar tais relações busca romper com o imaginário social construído ao longo dos anos, que impunha o isolamento das pessoas afetadas pela doença por receio da contaminação e por serem consideradas impuras. O mesmo efeito não é percebido nos demais cartazes, que, apesar de apresentarem os PRs em ângulo frontal, focalizam a cura da doença, o diagnóstico precoce e o tratamento, portanto não contemplam a dimensão do estigma.

**TABELA 2 - RESUMO DO MAPEAMENTO DE CATEGORIAS PARA IMAGENS:
SIGNIFICADO INTERACIONAL**

IMAGENS: CARTAZES QUE EXPRESSAM AS CAMPANHAS EDUCATIVAS SOBRE A HANSENÍASE PRODUZIDOS PELO MS	
Significado interativo	
Contato	
Demanda Oferta	8
Sistema de olhar ausente	6 3
Distância	
<i>Clouse up</i>	7
<i>Medium shot</i>	9
Perspectiva	
Subjetiva	17

Fonte: Elaboração própria

Na categoria “composição visual”, a modalidade naturalística foi observada em 16 cartazes. Nessa modalidade, a imagem é representada de forma bem próxima da realidade. Somente um cartaz (17) apresentou a modalidade abstrata. Nele, as imagens exibem cores, iluminação e profundidade mais acentuadas do que as da realidade, por isso tornam as pessoas ali representadas como hiper-reais. As cores predominantes na representação dos cartazes foram: amarelo, laranja, azul, roxo e verde. A escolha das cores pode estimular efeitos positivos e/ou negativos, a depender do contexto histórico, social e cultural nas quais se inserem. A partir de 2016, o MS oficializou a cor roxa para compor as campanhas educativas sobre a hanseníase. Essa cor simboliza nobreza, espiritualidade, autenticidade e qualidade como efeito positivo; e, como efeito negativo, simboliza sofrimento, pecado, miséria. O efeito positivo ou negativo das cores depende do contexto histórico, social e cultural em que está inserido. Em se tratando da hanseníase e toda construção social negativa que a permeia, é possível dizer que a escolha da

cor roxa não foi uma boa estratégia para combater o estigma da doença, uma vez que o efeito negativo da cor se sobressai a seu efeito positivo.

Amarelo, laranja, verde e azul são as cores recorrentes nos cartazes. Laranja é a mais presente e significa como efeito positivo: conforto físico, prazer, alimentação, euforia, abundância, divertimento, originalidade. Como efeito negativo, tem-se o significado de futilidade, imaturidade, advertência, perigo, dominação. A cor amarela, por sua vez, significa positivamente otimismo, confiança, autoestima, riqueza, ação, vitalidade, simpatia, espontaneidade, criatividade. Como efeito negativo, tem-se a irracionalidade, medo, ciúme, fragilidade emocional, depressão, ansiedade, doença, suicídio. A cor azul remete à inteligência, comunicação, confiança, verdade, paz, tranquilidade, divindade; e, como significado negativo, tem-se a frieza, afastamento, melancolia, introversão. Por fim, a cor verde simboliza a harmonia, bem-estar, tolerância, esperança, amizade; e, como efeito negativo, a monstrosidade, estagnação, moleza.

Para Pastoureau (1997), em Dicionário das Cores do Nosso tempo, a cor laranja pode ser um sinal de saúde e dinamismo. Segundo o analista, sobre a paleta de cores usada em embalagens de medicamentos, afirma que “os fortificantes, as vitaminas, e tudo aquilo que pode voltar a dar vigor e a tonificar” estão nos tons amarelos e alaranjados (PASTOUREAU, 1997: 113). Talvez a recorrência dessas cores represente sinal de vida, porque são vibrantes, enérgicas e não se associam ao perigo, interdição. Talvez o azul e o verde façam referência às cores da bandeira brasileira.

**TABELA 3 - RESUMO DO MAPEAMENTO DE CATEGORIAS PARA IMAGENS:
SIGNIFICADO DAS CORES**

IMAGENS: CARTAZES QUE EXPRESSAM AS CAMPANHAS EDUCATIVAS SOBRE A HANSENÍASE PRODUZIDOS PELO MS	
Cores utilizadas	
Amarelo	4
Laranja	5
Verde	4
Roxo	1
Azul	4
Preta	1
Vermelho	3

Fonte: Elaboração própria

A palavra “hanseníase”, ao ser apresentada nos cartazes, aparece com fonte e cor diferente nos Cartazes 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 16. Dentre estes, o 5 e o 8 trazem a palavra

“hanseníase” na cena imagética, estampada na camisa dos PRs. Nos demais, ela aparece deslocada da cena. Nos Cartazes 9, 14, 15 e 17, ela é representada apenas com fonte diferente, grande e em negrito, entretanto mantendo a mesma cor. Já nos Cartazes 1, 2, 4, 6, 13 e 14, tal palavra não recebe nenhum destaque. Os Cartazes 1, 2, 9, 16 e 17 apresentam-na com letras em um formato vertical, indicando uma impessoalidade, uma produção em alta escala, objetiva. A curvatura dos caracteres da palavra “hanseníase” nesses cartazes é reta simbolizando uma linguagem mais técnica e objetiva. Em contrapartida, nos Cartazes 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14 e 15, o formato dos caracteres dessa palavra são mais arredondados, simbolizando uma fluidez, naturalidade e suavidade.

No tocante à disposição dessa palavra nos cartazes, em 2, 4, 5, 13, ela aparece à esquerda, apresentando-se como uma informação dada, já conhecida por todos. Por outro lado, nos Cartazes 3, 8, 14, 15 e 16, ela está à direita, caracterizando uma informação nova, que pode não ser completamente conhecida pelo leitor. Em 14 cartazes, aparece com mais frequência no “ideal”, posicionada na parte superior do cartaz, definindo aquilo que é desejado ou idealizado pelo produtor. Nos Cartazes 4 e 7, a palavra “hanseníase” é apresentada na região inferior, conhecida como “real”, associada aos detalhes e à prática. A leitura dos textos no Ocidente é feita da esquerda para direita e de cima para baixo. Assim ter o termo “hanseníase” como algo já conhecido e como promessa de cura cria no leitor um sentimento de alívio e felicidade. Entretanto, o estigma da doença não se associa à questão da cura, e sim às manifestações clínicas da doença (aspectos físicos), que podem, inclusive, ser permanentes.

TABELA 4 - RESUMO DO MAPEAMENTO DE CATEGORIAS PARA IMAGENS: SIGNIFICADO COMPOSICIONAL

IMAGENS: CARTAZES QUE EXPRESSAM AS CAMPANHAS EDUCATIVAS SOBRE A HANSENÍASE PRODUZIDOS PELO MS Significado composicional – palavra “hanseníase”	
Dado	4
Novo	5
Central	8

IMAGENS: CARTAZES QUE EXPRESSAM AS CAMPANHAS EDUCATIVAS SOBRE A HANSENÍASE PRODUZIDOS PELO MS Significado composicional – palavra “hanseníase”	
Ideal	14
Real	2

IMAGENS: CARTAZES QUE EXPRESSAM AS CAMPANHAS EDUCATIVAS SOBRE A HANSENÍASE PRODUZIDOS PELO MS Significado composicional – palavra “hanseníase”	
Aparece no corpo do PR	2
Aparece no texto	15

Fonte: Elaboração própria

No que concerne à representação dos PRs, em 14 cartazes (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16 e 17), há representação de corpos de pessoas afetados pela hanseníase. Destes, apenas os Cartazes 2, 5, 8 e 9 mostram corpos sem manifestações clínicas da doença. Os demais, apesar de apresentarem corpos “perfeitos”, trazem imagens de partes desarticuladas do corpo com as manifestações clínicas da hanseníase. Apenas dois cartazes (4 e 13) exibem a manifestação clínica da doença em corpo articulado. Entretanto, no Cartaz 13, o PR está de costas, e não é possível ver seu rosto. Os Cartazes 7, 10 e 11 representam os PRs como profissionais de saúde: médicos (Cartazes 10 e 11) e agente comunitário de saúde (Cartaz 7). A maioria dos cartazes traz os PRs no modo frontal. Compreendemos que, no que tange ao estigma, a representação de corpos “perfeitos” ou de partes desarticuladas do corpo humano portando as manifestações clínicas da doença não contribui para a eliminação do estigma. Os corpos “perfeitos”, por contradizerem a realidade vivenciada pelas pessoas afetadas pela hanseníase, podem contribuir para o diagnóstico tardio e, conseqüentemente, atraso no início do tratamento. Dessa

maneira, propicia-se o surgimento das incapacidades físicas que reforçam os estereótipos da doença, assim como podem-se desencadear questões emocionais como ansiedade, medo e dúvidas com relação à hanseníase. Logo, as imagens de partes desarticuladas do corpo humano portando as manifestações clínicas da doença mantêm o estigma por reforçarem o imaginário social de uma doença mutilante, segregatória, punitiva e desonrosa, como era conhecida no passado.

