

Atitudes discriminatórias na hanseníase: percepção de estudantes de medicina e de profissionais da atenção primária à saúde.

Nidia Bambirra
Cynthia Rossetti
Portela Alves

Marcelo Grossi Araújo
Maria Mônica Freitas Ribeiro
Elza Machado Melo

Resumo

O estigma em doenças crônicas e contagiosas, suas implicações sociais e culturais, bem como para a sua repercussão na saúde pública é conhecido e estudado. Em hanseníase possui lugar de destaque pela morbidade e impacto social que acarreta. Este estudo, resultado de duas pesquisas, teve como objetivo investigar se estudantes do curso médico demonstravam algum tipo de preconceito ou medo associado com a doença, bem como verificar a percepção de atitudes discriminatórias entre profissionais de saúde, a partir de um suposto diagnóstico em colega de trabalho. A primeira envolveu dois grupos paralelos de estudantes (ingressantes e internos) de medicina; e a segunda abordou profissionais da atenção primária à saúde (APS). Utilizou-se formulário semiestruturado para os estudantes e para os profissionais. Análise descritiva, univariada e multivariada dos dados foram realizadas no SPSS. Idade, gênero, procedência e renda não influenciaram nas atitudes dos estudantes. O conhecimento adquirido influenciou positivamente na diminuição de atitudes discriminatórias entre os estudantes e entre os profissionais da atenção primária à saúde, observou-se menor discriminação naqueles com nível superior de escolaridade.

Palavras chave: hanseníase, estigma, estudantes de medicina, profissionais da saúde, ensino médico, atenção primária à saúde.

Introdução

O estigma em doenças crônicas e contagiosas é conhecido e compromete o seu controle. Muitos estudos salientam as implicações sociais e culturais que as doenças carregam e seu impacto na saúde pública.^{1,2} A comparação de doenças, antigas e novas, mostra a persistência de atitudes discriminatórias entre profissionais de saúde, mesmo com a evolução do conhecimento nos últimos anos.³

O processo de discriminação assume características diferentes dependendo da cultura, do status da pessoa e de como sua doença se desenvolve.⁴ Não se pode conceituar o estigma associado apenas a sinais visíveis ou marcas, bem como aos fatores biológicos das doenças, mas sim a todo um contexto sociocultural, histórico e econômico onde é produzido. Em determinadas circunstâncias todos os indivíduos podem manifestar algum tipo de estigma.

O estigma pode vir de qualquer pessoa: familiares, vizinhos, empregadores, colegas de sala, companheiros de igreja, mesquita ou templo, mas também dos profissionais de saúde. O estigma vindo de profissionais da saúde pode ser especialmente danoso, já que eles podem ser justamente as pessoas que o indivíduo procura em busca de ajuda” (International Federation of Anti-Leprosy, 2011, p.13).⁴

Muitos autores usam como referência teórica o conceito de estigma de Goffman (1988), que o define como a situação do indivíduo que tem algo que o torna diferente dos outros, o impede de ter plena aceitação social “[...] e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real” (Goffman, 1988, p.12).⁵ Entretanto o estigma também apresenta outras características. Em revisão sobre o tema, Van Brakel (2006),² adotou em seu trabalho duas definições que se complementam:

(a) um processo social onde existem elementos de rotulagem, estereótipos, separação, perda de status e discriminação que ocorrem em uma situação de jogo de poder que permite o seu surgimento. (Link & Phelan, 2001, p.377).⁶

(b) um processo social ou experiência pessoal caracterizada por exclusão, rejeição, culpa ou desvalorização que resulta em experiências de antecipação de um julgamento social adverso sobre uma pessoa ou grupo. [...] No estigma em saúde este julgamento também pode ser aplicado à doença ou ao próprio problema de saúde com repercussões na vida social e nas políticas de saúde. (Weiss, Ramakshima, Somma 2006, p. 280).¹

Em artigo de revisão sobre estratégias e projetos de intervenção sobre estigma Heijndersa e Van der Meija (2006), reforçam dois pontos: a) que o estigma é um processo

social e em consequência não é possível resolver isoladamente o problema; b) que os pacientes não podem ser agentes passivos, pois quando conhecedores de seus direitos “[...] podem definir as prioridades em relação à necessidade de mudança institucional e nacional.” (Heijndersa, Van Der Meija, 2006, p.361).⁷

Considera-se que o estigma, entre outros fatores, está associado a conhecimentos insuficientes ou incorretos que podem levar à discriminação, podendo se manifestar em atitudes visíveis de afastamento ou evitando-se o contato com as pessoas. Na saúde pode ser por excesso de cuidados e de medidas preventivas ou por omissão, consolidando-se em um tratamento desigual. A discriminação prejudica o trabalho de prevenção, tratamento e acompanhamento.

Para se desmistificar as doenças e buscar formas de intervenção é preciso primeiro conhecer o conceito do estigma no cotidiano das comunidades, dos serviços de saúde e depois relacioná-lo com suas implicações nos processos estruturais: políticas de saúde, educação, emprego e combate à pobreza.

Em editorial sobre estigma na hanseníase, Staples (2011), ressalta a importância de se pensar que “[...] *o estigma, como está atualmente configurado e utilizado, pode também ser uma barreira para a compreensão da experiência social da hanseníase*”.⁸ Não se pode considerar que apenas educação e conhecimento da doença vão mudar seu conceito junto às pessoas. Conhecer o que os doentes e seus familiares realmente vivenciam no seu cotidiano pode contribuir para criar novas formas de abordagem das doenças.

O estigma na hanseníase

Em meio aos desafios contemporâneos da saúde pública brasileira, a hanseníase, uma das doenças mais antigas da história da medicina, traz consigo marcas sociais e culturais indelévels até os dias atuais.⁹ Doença infecciosa de evolução crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, possui lugar de destaque pela morbidade e impacto social que acarreta. Em função do comprometimento neurológico, se não for tratada, adequada e precocemente, pode evoluir para incapacidades físicas e deformidades.¹⁰ Apesar do diagnóstico relativamente simples, essencialmente clínico a exigir poucos recursos complementares, e da existência de drogas eficazes para o seu tratamento,¹¹ determinantes de ordem social, econômica e de organização dos serviços de saúde têm dificultado o êxito das diretrizes nacionais e internacionais que propõem o alcance da sua prevenção e controle. A hanseníase é depositária legítima do estigma social, fortemente incorporado e cristalizado como um fenômeno global que constitui um dos principais problemas no manejo da doença atuando como fator de entrave ao seu diagnóstico e tratamento precoces, fundamentais para a cura sem sequelas. Desde os tempos mais remotos, aqueles que contraíam a doença despertavam sentimentos de desaprovção,

rejeição social e discriminação.¹² No Brasil, muito já se escreveu para retratar os equívocos cometidos e os traumas provenientes do sistema de segregação compulsória, como forma de evitar o contágio. Por isso, tanto o processo de adoecer por hanseníase quanto suas consequências sociais podem causar um grande impacto sobre a qualidade de vida das pessoas e seus familiares, especialmente nos aspectos econômicos e de participação social.^{13,14} A doença ainda está associada a concepções errôneas e crenças populares em relação a sua causa, transmissão, como ela deve ser reconhecida e tratada.¹⁵ A hanseníase, então, é uma doença tanto social quanto biológica, de modo que não se pode tratar um desses aspectos sem abordar o outro.^{16,17}

O processo de intervenção para o controle da hanseníase no Brasil, responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), se fundamenta no diagnóstico precoce, tratamento dos casos diagnosticados, prevenção e tratamento de incapacidades, vigilância de contatos e campanhas de prevenção¹⁸. Além disso, as políticas públicas implantadas no Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), por meio da educação permanente, preconizando a descentralização dos serviços, têm se mostrado a melhor estratégia para a eliminação da doença e vem contribuindo para a redução da prevalência, ampliando o acesso ao tratamento, a qualidade do atendimento e contribuindo para a redução da exclusão social^{19,20}. Entretanto, a integração da hanseníase na atenção básica só será efetiva quando houver a valorização dessas ações, inserindo o tema nos currículos do ensino médio, formação técnica em saúde, bem como, nos currículos de graduação da área de saúde, formando profissionais habilitados para a atenção integral das pessoas que apresentam hanseníase e de seus familiares.²¹⁻²³