Nessa perspectiva, trazemos a reflexão de Foucault (1979) sobre como a estrutura da sociedade contribui para o surgimento e perpetuação das doenças, que passam a ser consideradas como consequência ou expressão da cultura e estrutura de classes. Portanto, eliminar o estigma da hanseníase por meio da ideologia do saber médico, cuja crença é de que apenas a intervenção médica seja suficiente para estabelecer ou restabelecer a saúde, nos parece ser um equívoco, já que se trata de uma doença comprometida pela estrutura social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nas análises realizadas, é possível afirmar que o texto verbal e as imagens produzidas nos cartazes reforçam e confirmam nossa hipótese inicial de que os discursos presentes nas campanhas educativas da hanseníase elaboradas pelo MS não são suficientes para controlar e/ou transformar o estigma da doença por diversas questões discursivas.

As escolhas feitas para a construção dos cartazes buscam reafirmar a hegemonia do saber biomédico influenciado pelo modelo cartesiano, que reduz e fragmenta o corpo em partes, como se estas fossem mais importantes que o todo. Esse discurso foi construído na tentativa de imprimir na hanseníase a ideologia de uma doença crônica comum, desconsiderando todo seu percurso histórico cultural, que, atualmente, representa um dos desafios no controle da doença no Brasil. Isso porque a hanseníase é uma doença que sofre efeitos diretos das expressões dos costumes e das moralidades acumulados ao longo dos anos. Portanto, trabalhar o estigma da doença com base nesse discurso não é suficiente para transformar a imagem social sobre ela, antes o mantém. É necessário articular a esse discurso fatores socioculturais que envolvem o adoecer pela hanseníase, tendo em vista que esse processo está atrelado à estrutura social.

Os discursos do autocuidado e pedagógico-instrutivo buscam transferir para a sociedade a responsabilidade de procurarem pelo diagnóstico e tratamento da doença, o que, por muito tempo, esteve ao encargo do governo. Esses discursos, articulados com o discurso biomédico, demonstram que o MS tem se preocupado apenas com as questões técnicas do processo de adoecimento da hanseníase, como a garantia do diagnóstico e tratamento gratuitos às pessoas afetadas pela doença. É como se, ao governo, coubesse apenas garantir à população os recursos diagnósticos e terapêuticos, ou como se esses recursos fossem suficientes para resolver todas as questões do estigma que envolvem hanseníase.

Nesses discursos, não há direcionamento do MS para um dos princípios do SUS, a integralidade, fundamental para buscar a transformação do imaginário social sobre a hanseníase. Observamos que o MS delega para a população as demais questões que envolvem essa doença, tais como: o convívio social e até mesmo familiar, que ficam limitados por questões do estigma e desconhecimento sobre a doença; o comprometimento da capacidade laboral devido às manifestações clínicas da doença; as alterações estigmatizantes na imagem corporal, que interferem na autoestima e identidade das pessoas; as sequelas e as reações hanseníacas que colocam em dúvida a cura da doença; e as desigualdades sociais criadas pelo processo histórico e modo de organização social. Tais questões foram desconsideradas nos discursos contidos nos cartazes analisados.

Ademais, esses discursos se relacionam, mesmo indiretamente, às memórias que remetem ao estigma e, conseqüentemente, às perdas, inclusive àquelas ligadas à construção da identidade social (partes desarticuladas do corpo humano portando as manifestações clínicas da doença, PR de costas) e ao exercício da cidadania plena (contradição entre imagens de pessoas com corpos “perfeitos”, felizes, em relação de afeto, e imagens de partes desarticuladas do corpo humano portando as manifestações clínicas da doença).

Nessa perspectiva, observamos uma ambivalência entre os discursos presentes nos cartazes, pois, ao mesmo tempo que buscam imprimir na hanseníase a ideologia de uma doença crônica comum, com tratamento e cura que possibilitam viver a doença com qualidade de vida, eles associam-na a uma doença grave e a imagens terrificantes em partes desarticuladas do corpo humano remetendo ao passado da doença, quando se chamava “lepra” e essas pessoas eram reduzidas às marcas da doença, desconsiderando-se suas identidades sociais. Apesar de os discursos buscarem imprimir a imagem de “uma nova doença”, a lepra permanece no imaginário da sociedade. Portanto, se a intenção é romper com o passado da lepra e criar uma nova imagem para a doença, lepra e hanseníase devem vir associadas, apontando os avanços obtidos no controle da doença ao longo dos anos e evidenciando a origem e as causas do estigma, transformando assim, o imaginário social sobre a hanseníase. Em outras palavras, deve-se, primeiro, buscar a cura social da lepra em vez de tentar apagá-la da sociedade, como se nunca tivesse existido.

Outra questão que reforça que os discursos contidos nos cartazes não são suficientes para transformar o estigma da doença é a representação da hanseníase e das pessoas afetadas por ela distante da realidade posta pela doença. É sabido que o estigma surge com base em atributos tidos como desqualificados e fora do padrão imposto pela sociedade. Portanto, as imagens, ao demonstrarem corpos “perfeitos”, felizes e em relação de afeto, reafirmam um padrão social muitas vezes distante da realidade vivenciada pelas pessoas acometidas pela hanseníase, mantendo-as como “diferentes”, “estranhas”, “impuras” aos olhos da sociedade. Da mesma maneira, evidenciar um discurso de melhora clínica, tratamento gratuito e cura pouco tem feito avançar o enfrentamento do estigma, já que algumas sequelas da doença podem ser permanentes, gerando descrédito da cura e manutenção do estigma.

O modelo verticalizado utilizado nessas ações de educação em saúde também contribui para a manutenção do estigma da hanseníase. Ele produz um discurso irreflexivo, engessado e técnico, que dificulta para o leitor a compreensão das informações divulgadas e, por sua vez, a mudança da imagem da doença. Deve-se buscar um discurso que vá além da mudança na nomenclatura e do enfoque clínico da doença. Como já dito, devem-se associar questões

socioculturais que envolvem o processo de adoecimento.

Diante da constatação de que os discursos contidos nos cartazes que expressam as campanhas educativas da hanseníase produzidas pelo MS não contribuem para a transformação do estigma da doença, elaboramos o título deste estudo: “Nem tudo o que reluz é ouro: análise discursiva das campanhas educativas sobre a hanseníase”.

Ao olhar para os cartazes, há elementos que “reluzem”, tais como: as palavras “hanseníase”, “cura”, “tratamento gratuito” e “diagnóstico”; e imagens de corpos “perfeitos” com feições de felicidade e em relação de afeto. Em um primeiro momento, tais representações podem parecer suficientes para criar uma nova imagem da hanseníase e, assim, minimizar/eliminar o estigma da doença. Entretanto, por não contemplarem a realidade vivenciada pelas pessoas afetadas, por desconsiderarem aspectos socioculturais que envolvem a doença e pelo discurso hegemônico biomédico, podem gerar diagnóstico tardio, tratamento retardado, manutenção da cadeia de transmissão, surgimento das incapacidades físicas e, assim, manutenção do estigma. Portanto, nem tudo o que reluz é ouro.

Em se tratando do estigma da doença, acreditamos que as campanhas deveriam reluzir os aspectos que podem levar à cura da lepra social, por exemplo: elaborar um discurso que trace um paralelo entre lepra e hanseníase, mostrando os avanços obtidos no controle da doença — como tratamento e cura; evidenciar objetivamente o processo de transmissão da hanseníase, tendo em vista que o desconhecimento deste pode ser um fator desencadeador do estigma; demonstrar os aspectos sociais que atuam como fatores de risco para a transmissão, focalizando, inclusive, estratégias de enfrentamento disponíveis nas políticas públicas. Outra questão que consideramos importante a ser reluzida nas campanhas da hanseníase seria a realidade vivenciada pelas pessoas afetadas, para que tanto estas quanto as não afetadas se reconheçam no processo e sigam corretamente as orientações fornecidas.