Por outro lado, trabalhos na literatura especializada relacionam a redução do acesso ao diagnóstico e tratamento da hanseníase ao despreparo dos profissionais de saúde para realizar as ações de diagnóstico, tratamento e acompanhamento das pessoas acometidas pela doença; ao estigma e preconceito que ainda se fazem presentes e ao desconhecimento da população sobre os sinais iniciais da doença e sobre os locais de diagnóstico e tratamento.²¹⁻²⁴ Estes fatores vêm culminando em falhas e atrasos no diagnóstico, com grande parte dos doentes iniciando o tratamento quando já apresentam algum grau de incapacidade física. Esta situação representa grande ônus ao sistema de saúde e principalmente ao doente, que, além de enfrentar todos os fatores inerentes à doença, passa a conviver também com o medo da rejeição.

A realização de pesquisas no cotidiano de atendimentos, seja entre profissionais ou estudantes, é importante para se identificar atitudes discriminatórias, muitas vezes não percebidas pelas pessoas envolvidas no processo.

Neste capítulo são relatados os resultados de dois estudos, um deles realizado com estudantes de medicina e outro com profissionais da atenção primária à saúde, nos quais foram investigadas atitudes relacionadas à hanseníase.

Objetivos:

No primeiro estudo investigou-se se os graduandos de medicina demonstravam algum tipo de preconceito ou medo associado com a hanseníase, utilizando a comparação entre dois grupos paralelos de estudantes, no início e ao final do curso.

No segundo estudo avaliou-se a percepção dos profissionais da atenção primária à saúde em relação a um suposto diagnóstico de hanseníase em colega de trabalho.

Metodologia:

Do primeiro estudo, realizado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (FM/UFMG) em 2012, participaram 632 estudantes matriculados no primeiro e no último ano do curso de medicina. O estudo foi transversal comparativo, entre dois grupos paralelos: Grupo 1 (ingressantes, primeiro ano), quando o conhecimento do estudante se nivela ao do senso comum e Grupo 2 (internos, último ano), quando a maior parte do conteúdo teórico e prático já foi ofertada. Utilizou-se formulário estruturado e autoaplicável elaborado para a pesquisa, baseado nos manuais do Ministério da Saúde do Brasil, 10 com questões referentes ao conhecimento e outras relacionados com atitudes preconceituosas a respeito da hanseníase.²⁵

Os estudantes foram abordados sem anúncio prévio, por meio de um breve esclarecimento sobre o estudo e seus objetivos. Após concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os estudantes deram respostas não identificadas, individuais, imediatas e sem consulta. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (CAAE 07270012.8.0000.5149).

Para avaliar as atitudes frente à doença foram feitas comparações entre os dois grupos, por meio de análises univariada e multivariada. As variáveis foram descritas por meio de distribuição de frequências. Foi realizada análise bivariada para comparar os Grupos 1 e 2, utilizando-se o teste do Qui-quadrado de Pearson assintótico (quando menos de 20% das caselas da tabela apresentaram valor esperado entre 1 e 5, e 80% apresentaram valores maior ou igual a 5) e Qui-quadrado de Pearson exato (quando mais de 20% das caselas da tabela apresentaram valor esperado entre 1 e 5). As variáveis que não apresentaram distribuição normal, segundo o teste de Shapiro Wilk, foram avaliadas pelo teste de Mann Whitney.

Foi realizada também análise multivariada utilizando modelo de regressão logística. As variáveis significativas ao nível de 0,20 foram consideradas candidatas ao modelo multivariado. Ajustou-se o modelo com todas as candidatas e, passo a passo, foi

retirada a variável com maior valor de p até se alcançar o modelo final, quando todas as variáveis foram significativas ao nível de 0,05. No modelo multivariado final de regressão logística foi verificado a qualidade de ajuste através do teste de Hosmer & Lemeshow.

A segunda pesquisa foi um estudo epidemiológico, descritivo, transversal. Os dados foram obtidos em inquérito realizado pelo Curso de Pós-graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, da FM/UFMG, em 2012. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CAAE 01140812.1.0000.514). Abrangeu as Equipes de Saúde da Família (ESF) das 53 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das cinco Unidades Básicas de Referência (UBR) em Ribeirão das Neves, Minas Gerais. Os profissionais presentes na unidade no dia da visita, que concordaram e assinaram o TCLE, preencheram um questionário autoaplicável, com questões relativas ao desempenho profissional sobre saúde pessoal, sobre violência e, sobre o atendimento de hanseníase, tuberculose e HIV/AIDS, doenças estas de notificação compulsória. Para o presente estudo foram avaliados os dados de hanseníase. Foram excluídos questionários de profissionais com menos de um ano de trabalho na unidade de saúde. Utilizou-se o software SPSS, versão 20 e o programa R Development Core Team 2012, para a confecção do banco de dados e análise dos resultados.

Realizou-se análise descritiva de variáveis para caracterização do perfil dos profissionais. As categorias profissionais consideradas foram médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde e outros. As variáveis relacionadas à hanseníase foram comparadas em relação à faixa etária, função ocupada pelos profissionais nas unidades e a existência ou não do trabalho em equipe. Adotou-se nível de significância de 5%. Duas questões, que demandavam justificativa quando a resposta era “não”, foram objeto de avaliação. Utilizou-se dados secundários, disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)), considerando como referência os anos de 2010 e 2011, para identificação do número de casos diagnosticados.²⁶

Resultados e discussão

Atitudes dos estudantes de medicina, ao início e final do curso em relação à hanseníase

Participaram 540 (85,4%) dos 632 estudantes matriculados nos dois anos estudados, 260 (84,1%) dos ingressantes e 280 (86,6%) dos internos. Quando indagados sobre a atitude em relação ao diagnóstico de hanseníase em seu melhor amigo apenas o fato de ser interno ou ingressante mostrou diferença, com os internos tendo maior predisposição para manter o convívio ($p < 0,0001$). Gênero, procedência e renda familiar não influenciaram na resposta. Foi então realizada a análise de atitudes de evitamento com o conhecimento acerca da doença (tabela 1).

TABELA 1: Resultado da associação de atitudes com o conhecimento sobre hanseníase entre estudantes de medicina (n 540)

Variáveis	Se o seu melhor amigo(a) recebesse o diagnóstico de hanseníase você			Total	Valor-p
	Mantaria convívio n(%)	Evitaria algumas situações de contato n(%)	Afastaria dele n(%)		
Causa da hanseníase					
Acertou	313 (90,2)	158 (83,2)	0 (0,0)	471 (87,7)	0,017 ¹
Errou	34 (9,8)	32 (16,8)	0 (0,0)	66 (12,3)	
Transmissão da hanseníase					
Acertou	191 (55,5)	82 (43,9)	0 (0,0)	273 (51,4)	0,010 ¹
Errou	153 (44,5)	105 (56,1)	0 (0,0)	258 (48,6)	
Sinais e sintomas da hanseníase					
Acertou	335 (95,7)	177 (93,7)	0 (0,0)	512 (95,0)	0,295 ¹
Errou	15 (4,3)	2 (6,3)	0 (0,0)	27 (5,0)	
Diagnóstico da hanseníase					
Acertou	208 (59,9)	94 (50,0)	0 (0,0)	302 (56,4)	0,027 ¹
Errou	139 (40,1)	94 (50,0)	0 (0,0)	233 (43,6)	
Tratamento da hanseníase					
Acertou	278 (79,7)	128 (68,1)	0 (0,0)	406 (75,6)	0,003 ¹
Errou	71 (20,3)	60 (31,9)	0 (0,0)	131 (24,4)	
Acompanhamento da hanseníase					
Acertou	216 (61,9)	90 (47,9)	0 (0,0)	306 (57,0)	0,002 ¹
Errou	133 (38,1)	98 (52,1)	0 (0,0)	231 (43,0)	
Cura da hanseníase					
Acertou	292 (83,9)	160 (84,2)	0 (0,0)	452 (84,0)	0,927 ¹
Errou	56 (16,1)	30 (15,8)	0 (0,0)	86 (16,0)	
Notificação da hanseníase					
Acertou	180 (52,0)	56 (29,8)	0 (0,0)	236 (44,2)	<0,0001 ¹
Errou	166 (48,0)	132 (70,2)	0 (0,0)	298 (55,8)	
Apto a responder dúvidas básicas					
Sim	135 (39,1)	51 (27,0)	0 (0,0)	186 (34,8)	0,005 ¹
Não	210 (60,9)	138 (73,0)	0 (0,0)	348 (65,2)	