Em se tratando do estigma da hanseníase, acreditamos que os cartazes que expressam as campanhas da hanseníase deveriam reluzir os aspectos que podem levar à cura da lepra social, como por exemplo, um discurso que trace um paralelo entre lepra e hanseníase, demonstrando os avanços obtidos no controle da doença – como tratamento e cura. Evidenciar objetivamente o processo de transmissão da hanseníase, tendo em vista que, o desconhecimento deste, pode ser um fator desencadeador do estigma. Demonstrar os aspectos sociais que atuam como fatores de risco para a transmissão evidenciando, inclusive, estratégias de enfrentamento disponíveis nas políticas públicas. Outra questão que consideramos importante a ser reluzido nas campanhas da hanseníase, seria a realidade vivenciada pelas pessoas afetadas pela hanseníase para que tanto as pessoas afetadas e não afetadas por ela, se reconheçam no processo

e sigam corretamente as orientações postas.

Portanto, nosso título remete ao fato de que, apesar de o MS produzir e divulgar campanhas educativas sobre a hanseníase, os discursos em questão pouco contribuem para a eliminação do estigma, que se perpetua na sociedade; e, apesar da divulgação dos avanços no diagnóstico e tratamento, a hanseníase continua a desafiar os serviços de saúde. Nesse sentido, tão importante quanto produzir essas campanhas, é necessário refletir sobre as representações sociodiscursivas produzidas. Em vez de divulgar informações ideológicas, verticalizadas, irreflexivas e distantes da realidade posta pela hanseníase, esperava-se que essas campanhas utilizassem seu potencial educativo para transformar a imagem social da doença. Talvez este seja um dos caminhos a serem seguidos para a eliminação do estigma da doença, o que pode, inclusive, repercutir para a eliminação da hanseníase no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ALCAÏS, A.; ABEL, L.; CASANOVA, J. L. Human genetics of infectious diseases: between proof of principle and paradigm. **The Journal of Clinical Investigation**, v. 119, n. 9, 2009.
- ALMEIDA, A. I. S.; NOGUEIRA, M. A.; FEITOSA, E. B. J.; CORRÊA, J. C.; VASCONCELOS, J. S.; SOUZA, R. F.; SÁ, A. M. M. Marcas do Passado: Memórias e Sentimentos de (Ex) Portadores de Hanseníase Residentes em um antigo “Leprosário”. **Enfermagem em Foco**, v. 9, n. 4, p. 13-17, 2018.
- ARAÚJO, I. S.; MOREIRA, A. L.; AGUIAR, R.; Doenças negligenciadas, comunicação negligenciada. Apontamentos para uma pauta política e de pesquisa. **RECIIS- R. Eletr.de Com. Inf. Inov. Saúde**, v6, n. 4, 2013.
- BAIALARDI, K. S. O estigma da hanseníase: relato de uma experiência em grupo com pessoas portadoras. **Hansen. Int**, v. 32, n. 1, p. 27-36, 2007.
- BAKIRTZIEF, Z. **Conhecimento científico e controle social: a institucionalização do campo da hanseníase (1897-2000)**. 2011. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.
- BARBOSA, M. A. A influência dos paradigmas cartesiano e emergente na abordagem do processo saúde-doença. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 29, n. 2, p. 133-140, 1995.
- BARROS, S. M.; VIEIRA, V.; RESENDE, V. M. Realismo crítico e análise de discurso crítica: hibridismos de fronteiras epistemológicas. **Polifonia**, Cuiabá, v. 23, n. 33, p. 11-28, 2016.
- BENEDICTO, C. B.; MARQUES, T.; MILANO, A. P.; GALAN, N. G. A.; NARDI, S. T.; DUERKSEN, F.; MARCIANO, L. H. S. C.; PRADO, R. B. R. Avaliação da qualidade de vida, grau de incapacidade e do desenho da figura humana em pacientes com neuropatias na hanseníase. **Acta Fisiatr**, v. 24, n. 3, p. 120-126, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatr/article/view/153688/150115>. Acesso em: 13 maio 2021.
- BENNETT, B. H.; PARKER, D. L.; ROBSON, M. Leprosy: Steps Along the Journey of Eradication. **Public Health Reports**, v. 123, 2008.
- BITTENCOURT, L. P.; CARMO, A. C.; LEÃO, A. M. M.; CLOS, A. Carmen. Estigma: percepções sociais reveladas por pessoas acometidas por hanseníase. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 185-90, 2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Biblioteca Virtual em saúde. **Dia Nacional de Combate e Prevenção da Hanseníase e Dia Mundial Contra a Hanseníase**. [s.d.]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/26-01-dia-nacional-de-combate-e-prevencao-da-hansenia-e-dia-mundial-contra-a-hansenia/#:~:text=Boletins%20Tem%C3%A1ticos-,26%2F01%20%2E%80%93%20Dia%20Nacional%20de%20Combate%20e%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20da%20Hansen%C3%ADase,causada%20pelo%20bacilo%20Mycobacterium%20leprae>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferencia Nacional para Avaliação da Política de Controle da Hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 1976.

BRASIL. Lei 9010/95 | **Lei n. 9.010**, de 29 de Março de 1995. Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1995/lei-9010-29-marco-1995-348623-publicacaooriginal-1-pl.html>

Brasil. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de mobilização e intensificação das ações para a eliminação da hanseníase e controle da tuberculose** / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010**/ Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde**: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático**: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de procedimentos técnicos**: baciloscopia em hanseníase. Brasília, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 21 out. 2011b.

BRASIL. **Lei n. 12.135**, de 18 de dezembro de 2009. Institui o Dia Nacional de Combate e Prevenção da Hanseníase. 2009b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Lei/L12135.htm. Acesso em: 10 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Leprosy Epidemiological Record 2021**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: www.saude.gov.br/svs. Acesso em: 12 maio 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de

Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico- operacional.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. 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: 10 out. 2019.

BRASIL. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação.** 2017. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/novo/Documentos/SinanNet/fichas/violencia.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Hanseníase 2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BUDEL, A. R. et al. Perfil dos pacientes acometidos pela hanseníase atendidos no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Evangélico de Curitiba. **An. Bras. Dermatol**, v. 86, n. 5, 2011.

BUSS, P.M. Promoção e educação em saúde no âmbito da escola de governo em saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cad Saúde Pública.** 1999; 15(Supl.2):177-85.

CAMPANHA Outubro Rosa em prevenção ao câncer de mama. **Prefeitura do Município de Laranjal Paulista.** 2019. Disponível em: <https://www.laranjalpaulista.sp.gov.br/artigo/campanha-outubro-rosa-em-prevencao-ao-cancer-de-mama-de-14-a-18-confira-a-programacao>. Acesso em: 15 maio 2021.

CARLOS, J. Nesta semana começa a montagem do Hospital de Campanha de Acarape. **Governo Municipal de Acarape.** 2020. Disponível em: <https://acarape.ce.gov.br/informa.php?id=10>. Acesso em 15 maio 2021.

CAVACA, A. G.; SILVA, P. R. V. Doenças midiaticamente negligenciadas: uma aproximação teórica. **Interface (Botucatu)**, v. 19, n. 52, p. 83-94, 2015.

CAVALIERE, I. A. L.; GRYNSZPAN, D. Fábrica de imaginário, usina de estigmas: conhecimentos e crenças de uma comunidade escolar sobre hanseníase. **Ca D. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 345 - 362, 2008.

CLARO, L.B.L. **Hanseníase**: representações sobre a doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

COLOMÉ, J. S.; OLIVEIRA, D. L. L. C. Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. **Texto contexto enferm.**, v. 21, n. 1, 2012.

COMBATE ao Covid-19 nas escolas. **Qualidade em quadrinhos**, [s.l.]. [s.d.]. Disponível em: <https://www.qualidadeemquadrinhos.com.br/publicacoes/combate-ao-covid-19-nas-escolas/>. Acesso em 15 maio 2021.

COSTA, D. F. A. C. **Entre ideias e ações**: medicina, lepra e políticas públicas no Brasil (1894-1934). Tese (Doutorado) – Universidade Federal Fluminense, Departamento de História, Niterói, 2007.

COSTA, A. Sangue e fígado: a persistência das imagens simbólicas sobre a lepra a partir do mito do Papa-Figo. **Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v. 14, n. 2, p. 502-514, 2020.

CRUZ, A. **Relatório redigido pela Relatora Especial a respeito da eliminação da discriminação contra pessoas atingidas pela Lepra e seus familiares**. Brasília: Defensoria Pública da União; 2020.

CRUZ, M. M. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W. V (Org.). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p.21-33.

DIAS, A. C. N. S.; ALMEIDA, R. A. A. S.; COUTINHO, N. P. S. C.; CORRÊA, R. G. C. F. C.; AQUINO, D. M. C.; MARIA, D. S. B. N. Vivência e sentimentos de mulheres portadoras de hanseníase. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 11, n. 9, p. 3551-3557, 2017.

DINIZ, O. Profilaxia da lepra no Brasil: plano atual da campanha e sua execução. **Revista brasileira de Leprologia**, v. 26, n. 3/4, p. 141-148, 1958.

DONATELLI, M. C. O. F. Descartes e os médicos. **Scientle Studia**, v. 1, n. 3, p. 323-336, 2003.

DRUMOND, F.; ZACCHE, L.; GUSTAVO, L.; SOUZA, S. Hanseníase: sentidos e facetas do convívio para adolescentes com a doença e seus familiares. **CadBrasTerOcup**, v. 26, n. 4, p. 837-848, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/cadbto/v26n4/pt_2526-8910-cadbto-26-04-00837.pdf. Acesso em: 15 maio 2021.

DW. [s.d.]. [s.l.]. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/nos-hospitais-70-dos-profissionais-se-sentem-despreparados-para-pandemia/a-5437992>. Acesso em: 15 maio 2021.

EIDT, L. M. **O mundo da vida do ser hanseniano**: sentimentos e vivências. Porto Alegre, 2000. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação da PUCR.

ELIAS, N.; SCOTSON, J. Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: **Zahar Editora**, 2000.

EMERICH, T. B.; CAVACA, A. G.; NETO, E. T. S.; LERNER, K.; OLIVEIRA, A. E.

Doenças midiaticamente negligenciadas e estratégias de visibilidade na percepção de atores-chave. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p.933-950, 2019.

ENFERMEIROS, farmacêuticos e fisioterapeutas entre profissionais que vão ter nova carteira profissional para trabalhar na União Europeia. **Atlas da Saúde**. 2016. Disponível em: <https://www.atlasdasaude.pt/publico/content/cartao-europeu-facilita-emigracao-de-profissionais-de-saude>. Acesso: 15 maio 2021.

EQUIPES multidisciplinares consolidam cultura e segurança nas empresas. **RHMED RHVIDA**. 2019. Disponível em: www.rhmed.com.br/equipe-multidisciplinares/. Acesso em: 15 maio 2021.

ESTUDO Realizado entre profissionais de saúde aponta elevada exposição ao coronavírus. **Setor Saúde**. 2020. Disponível em: <https://setorsaude.com.br/estudo-realizado-entre-profissionais-de-saude-aponta-elevada-exposicao-ao-coronavirus/>. Acesso em: 15 maio 2021.

FAIRCLOUGH, N. Critical discourse analysis in transdisciplinary research. In: WODAK, R.; CHILTON, P. **A new agenda in (Critical) Discourse Analysis: theory, methodology and interdisciplinarity**. Amsterdam: John Benjamins, 2005.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Brasília: UNB, 2001.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Tradução Isabel Magalhães. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2008.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FAZENDO curativo. **Vecteezy**, [s.d.]. [s.l.]. Disponível em: <https://pt.vecteezy.com/foto/854969-fazer-bandagem>. Acesso em: 15 maio 2021.

FEENSTRA, S. G. *et al.* Recent food shortage is associated with leprosy disease in Bangladesh: a case-control study. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 5, n. 5, 2011.

FEMINA, L. L.; SOLER, A. C. P.; NARDI, S. M. T.; PASCHOAL, V. Del'Arco. Lepra para hanseníase: a visão do portador sobre a mudança de terminologia. **Hansenol. int.**, v. 32, n. 1, p. 37-48, 2007.

FERREIRA, I.N.; ALVAREZ, R.R.A. Hanseníase em menores de quinze anos no município de Paracatu, MG (1994 a 2001). **Rev Bras Epidemiol**, v. 8, n. 1, p. 41-49, 2005.

FIGUEIREDO, M.F.S, RODRIGUES, J.F.N, LEITE, M.T.S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Rev Bras Enferm**. 2009 Jan-Fev; 63(1):117-21.

FOLHAPRESS. Ivermectina não tem evidência de eficácia contra a covid-19, diz produtora da droga. **TC online**. 2021. Disponível em: <https://tconline.com.br/ivermectina-nao-tem-evidencia-de-eficacia-contra-a-covid-19-diz-produtora-da-droga/>. Acesso em 15 maio 2021.

FORTUNA, C.M.; MACEU, G.; VELENTIM, S.; MENNANI, K.L.E. Uma pesquisa

socioclínica na França: notas sobre a Análise Institucional. *Fractal, Rev. Psicol.*, v. 26 – n. 2, p. 255-266, Maio/Ago. 2014

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir** 17. ed. Petrópolis: Vozes, 1989.

FOWLER, R.; HODGE, R.; KRESS, G.; TREW, T. **Language and control**. London: Routledge; Kegan Paul, 1979.

FREEPIK. [s.d.]. [s.l.]. Disponível em: https://br.freepik.com/fotos-premium/close-up-da-cabeca-do-estetoscopio-de-mao-medica-pronta-para-examinar-o-paciente-saude-e-conceito-medico_10533008.htm. Acesso em: 15 maio 2021.

GALLO, M. **Aspectos epidemiológicos**. Hanseníase. www.ioc.fiocruz.br/11/08/2004.

GANDRA, D. S. J. **A Lepra: uma introdução ao estudo do fenômeno social da estigmatização**. 1970. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1970.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Trad. Márcia Bandeira Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução de Mathias Lambert. 4. ed. 2004.

GUERREIRO, A. A. "Vamos ter semanas difíceis pela frente. Serão seguramente mais do que duas semanas". **NiT**, 2021. Disponível em: <https://www.nit.pt/fit/saude/vamos-ter-semanas-dificais-pela-frente-serao-seguramente-mais-do-que-duas-semanas>. Acesso em: 15 maio 2021.

HALLIDAY, M. A. K. **An introduction to functional grammar**. London: British Library Cataloguing in Publication Data, 1985.

HODGE, R.; KRESS, G. **Social Semiotics**. Cornell University Press: New York, 1988.

JANEIRO É MÊS DE CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE A HANSENÍASE. **Agência Brasil**. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-01/janeiro-e-mes-de-conscientizacao-sobre-hansenia>. Acesso em: 15 maio 2021.

JOPLING, W. H. Tradução de Lucio Bakos. **Manual de Lepra**. Atheneu: Rio de Janeiro- São Paulo, 1983.

JUNG, H. G.; YANG, Y. K. Disease experiences of female patients with Hansen's disease residing in settlement in Korea. **Int J Equity Health**, v. 19, n. 1, 2020.

KERR-PONTES, L. R.; BARRETO, M. L.; EVANGELISTA, C. M.; HEUKELBACH, J.; FELDMIEIER, H. Socioeconomic, environmental, and behavioural risk factors for leprosy in North-east Brazil: results of case-control study. **International Journal of Epidemiology**. v.35, n.4, p. 994-1000, 2006. Disponível em: . Acesso em: 02 ago. 2016.

KREES, G.; VAN LEEUWEN, T. **Multimodal Discourse: the modes and media of contemporary communication**. London: Arnold, 2001.

KRESS, G.; VAN LEEUWEN, T. **Reading images: the grammar of visual design**. 2 ed.

London: Routledge, 2006.

LEITE, S. C. C.; SAMPAIO, C. A.; CALDEIRA, A. P. “Como ferrugem em lata velha”: o discurso do estigma de pacientes institucionalizados em decorrência da hanseníase *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 121-138, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Lr3pX5dTZ9vWmKj6rdQdpMc/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 25 maio 2021.