1 Teste Qui-quadrado de Pearson assintótico 2 Teste Qui-quadrado de Pearson exato 3 Teste Mann Whitney

Pode-se observar que com exceção de conhecer os principais sinais e sintomas e saber que hanseníase tem cura, as demais variáveis relacionadas ao conhecimento mostraram que a manutenção do convívio está relacionada ao maior conhecimento sobre a doença.

A partir desses resultados, foi realizada a análise multivariada, e as variáveis mais importantes foram: grupo, notificação compulsória e acompanhamento (ao nível de 0,05), conforme tabela 2.

Os resultados evidenciam que a manutenção do convívio do interno com um amigo com suposto diagnóstico de hanseníase é 5,5 vezes maior do que a do ingressante. A chance do estudante que conhece que a doença é de notificação compulsória assim como a daquele que sabe como fazer o acompanhamento da mesma é duas vezes maior em manter o convívio do que a do aluno que errou.

TABELA 2: Avaliação do conhecimento de hanseníase entre os estudantes de medicina da FM/UFMG: modelo multivariado final de regressão logística da variável estigma com as variáveis sócio-demográficas e do conhecimento (modelo 6). Teste de Qualidade de Ajuste de Hosmer & Lemeshow valor-p=0,839

Variáveis	O seu melhor amigo(a) recebeu diagnóstico de hanseníase você		OR	IC95%OR	Valor-p
	Manteria convívio	Evitaria algumas situações de contato			
Grupo					
1 (ingressante)	129 (36,9)	131 (68,9)	1		
2 (interno)	221 (66,1)	59 (31,1)	5,52	3,14 ; 9,72	<0,0001
A hanseníase é doença de notificação compulsória?					
Acertou	180 (52,0)	56 (29,8)	2,13	1,22 ; 3,74	0,008
Errou	166 (48,0)	132 (70,2)	1		
O acompanhamento do paciente deve ser feito em:					
Unidades Básicas de Saúde	216 (61,9)	90 (47,9)	2,12	1,42 ; 3,17	<0,0001
Outros	133 (38,1)	98 (52,1)	1		

A hanseníase na Atenção Primária à Saúde de um município da região metropolitana de Belo Horizonte

Na pesquisa com os profissionais da atenção primária à saúde (APS) um total de 317 profissionais preencheu o questionário. Foram excluídos os dados de 17 profissionais com menos de um ano de atuação na unidade de saúde.

Os 300 questionários analisados foram preenchidos por 15 (5,0%) médicos, 29 (9,7%) enfermeiros, 44 (14,7%) auxiliares de enfermagem ou técnicos de enfermagem (A/TE), 153 (51,0%) ACS e 59 (19,7%) demais profissionais de nível médio e superior. No grupo estudado predominou sexo feminino, a faixa etária entre 30 e 49 anos, com média de 35,3 anos, casados e com ensino médio.