LINDERT, K. et al. The nuts and bolts of Brazil’s Bolsa Família program: implementing conditional cash transfers in a decentralized context. *World Bank*, maio 2007. Disponível em: <http://documents.worldbank.org/curated/pt/972261468231296002/pdf/398530SP1709.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2019.

LESSA Z. **Hanseníase e Educação em Saúde**: o confronto entre o conhecimento científico, empírico e teológico. 1986. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1986.

LEVANTEZI, M.; SHIMIZU, H. E.; GARRAFA, V. Princípio da não discriminação e não estigmatização: reflexões sobre hanseníase. *Rev. bioét.*, v. 28, n. 1, p. 17-23, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/SWNd6zNCNXhtW8cRByVq7dx/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 maio 2021.

LUISA, I. **O perfil do brasileiro com covid-19 internado em UTIs do SUS**. *Veja Saúde*. 2021. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/o-perfil-do-brasileiro-com-covid-19-internado-em-utis-do-sus/>. Acesso em: 15 maio 2021.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 12, n. 2, 2007.

MACIEL, R. L. **Como se chama?** Abraão Rotberg e a construção da hanseníase. 5º Encontro de História Oral-Nordeste. São Luís 2005 (mimeo).

MARÍLIA, C. O significado da espiral, pontopsicologia. *Cintia Marília*. 2012. Disponível em: <http://cintiamariliapsicologa.com.br/2012/05/28/19/>. Acesso em 15 maio 2021.

MARINHO, F. D. et al. Hanseníase: sentidos e facetas do convívio para adolescentes com a doença e seus familiares. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, v. 26, n. 4, 2018.

MARTINS, P. V.; CAPONI, S. Hanseníase, exclusão e preconceito: histórias de vida de mulheres em Santa Catarina. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 15, n. 1, p. 1047-1054, 2010.

MELLO, H. C. Conheça as 5 principais tendências tecnológicas na área da saúde. *Medicalway*. 2019. Disponível em: <https://blog.medicalway.com.br/conheca-as-5-principais-tendencias-tecnologicas-na-area-da-saude/>. Acesso em: 15 maio 2021.

MINAYO, M. C. S. Importância da avaliação qualitativa combinada com outras modalidades de avaliação. *Saúde & Transformação Social*, Florianópolis, v. 1, n. 3, p. 2-11, 2011.

MONTEIRO, Y.N. R. História, *Sao Paulo*, a. 127-128, p. 131-139, ago-dez/92 a janjul/93

MOREIRA, M. B. R. **Hanseníase versus Lepra: o que mudou?** 2005. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

MORGADO, F. F. R. et al. Adaptação transcultural da EMIC Stigma Scale para pessoas com hanseníase no Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 51, n. 80, 2017.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A.F.; PEREIRA I. Educação em Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 155-162.

MURTO, C. *et al.* Migration among individuals with leprosy: a population-based study in Central Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, 2014.

NATIONS, M.K.; LIRA, G.V.; CATRIB, A.M.F. Stigma, deforming metaphors and patients' moral experience of multibacillary leprosy in Sobral, Ceará State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1215-24, 2009.

NATIVIDADE, C.; PIMENTA, S. A semiótica social e a multimodalidade. In: LIMA, C.H.P.; PIMENTA, S.M.O.; AZEVEDO, A.M.T. (Org.). **Incursões semióticas: teoria e prática de gramática sistêmico-funcional, multimodalidade, semiótica social e análise crítica do discurso**. 1 ed. Rio de Janeiro: Livre Expressão, 2009.

NEIVA, R. J., GRISOTTI, M. Representações do estigma da hanseníase nas mulheres do Vale do Jequitinhonha-MG. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, 2019.

OLIVEIRA, D. L. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 3, 2005.

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.

OKTARIA, S. *et al.* Dietary diversity and poverty as risk factors for leprosy in Indonesia: A case-control study. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 12, n. 3, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016-2020: acelerar a ação para um mundo sem lepra**. Brasília: Biblioteca da OMS/SEARO, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Rumo à zero hanseníase: Estratégia global de Hanseníase 2021-2030**. Brasília: OMS, 2021.

PALMEIRA, I. P.; QUEIROZ, A. B. A.; FERREIRA, M. A. Marcas em si: vivenciando a dor do (auto) preconceito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, b. 66, n. 6, p. 893-900, 2013.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **Estigma, discriminação e aids**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, 2001. Disponível em: <https://bit.ly/35Kemu9>. Acesso em: 18 mar. 2019.

PIMENTA, S.M.O.; AZEVEDO, A.M.T. A multimodalidade das emoções. In: GOMES, M.C.A., PAES, C.C.S., MELO, M.S.S (Org.). **Estudos Discursivos em foco: Práticas de pesquisa sob múltiplos olhares**. Viçosa: UFV Ed., 2011.

PINHEIRO, M. G. C.; SIMPSON, C. A. Preconceito, estigma e exclusão social: trajetória de familiares influenciada pelo tratamento asilar da hanseníase. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, 2017.

PINHEIRO, M. G. C.; SIMPSON, C. A.; MIRANDA, F. A. N.; MENDES, F. R. P. T'sarat/hanseníase: caminhos trilhados por familiares de ex-doentes tratados em ambiente asilar. **Rev Fun Care Online**, v. 11, n. 1, p. 47-52, 2019.

PINHEIRO, M. G. C. et al. Análise contextual da atenção à saúde na alta em hanseníase: uma revisão integrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 40, 2019.

PINTEREST. [s.d.]. [s.l.]. Disponível em: <https://br.pinterest.com/pin/492299803024174730/>. Acesso em: 15 maio 2021.

POORMAN, E. THE LEGACY OF BRAZIL'S LEPER COLONIES. **Cad. Saúd. Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 307 - 326, 2008.

RANGEL-S, M. L.; GUIMARÃES, J. M. M.; BELENS, A. J. Comunicação e Saúde: aproximação ao estado da arte da produção científica no campo da saúde. In: PAIM, J.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 625-637.

RESENDE, V. M.; RAMALHO, V. C. Análise de Discurso crítica do Modelo Tridimensional à Articulação Entre Práticas: Implicações Teórico- Metodológicas. **Linguagem em (Dis)curso - LemD**, Tubarão, v. 5, n.1, p. 185-207, 2004.

RESENDE, V. M.; RAMALHO, V. C. **Análise do Discurso Crítica**. São Paulo: Contexto, 2006.

ROTBURG, A. O Brasil reconhece oficialmente a insuficiência da política convencional de controle da hanseníase e adota novas medidas baseadas na remoção das barreiras culturais da "lepra". **Hansenologia Internationalis**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 101-105, 1976.

SALCI, M. A.; MACENO, P.; ROZZA, S. G.; SILVA, D. M. G. V.; BOEHS, A. E.; HEIDEMANN, I. T. S. B. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-30, 2013.

SALCI, M. A. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 224-230, 2013.

SALTO em altura masculino. **Olimpiada todo dia**. 2019. Disponível em: www.olimpiadatododia.com.br/lima-2019/atletismo/salto-em-altura-masculino/. Acesso em:

15 maio 2021.

SANTANA, J. PGE realiza campanha de não violência contra mulher em parceria com MPE e Defensoria Pública. **Procuradoria-Geral do Estado de Tocantins**. 2017. Disponível em: <https://www.to.gov.br/pge/noticias/pge-realiza-campanha-de-nao-violencia-contra-mulher-em-parceria-com-mpe-e-defensoria-publica/177d7155co2c>. Acesso em: 15 maio 2021.

SANTOS, Adriana Kelly. **A palavra e as coisas**: produção e recepção de materiais educativos sobre hanseníase. 2009. 184 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

SANTOS, A. K.; RIBEIRO, A. P. G. R.; MONTEIRO, S. Hanseníase e práticas da comunicação: estudo de recepção de materiais educativos em um serviço de saúde no Rio de Janeiro. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 16, n. 40, p. 205-18, 2012.

SANTOS, A. R.; IGNOTTI, E. Prevenção de incapacidade física por hanseníase no Brasil: análise histórica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 3731-3744, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020001003731&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 maio 2021.