Para conhecer a realidade das unidades de saúde com relação à detecção e abordagem dos casos de hanseníase, foram colocadas as alternativas descritas na tabela 3. Percebe-se que o número de casos diagnosticados foi pequeno. Dos 228 respondentes, 39% relatou encaminhar os pacientes para serviços de referência. Apesar de o município estudado ter um fluxo diferenciado para as doenças infecciosas, contando com unidades de referência para tal, esta não é a orientação do Ministério da Saúde que preconiza o diagnóstico e tratamento dos casos sem intercorrências nas UBS.¹⁸ Apenas 7,9% afirmou que houve continuidade de tratamento na UBS depois do atendimento inicial em unidade de referência. Tal conduta, juntamente com o número pequeno de casos, perpetua a falta de experiência das equipes com a hanseníase, o que pode contribuir para a manutenção de

diagnósticos tardios, relacionados com altas taxas de deformidades e reações imunológicas graves. Essas situações favorecem a ocorrência de deformidades que concorrem para a manutenção do preconceito e do estigma em relação à doença.²⁷

TABELA 3: Distribuição dos casos de hanseníase, detectados, tratados ou encaminhados pelas unidades de Atenção Primária à Saúde em Ribeirão das Neves, MG, 2012.

Tratamento e encaminhamento de usuários	Hanseníase	
	n	%
Nunca foi detectado um caso	68	29,8
A unidade detectou casos e iniciou tratamento	40	17,5
A unidade detectou caso e encaminhou para serviço de referencia	89	39,0
Após atendimento na referencia continuou o tratamento em sua unidade	18	7,9
Os casos são atendidos em outros serviços	13	5,7
Total	228	100

Em relação à questão: “ao detectar um caso de hanseníase em sua unidade você assumiria o tratamento” com opções: “sim” ou “não, por que”, considerando as respostas válidas, 61% assumiriam tratá-lo. Entre os que responderam que não assumiriam o tratamento, 18 (26,5%) profissionais responderam “que acompanhariam ou orientariam os casos”, 17 (25,0%) relataram encaminhamento para serviço especializado do município, 8 (11,8%) que era “função médica” e 21 (30,9%) “por desempenhar outras funções ou por questões administrativas”. Os profissionais especificaram o nome do local de referência onde são atendidos os casos de hanseníases no município.

Dentre as justificativas para não assumir o tratamento, considerando que o atendimento da APS deve ser realizado em equipe, vale salientar as respostas:

É o papel de a unidade básica supervisionar o tratamento.

Assumir enquanto coordenador sim, porém todos os canais e não somente eu, devo assumir este tratamento.

Se for minha responsabilidade dentro do meu trabalho e sendo respaldada por um responsável responderia sim.

Não é da minha competência, mas irei orientar o usuário para conseguir o tratamento e irei acompanhar em casa durante o tratamento.

É de interesse destacar a predisposição dos profissionais em assumir o tratamento e acompanhamento de hanseníase nas unidades básicas: 61% assumiriam o tratamento. Quando responderam que, se fosse sua atribuição e se fossem capacitados acompanhariam os casos, percebe-se que os profissionais consideram estes atendimentos nas unidades como atribuição da ESF. Na realidade essa predisposição está de acordo com o que é recomendado pelo MS18, e a questão que se coloca é a própria dificuldade da organização

desse atendimento em uma área de baixa prevalência da doença, dentro da premissa de atenção integral ao portador de hanseníase na APS, pela dificuldade em se manter um nível de expertise que dê segurança as equipes para a condução dos casos.

Para avaliar a atitude de profissionais da APS, foi proposta a pergunta sobre qual seria a conduta frente ao diagnóstico fictício de hanseníase em colega de trabalho. O afastamento do trabalho foi sugerido por um quinto dos profissionais. (Tabela 4)

TABELA 4: Atitude dos profissionais de saúde frente a diagnóstico hipotético de hanseníase em colega de trabalho da unidade de saúde, Ribeirão das Neves, MG, 2012.

Trabalho	n	%
Continuar trabalhando e tratando	193	76,3
Continuar trabalhando, mas evitando maiores contatos com a equipe.	7	2,8
Deve se afastar do trabalho	53	20,9
Total	253	100

Relacionando a mesma questão com a função ocupada na unidade, item que foi preenchido por 296 profissionais, os maiores percentuais de aceitação para continuar trabalhando frente ao diagnóstico da hanseníase foram dos médicos (86,7%) e enfermeiros (82,8%) e os menores dos A/TE (59,1%) e de “outros profissionais” (47,4%). Deve ser salientado que não existe recomendação do MS para o afastamento do trabalho pelo diagnóstico da hanseníase.¹⁸

As duas pesquisas sugerem que o maior conhecimento sobre hanseníase é capaz de melhorar a atitude frente a pessoa próxima com suposto diagnóstico da doença. Entretanto, há controvérsias na literatura a respeito da educação/conhecimento ser determinante maior para diminuir atitudes discriminatórias, pois estas teriam origens multifatoriais e complexas.^{8,28,29} Segundo Harris, 2011, o estigma não se restringe às pessoas acometidas por hanseníase, mas faz parte também do discurso sobre a doença, desde a organização do serviço de saúde até a formulação de futuras intervenções.²⁸ Por outro lado, Feenstra, 2003 ressalta que atividades informativas desencadeiam aumento do conhecimento, mudança de comportamento e redução do estigma na hanseníase.³⁰ Para Giri, 2011, falta de conhecimento ou informações incorretas podem estar na origem de muitas causas de estigma.¹⁵ Não se pode considerar que apenas educação e conhecimento da doença vão mudar seu conceito junto às pessoas. É importante conhecer o que os doentes e seus familiares realmente vivenciam no seu cotidiano, o que pode contribuir para criar novas formas de abordagem das doenças.

Considerações finais

Embora o estigma e a discriminação na hanseníase tenham origens muito complexas e não possam ser simplificados, nos dois estudos foram evidenciadas atitudes

mais favoráveis a respeito da doença pelos internos, quando comparado aos ingressantes do curso médico, e pelos profissionais de saúde de nível superior, sugerindo que maior conhecimento da doença esteja ligado a menor preconceito e atitudes de maior disposição para o cuidado. A persistência de atitudes preconceituosas detectadas em aproximadamente 20% dos respondentes, seja entre os estudantes de medicina ao final do curso ou entre os profissionais da atenção primária do município estudado, sugere que apenas educação e conhecimento não bastam para modificar o comportamento das pessoas frente à doença.

Referências

1. WEISS, M.G; RAMAKRISHNA, J; SOMMA D. Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions. **Psychol Health Med.** v.1, n.3, p.277-87, 2006 .
2. VAN BRAKEL, W.H. Measuring health-related stigma—A literature review. **Psychol Health Med.** v. 11, n.3, p.307- 44, 2006.
3. SADALA, M.L.A; MARQUES, S.A. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais da saúde. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 22, n.11, p.2369-78, 2006.
4. INTERNATIONAL FEDERATION OF ANTI-LEPROSY ASSOCIATIONS. **Guideline to reduce stigma. Guide 1-What is health-related stigma?**. London / Amsterdam: ILEP & NLR; 2011.
5. GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
6. LINK, B.G; PHELAN, J.C. Conceptualizing Stigma. **Annu Rev Sociol.** v.27, p.363-85, 2001.
7. STAPLES, J. Interrogating leprosy 'stigma': why qualitative insights are vital. **Lepr Rev.** v.82, n.2. p. 91-7, 2011.
8. HEIJNDERSA, M; VAN DER MEIJA, S. The fight against stigma: An overview of stigma-reduction strategies and interventions. **Psychol Health Med.** v.11, n.3, p.353 -63, 2006.
9. EIDT, L.M. Ser hanseniano: sentimentos e vivências. **Hansen. Int.** v.29, n.1, p.21-27, 2004.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 111)
11. ARAÚJO, M.G. Hanseníase no Brasil. **Rev Soc Bras Med Trop.** v.36, n.3, p.373-82, 2003.
12. HELMAN, C.G. Malária e lepra. In: Helmam CG. **Cultura, Saúde e Doença.** 2ª ed. São Paulo: Artmed, 1994. p.369-73.
13. MARTINS, B.L; TORRES, F.N; OLIVEIRA, M.W. Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do Dermatology Life Quality Index com diversas variáveis relacionadas à doença. **An Bras Dermatol.** v. 83, n.1, p.39-43, 2008.
14. QUEIROZ, M.S; CARRASCO, M.A. O doente de hanseníase em Campinas: Uma perspectiva antropológica. **Cad Saúde Públ.** v.11, n.3, p.479-90, 1995.
15. GIRI, P.A; PHALKE, D.B; AARIF, S.M. A study of knowledge, attitude and practices regarding leprosy among undergraduates and interns of a medical college and hospital from rural Índia. **Indian J Lepr.** New Delhi, v.83, n.2, p.75-80, 2011.
16. RAJKUMAR, E; JULIOUS, S; SALOME, A; JENNIFER, G; JOHN, A.S; KANNAN, L; RICHARD, J. Effects of environment and education on knowledge and attitude of nursing students towards leprosy. **Indian J Lepr.** v.83, n.1, p.37-43, 2011.