SANTOS, L. A. C.; FARIA, L.; MENEZES, R. F. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. **Rev. bras. estud. popul.**, v. 25, n. 1, p. 167-190, 2008.

SEIXAS, J. A. Percursos de Memórias em terras de História: problemáticas atuais. In: BRESCIANI, S.; NAXARA, M. **Memórias e (Res) Sentimento**. Indagações sobre uma questão sensível. Campinas: UNICAMP, 2004. p. 40-41.

SINCOFARMA. [s.l.]. [s.d.]. Disponível em: <https://sincofarmamg.org.br/paracetamol-novas-regras-para-medicos-em-casos-de-intoxicacao-do-paciente/cartela-de-medicamento-com-pilulas-min/>. Acesso em: 15 maio 2021.

SINGH R.; SINGH B.; MAHATO S. Community knowledge, attitude, and perceived stigma of leprosy amongst community members living in Dhanusha and Parsa districts of Southern Central Nepal. **PLoS Negl Trop Dis**, v. 13, n. 1, 2019.

SINTOMAS da covid-19: veja o que estudos recentes descobriram sobre efeitos do novo coronavírus no corpo. **G1**. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/08/07/sintomas-da-covid-19-veja-o-que-estudos-recentes-descobriram-sobre-efeitos-do-novo-coronavirus-no-corpo.ghtml>. Acesso em: 15 maio 2021.

SINTONIZE Aqui. [s.d.]. [s.l.]. Disponível em: <https://www.sintonizeaqui.com.br/noticias/carnaval-2015-partiu-teste/>. Acesso em 15 fev. 2021.

SILVA, R. C. P. et al. História de vida e trabalho de pessoas atingidas pela hanseníase em Serviços de Saúde do Estado de São Paulo. **Hansen Int.**, v. 33, n. 1, p. 9-18, 2008.

SILVEIRA, M. G. B. et al. Portador de hanseníase: impacto psicológico do diagnóstico. **Psicol.**

Soc., v. 26, n. 2, 2014.

SLOGAN, o refrão publicitário. **GTA Multimídia**. 2018. Disponível em: <http://www.gtamultimedia.com.br/noticias-item.php?url=slogan-o-refrao-publicitario&pg=1>. Acesso em: 15 maio 2021.

SOUZA, D. O.; SILVA, S. E. V.; SILVA, N. O. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde Soc.**, v. 22, n. 1, p. 44-56, 2013.

SOUZA, R. B.; M. S. “**Mais Brasil para Mais Brasileiros**”: campanha ou marketing político? Um estudo discursivo crítico. 2012. Dissertação (Mestrado em Letras) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2012. Disponível em: <https://www.locus.ufv.br/bitstream/123456789/4844/1/texto%20completo.pdf>. Acesso em: 15 maio 2021.

SOUSA, V. N. B. **Imunologia da hanseníase**. In: NERY, I. (Org.). *Hanseníase: avanços e desafios*. Brasília: NESPROM, 2014.

SOURNIA, J. C.; RUFFIE, J. A s epidemias ria história do homem. Lisboa, Edições 70,1986. p. 132 apud Yara Nogueira Monteiro. **R. História**, Sao Paulo, ano 127-128, p. 131-139, ago-dez/92 a janjul/93.

TELESAÚDE. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina. **Abordagem da Hanseníase na atenção básica**. Florianópolis : CCS/UFSC, 2018.

THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna**: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Petrópolis: Vozes, 2009.

TOMIMORI, J. et al. Janeiro Roxo: mês de conscientização e combate à hanseníase. **Universidade Federal de São Paulo**, 2021. Disponível em: <https://sp.unifesp.br/santoamaro/noticias/janeiro-roxo-mes-de-conscientizacao-e-combate-a-hanseníase>. Acesso em: 10 maio 2021.

TRAUTMAN, J. R. A brief history of Hansen’s disease. **Bulletin of the New York Academy of Medicine**, Nova Iorque, v. 60, n. 7, 1984.

UNIMED Rio. Centros de Atendimento e Tabela. **O Plano de Saúde Perfeito**. [s.d.]. Disponível em: <http://oplanodesaudeperfeito.com.br/2017/04/19/unimed-rio-centros-de-atendimento-e-tabela/>. Acesso em: 15 maio 2021.

VAN'T NOORDENDE, A. T.; LISAM, S.; RUTHINDARTRI, P.; SADIQ, A.; SINGH, V.; ARIFIN, M.; VAN BRAKEL, W. H.; KORFAGE, I. J.; Leprosy perceptions and knowledge in endemic districts in India and Indonesia: Differences and commonalities. **PLoS Negl Trop Dis**, v. 15, n. 1, 2021.

VECTEEZY. [s.l.]. [s.d.]. Disponível em: <https://pt.vecteezy.com/foto/987921-pilula-na-mao-da-mulher-no-fundo-preto-closeup>. Acesso em: 15 maio 2021.

VELLOSO, P. A.; ANDRADE, V. **Hanseníase**. Curar para eliminar. Porto Alegre: Edição das

autoras, 2002.

VITRAL, R. Érico Assis reflete sobre o presente, o passado e o futuro das HQs em seu primeiro livro. **Itaú Cultural**. 2021. Disponível em: www.itaucultural.org.br/erico-assis-reflete-sobre-presente-passado. Acesso em 15 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Estratégia mundial de eliminação da lepra 2021-2030**: Acelerar a ação para um mundo sem lepra. Biblioteca da OMS/SEARO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of leprosy**. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2017.

4 TIPS every nurse should know when working with elderly patients. Healthcare Channel. 2020. Disponível em: <https://healthcarechannel.co/4-tips-every-nurse-should-know-when-working-with-elderly-patients/> Acesso em: 15 maio 2021.

ANEXO 1 – IMAGENS DOS CARTAZES QUE EXPRESSARAM AS CAMPANHAS SOBRE A HANSENÍASE PRODUZIDOS E DIVULGADOS PELO MS

**HANSENÍASE
TEM CURA.**

Toda mancha ou área insensível em qualquer parte do corpo, procure logo o Serviço de Saúde.

Os principais sinais de Hanseníase são:



Note se houve formação de caroços ou inchaço na pele, principalmente no rosto e nas orelhas.



Procure por manchas, em qualquer parte do corpo, que podem ser pálidas, esbranquiçadas ou avermelhadas, e que perdem a sensação ao calor, ao frio, à dor e ao tato.



Procure por manchas em áreas cobertas do corpo. Procure também por partes adormecidas ou completamente dormientes na pele, mesmo sem qualquer mancha que chame sua atenção.



Outro sinal de Hanseníase: engrossamento e dor nos nervos dos braços, das pernas e do pescoço.



Perceba se houve alguma perda de sensibilidade no pé. Isso traz o risco de machucar-se em objetos cortantes e não sentir, na hora, a dor.

Apresentando qualquer um desses sinais, procure o Serviço de Saúde. Ele tem que estar preparado para orientar você.

**Quanto mais cedo a procura,
mais cedo vem a cura.**

DIVISÃO NACIONAL DE DERMATOLOGIA SINTIÁTICA SECRETARIA NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNAMENTO FEDERAL DO BRASIL

Campanha veiculada em 1988

Fonte: <https://hanseníase.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2009/05/cartaz-30.jpg>

HANSENÍASE TEM CURA.

A PIOR COISA QUE TODO PORTADOR DE HANSENÍASE ENFRENTA É A DISCRIMINAÇÃO. NA FAMÍLIA, NA ESCOLA, NO TRABALHO. OS TEMPOS MUDARAM. EM TRATAMENTO A DOENÇA NÃO É TRANSMISSÍVEL.

CURE-SE DA DISCRIMINAÇÃO.

MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL TUDO PELO SOCIAL

Campanha veiculada em 1988

Fonte: <https://hanseniaze.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2009/05/cartaz-321.jpg>

Vamos acabar com o preconceito e eliminar essa doença.