17. EIDT, L.M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**.v.13, n.2. p.76-88, 2004.
18. Brasil.Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. **Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011**.
19. DIAS, R.C; PEDRAZZANI, E.S. Políticas públicas na hanseníase: contribuição na exclusão social. **Rev Bras Enferm**. v. 61, n.esp, p.753-6, 2008.
20. PENNA, M.F; OLIVEIRA, M.W; CARMO, E.H; PENNA, G.O; TEMPORÃO, J.G. Influência do aumento do acesso à atenção básica no comportamento da taxa de detecção de hanseníase de 1980 a 2006. **Rev Soc Bras Med Tropical**. v. 41, supl. II, p.6-10, 2008.
21. LANA, F.F; DAVI, R.L; LANZA, F.M; AMARAL, E.P. Detecção da Hanseníase e Índice de Desenvolvimento Humano dos Municípios de Minas Gerais. Brasil. **Rev Eletr Enf**. v.11, n.3, p.539-44, 2009.
22. BRANDÃO, P. Assistência ao portador de hanseníase. **Rev Bras Enferm**. v. 61, n. esp, p. 782-3, 2008.
23. DIAS, A; CYRINO, E.G; LASTÓRIA, J.C. Conhecimentos e necessidades de aprendizagem de estudantes de fisioterapia sobre hanseníase. **Hansen Int**. v.32, n.1, p. 9-18, 2007.
24. PEREIRA, A.J; HELENE, L.F; PEDRAZZINI, E.S; MARTINS, C.L; VIEIRA, C.A. Atenção básica de saúde e a assistência em hanseníase em serviços de saúde de um município do estado de São Paulo. **Rev Bras Enferm**. v.61, n. esp. p.716-25, 2008.
25. ALVES, C.R.P ; ARAÚJO, M.G; RIBEIRO, M.M.F; MELO, E.M . Evaluation of Teaching on Leprosy by Students at a Brazilian Public Medical School. **Rev Bras Edu Med**. v.40, p.393-400, 2016.
26. BAMBIRRA N. **A percepção dos profissionais da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde de Ribeirão das Neves, Minas Gerais, sobre a abordagem da hanseníase, tuberculose e HIV/ Aids**..2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Promoção de saúde e prevenção da violência. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.
27. LANZA, F.M; LANA, F.C.F. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. **Texto & Contexto Enferm**. v.20, n.esp, p.238-46, 2011.
28. HARRIS, K. Pride and prejudice – Identity and stigma in leprosy work. **Lepr Rev**. v. 82, n.2, p.135–146, 2011.
29. WHITE, C. Leprosy and Stigma in the Context of International Migration. **Lepr Rev**. v.82, n.2, p.147–154, 2011.
30. FEENSTRA, P. “Elimination” of leprosy and the need to sustain leprosy services, expectations, predictions and reality. **Inter J Lepr**. v.71, n.7, p. 248-56, 2003.