Hanseníase tem cura

Sinais e Sintomas

Na pele

- Manchas e placas com alteração de sensibilidade, rarefação de pelos e anidrose
- Infiltração localizada ou difusa
- Tubérculos
- Nódulos

Nos troncos nervosos periféricos

- Dor e espessamento dos troncos nervosos periféricos
- Diminuição da sensibilidade e da força muscular nas áreas correspondentes a estes nervos

Diagnóstico clínico

- Exame dermatológico com testes de sensibilidade das lesões de pele
- Avaliação neurológica: palpação dos troncos nervosos, avaliação de força muscular e pesquisa da sensibilidade nos olhos, mãos e pés

Classificação

- Paucibacilar (PB)
- menos de 5 lesões de pele e/ou apenas um tronco nervoso acometido
- Multibacilar (MB)
- 5 ou mais lesões de pele e/ou mais de um tronco nervoso acometido

Reações

São intercorrências agudas que podem ocorrer na hanseníase, por manifestação do sistema imunológico do paciente ao *Mycobacterium Leprosi*, antes, durante ou após o tratamento.

Tipo 1 ou Reação Reversa: quadro clínico que se caracteriza por apresentar novas lesões dermatológicas (manchas ou placas) e alterações de cor e edema nas lesões antigas, bem como dor ou espessamento dos nervos (neurites).

Tipo 2 ou Eritema Nodoso Hanseniano: quadro clínico que se caracteriza por apresentar nódulos vermelhos dolorosos, febre, dores articulares, dor e espessamento dos nervos e mal-estar generalizado. Geralmente as lesões antigas permanecem sem alterações.



Tratamento

<p>PB</p>  <ul style="list-style-type: none"> - Rifampicina: uma dose mensal de 600 mg supervisionada. - Dapsona: uma dose diária de 100 mg auto-administrada. <p>REAÇÃO TIPO 1</p>  <ul style="list-style-type: none"> - Prednisona: 1 a 2 mg/kg dia - Observar precauções com uso de corticóide. 	<p>MB</p>  <ul style="list-style-type: none"> - Rifampicina: uma dose mensal de 600 mg supervisionada. - Clofazimina: uma dose mensal de 300 mg supervisionada e uma dose diária de 50 mg auto-administrada. - Dapsona: uma dose diária de 100 mg auto-administrada. <p>REAÇÃO TIPO 2</p>  <ul style="list-style-type: none"> - Talidomida: 100 a 400 mg/dia - Proibido o uso em mulheres em idade fértil.
--	---

Acompanhamento do Paciente

Consultas mensais

- Administração da dose supervisionada e fornecimento da medicação auto-administrada
- Monitoramento neural para prevenção e tratamento das incapacidades físicas
- Identificação e tratamento das intercorrências, reações e efeitos colaterais da medicação
- Critérios de alta: PB - 6 doses em até 9 meses
MB - 12 doses em até 18 meses

Vigilância dos Contatos

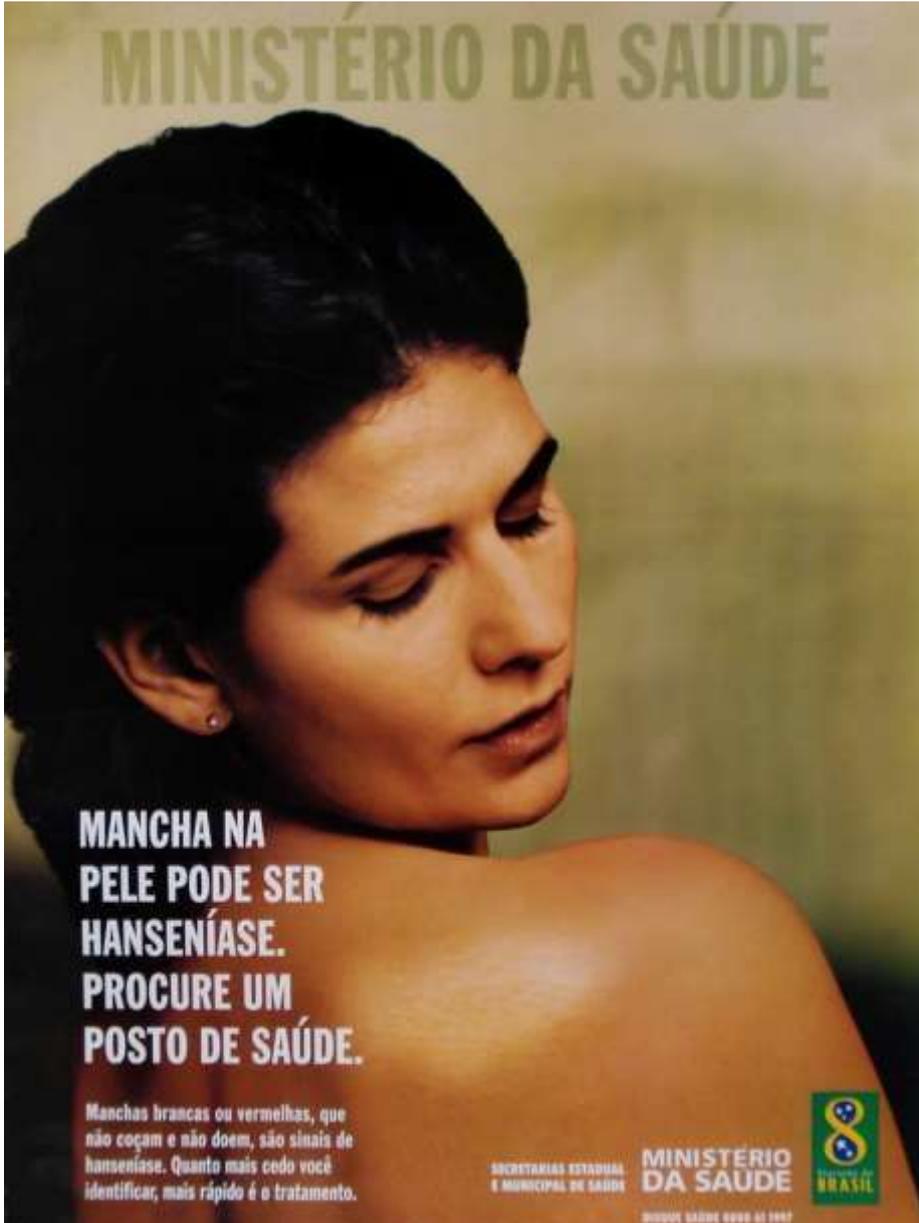
- Exame dermatoneurológico dos contatos intradomiciliares
- Aplicação de 2 doses de BCG-ID com intervalo de 4 meses nos contatos saudáveis. Considerar cicatriz existente como 1ª dose

SECRETARIAS ESTADUAL E MUNICIPAL DE SAÚDE




Não há precisão sobre o ano de veiculação, entretanto, foi produzido no governo de Fernando Henrique Cardoso – 1995 a 2003.

Fonte: <https://hanseníase.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2009/05/cartaz-211.jpg>



MINISTÉRIO DA SAÚDE

**MANCHA NA
PELE PODE SER
HANSENÍASE.
PROCURE UM
POSTO DE SAÚDE.**

Manchas brancas ou vermelhas, que não coçam e não doem, são sinais de hanseníase. Quanto mais cedo você identificar, mais rápido é o tratamento.

SECRETARIAS ESTADUAIS
E MUNICIPAIS DE SAÚDE

MINISTÉRIO
DA SAÚDE

BRASIL

DIQUE SAÚDE COME DE 1967

Campanha veiculada em 2005

Fonte: <https://hanseníase.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2009/05/cartaz-17.jpg>

www.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 0800 81 1997

Para informações:
TELEHANSEN
0800 26 2001

COMO SEI QUE ESTOU COM HANSENÍASE?



**SAÚDE
É COM
SABER**

Mirra das Graças teve hanseníase, tratou e está curada.

SUS  Ministério da Saúde 

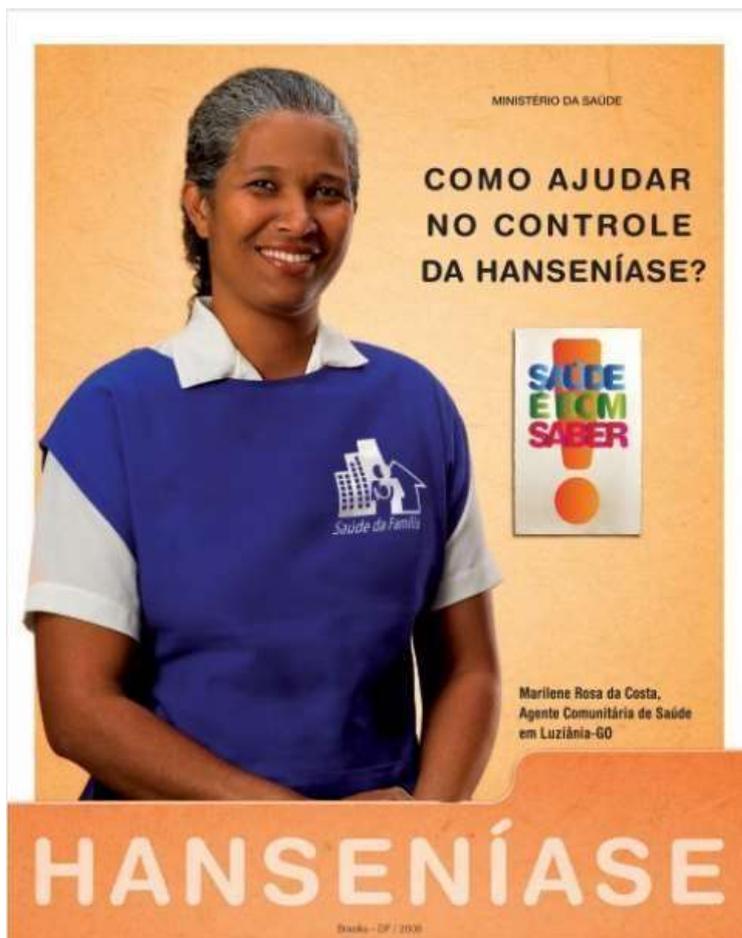
FIQUE DE OLHO NO SEU CORPO:

- Manchas ou áreas do corpo, com distorção ou perda de sensibilidade.
- Fogaças nos nervos dos braços, pernas e pés.

Para saber mais, ligue 0800 81 1997 ou procure as equipes de saúde da família ou o centro de saúde mais próximo.
A Hanseníase tem cura e o tratamento é de graça. Você tem direito!

Campanha veiculada em 2005/2006

Fonte: https://hanseníase.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2011/01/Cartaz_47.pdf.



Campanha veiculada em 2008

Fonte: <https://www.yumpu.com/pt/document/view/14734502/como-ajudar-no-controle-da-hanseniose-ministerio-da-saude>.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
MAIS ATENÇÃO A VOCE**

Os principais sintomas da hanseníase são:

- manchas dormentes na pele;
- áreas da pele com dormência, com ou sem manchas;
- dormência e/ou diminuição de força nas mãos e nos pés;
- caroços e "inchaços" no rosto e nas orelhas.

**Um toque de saúde:
hanseníase
tem cura.**

PROCURE UMA UNIDADE DE SAÚDE. O TRATAMENTO É GRATUITO.
Siga as orientações do seu médico e não interrompa o tratamento antes dos seis a 12 meses necessários.

TELEHANSEN 0800 26 2001 Ministério da Saúde **B.R.A.S.I.L.**
GOVERNO FEDERAL

Não há precisão sobre o ano de veiculação, entretanto, foi produzido no governo de Luis Inácio Lula da Silva– 2007 a 2010.

Fonte: <https://mariliaescobar.wordpress.com/2010/08/14/como-ajudar-no-controle-da-hanseníase/>.



Campanha veiculada em 2008

Fonte: https://hansen.bvs.br/cool_timeline/campanha-contra-a-hanseniose/



Campanha veiculada em 2014

Fonte: http://www.seepe.org.br/index.php?categoria=noticias_principais_01&codigo_noticia=20012014162709&pag=233&cat=noticias

**HANSENÍASE
TEM CURA**

AINDA EXISTEM
MAIS DE **30 MIL**
CASOS NOVOS
DE HANSENÍASE
POR ANO
NO BRASIL.

Dia 21 de janeiro é o Dia
Mundial de Combate à
Hanseníase.
Fique atento aos sinais e
sintomas da doença na
população que visita
regularmente sua Unidade
de Saúde. Ensine como
descobrir esses sintomas.
Converse, explique, visite
os domicílios e as famílias.
Com a sua ajuda, podemos
eliminar a hanseníase
como problema de saúde
pública no país.

TeleHansen 0800 026 2001
www.saude.gov.br/svs

136
www.saude.gov.br

Melhorar sua vida, nosso compromisso.

SUS + Ministério da Saúde
BRASIL
PAÍS DA SAÚDE E DA VIDA MELHOR

Campanha veiculada em 2014

Fonte: http://www.seepe.org.br/index.php?categoria=noticias_principais_01&codigo_noticia=20012014162709&pag=233&cat=noticias

136

HANSENÍASE TEM CURA

PROCURE SABER
SE VOCE TEM A DOENÇA.
PROCURE
TRATAMENTO.



Se você tem algum desses sinais,
pode ser hanseníase. Como a doença
é transmissível, familiares que moram
juntos devem ser examinados.

PROCURE UMA UNIDADE DE SAÚDE
O TRATAMENTO É DE GRÁTIS.

Ministério da Saúde, Brasil

BRASIL





Campanha veiculada em 2015

Fonte: <http://www.rondonia.ro.gov.br/agevisa-conclama-municipios-de-rondonia-a-prevenir-casos-de-hanseniose/>

**CAROÇOS E INCHAÇOS NO CORPO
PODEM SER HANSENÍASE.**

**PRESTE ATENÇÃO
NOS SINAIS
E SINTOMAS**

PROCURE UMA UNIDADE DE SAÚDE.
O TRATAMENTO É DE GRÇA.



**Hanseníase. Quanto antes você descobrir,
mais cedo vai se curar.**

#saúde
nasredes

blog.saude.gov.br

Brasil Saúde
136
www.saude.gov.br

SUS+

Ministério de
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA

Campanha veiculada em 2015

Fonte: <http://aew.org.br/noticia/campanha-do-governo-federal-alerta-para-o-diagnostico-precoce-da-hanseniose/>.

HANSENÍASE
QUANTO ANTES VOCÊ DESCOBRIR,
MAIS CEDO VAI SE CURAR.

Se você tiver algum destes sinais e sintomas,
procure logo uma Unidade de Saúde do SUS.
Como a doença é transmissível, todos que convivem
com os pacientes também devem ser examinados.

Manchas avermelhadas,
esbranquiçadas ou amareladas
mesmo ao toque, ao calor e à dor.

Ausência de pelos
e suor.

Carosos e inchaços
no corpo.

Engrossamento
dos nervos.

DISQUE SAÚDE
136
Central de Atendimento
www.saude.gov.br

PROCURA UMA UNIDADE DE SAÚDE.
O TRATAMENTO É DE GRÁTIA.

#semhanseníase

SUS
Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA

Campanha veiculada em 2016

Fonte: <http://www.presidenteprudente.sp.gov.br/site/noticias.xhtml?cod=53291>



#Hanseníase
#Hanseníase
#Hanseníase
#Hanseníase

Hanseníase

Identificou. Tratou. Curou.



Em caso de mancha com diminuição da sensibilidade na pele, procure uma Unidade de Saúde. A hanseníase tem cura. O tratamento é gratuito e logo que você começa a doença deixa de ser transmitida.

Para mais informações acesse: saude.gov.br/hanseníase



Campanha veiculada em 2018, 2019 e 2020.

Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/campanhas-da-saude/2019/hanseníase>.

#JaneiroRoxo

HANSENÍASE:

conhecer para não discriminar.

A hanseníase é uma doença transmitida de pessoa para pessoa através das vias aéreas, por contato próximo e prolongado, caso o doente não esteja em tratamento. Porém, ela tem cura e o tratamento é gratuito pelo SUS.



Para a hanseníase, a informação também cura. Em caso de suspeita, procure uma unidade de saúde.

SINAIS E SINTOMAS DA HANSENÍASE:

- Manchas esbranquiçadas e/ou placas avermelhadas/amarronzadas delimitadas e que apresentem alteração de sensibilidade ao calor, frio, dor ou toque;
- Caroços e inchaços avermelhados e doloridos pelo corpo;
- Dor e sensação de choque, fisgadas e agulhadas nos nervos dos braços e/ou pernas.



Campanha veiculada em 2021

Fonte: <http://www.aids.gov.br/pt-br/campanha/campanha-nacional-de-enfrentamento-da-hanseníase-2021-hanseníase-conhecer-para-nao>.