

Globethics Repository



Preconceito e conhecimento sobre hanseníase [Prejudice and knowledge about leprosy]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository.
More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy
of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Mesquita Filho, Marcos; Lazzari Gomes, Cristina Filomena
Publisher	Centro Universitário São Camilo
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-07-14 01:10:54
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/214284

Preconceito e conhecimento sobre hanseníase: a situação do agente comunitário de saúde

Prejudice and knowledge about leprosy: the situation of communitarian health agents

Marcos Mesquita Filho*

Cristina Filomena Lazzari Gomes**

RESUMO: O preconceito contra os portadores de hanseníase persiste, ainda hoje, na sociedade. Este estudo objetiva discutir, sob a ótica das situações persistentes e da vulnerabilidade, preconceito e conhecimento sobre hanseníase por Agentes Comunitários de Saúde. Trata-se de um estudo transversal, observacional e analítico, que teve como cenários os territórios da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios de Pouso Alegre e Poços de Caldas. Foram entrevistados 153 sujeitos buscados nas Unidades Básicas de Saúde, sede de cada ESF. Utilizou-se de dois instrumentos para coleta de informações: um para dados sociodemográficos e outro que verificava preconceito, concepções e conhecimento sobre a doença. Realizou-se análise estatística pelo uso dos testes de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis. Por volta de 25% das respostas sobre conhecimento foram incorretas; 5% mostraram preconceito em todas as questões e 15% dos ACS afirmaram que nunca se relacionariam com hansenianos. Agentes comunitários de saúde sem filhos tinham menos preconceito do que os demais ($p = 0,019$), e os que atuavam entre 12 e 36 meses também eram os menos preconceituosos ($p = 0,022$). Os resultados obtidos indicaram a existência de preconceito em relação à hanseníase e a desinformação sobre aspectos importantes da doença. O agravo ocorre em população vulnerável e pode ser avaliado como uma situação persistente que não deveria acontecer até os dias de hoje. O desconhecimento e o preconceito contribuem para sua persistência.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética. Preconceito. Hanseníase. Saúde Pública. Saúde da Família.

ABSTRACT: Prejudice against people having leprosy persists even today in society. The aim of this study is to discuss prejudice against and knowledge about leprosy by Communitarian Health Agents under the perspective of vulnerability and persistent situations. A cross-sectional, observational and individual study was developed in the territories where is set the family health strategy in the cities of Pouso Alegre and Poços de Caldas-MG. 153 workers were interviewed in Basic Health Units. Were used two instruments to collect information: one for social and demographic data and another who checked prejudice against, concepts about and knowledge on the disease. Statistical analysis was performed by using Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests. About 25% of responses were incorrect as regards knowledge; 5% showed prejudice in all matters approached, and 15% said they never would relate with people having leprosy. The communitarian health agents without children showed less prejudice than those having children ($p = 0.019$) and those who had worked from 12 to 36 months as agents showed less prejudice than those working for lesser periods ($p = 0.022$). The results obtained indicated the presence of prejudice and misinformation about important aspects of the disease. The disease affects mostly the vulnerable population and can be evaluated as a persistent situation that must not continue to happen until the present day. Lack of knowledge and prejudice contribute to its persistence, as the study shows.

KEYWORDS: Bioethics. Prejudice. Leprosy. Public Health. Family Health.

INTRODUÇÃO

O que torna indivíduos, grupos e mesmo países inteiros vulneráveis? Por que a vulnerabilidade constitui uma preocupação da Bioética? Uma resposta simples a ambas as questões é que indivíduos e grupos vulneráveis estão sujeitos à exploração, que é moralmente errada¹. A ética é a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade². A bioética das situações persistentes relaciona-se com a historicidade das condições que teimosamente persistem entre as sociedades humanas desde a antiguidade, como a exclusão¹.

O preconceito, usualmente incorporado e acreditado, é a mola central e o reprodutor mais eficaz da discriminação e da exclusão, portanto da vulnerabilidade e da violência. Preconceito significa fazer um julgamento prematuro, inadequado sobre determinada situação³. Indivíduos pré-dispostos aos preconceitos são vulneráveis e suscetíveis, presas fáceis da discriminação, da negação de seus direitos e da estigmatização. O termo vulnerabilidade, na língua espanhola, denota a suscetibilidade a ser prejudicado⁴. A vulnerabilidade, do ponto de vista ético, é a vulnerabilidade social, sempre produto de interações sociais. Os portadores de hanseníase vivem nessa situação.

Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, que se manifesta principalmente por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos⁵, que podem levar a incapacidades e sequelas, que muitas vezes evoluem para deformidades físicas⁶. A incapacidade, entretanto, não se resume à mera disfunção física, pois inclui a limitação de atividades, estigma, discriminação e restrição à participação social⁷. A vitalidade orgânica e a consciência do paciente geralmente são preservadas. Seu sofrimento mais acentuado ocorre principalmente no campo moral⁸. Apesar de nos dias de hoje se dispor de tratamento eficaz e de curta duração, a poliquimioterapia, o estigma associado à moléstia persiste na maioria dos países⁹.

O estigma é um atributo que produz um descrédito amplo na vida de um indivíduo, estabelecendo uma relação com o outro impessoal, despersonalizante¹⁰. Origina-se, geralmente, de situações fora dos padrões sociais aceitos como normais, sendo que um indivíduo estigmatizado costuma sofrer rejeição¹¹. A hanseníase, carrega uma importante carga de preconceitos acumulados, que ocorrem a partir de construções sociais relacionadas com mitos e credences tradicionais, originados na desinformação e no desconhecimento⁹. O estigma é figura central do impacto social da hanseníase. Seu longo alcance leva à exclusão social do doente, à evasão dos serviços, à deterioração da saúde individual e do *status* socioeconômico, à redução da qualidade e da eficácia dos programas voltados ao seu controle¹². O estigma não é um fenômeno único, possui vários componentes: o autoestigma (vergonha, baixa autoestima pelo portador da doença), o estigma público (por exemplo, o preconceito do público em geral), que também está associado à restrição da participação social e da discriminação da pessoa infectada⁷. No nível individual, como consequência do preconceito, os portadores da hanseníase também estão mais sujeitos à desagregação familiar, divórcio e desemprego¹³. O estigma, visto como um processo social, envolve não somente os indivíduos afetados, mas desempenha um papel em todos os aspectos do discurso da hanseníase, desde a organização

dos cuidados de saúde e da identidade social dos trabalhadores, até a formulação de futuras intervenções¹⁴.

A hanseníase é predominantemente uma enfermidade de países com situações de pobreza e miséria¹⁵. Apesar dos avanços observados no seu controle, a endemia ainda apresenta indicadores epidemiológicos alarmantes. O Brasil está entre os nove países que não alcançaram, em 2005, a meta da Organização Mundial de Saúde para sua eliminação: menos de 1 doente para cada 10.000 habitantes¹⁶. As ações voltadas a seu controle devem ser realizadas pelos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). A Saúde da Família é a estratégia para a organização da APS no Brasil¹⁷. As equipes de saúde da família trabalham no diagnóstico precoce e acompanhamento de seus casos. O Agente Comunitário de Saúde (ACS), elo entre a população e a equipe, é o responsável pela investigação de prováveis portadores dessa doença e geralmente é quem primeiro entra em contato com o paciente. Ele conhece todas as famílias em sua área de abrangência e as visita periodicamente, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde.

O objetivo deste estudo foi avaliar conhecimento e preconceito em relação à hanseníase em agentes comunitários de saúde na ótica da bioética das situações persistentes e da vulnerabilidade.

MÉTODO

O estudo foi transversal, observacional e analítico. Teve como cenários territórios onde se encontra implantada a Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios de Pouso Alegre e Poços de Caldas. Em Poços de Caldas, 52,9% da população era coberta por equipes da ESF e, em Pouso Alegre, 50,5%. A pesquisa ocorreu no ano de 2009. Os sujeitos dessa pesquisa foram todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das duas cidades. Os critérios de elegibilidade foram: ser profissional contratado pelos municípios, estar em plena atividade, atuar há pelo menos seis meses e concordar em participar da pesquisa. Foram entrevistados

179 ACS de 41 equipes de ESF e, devido a exclusões, trabalhou-se com 153 indivíduos.

Foi utilizado um instrumento para coleta de dados sociodemográficos e sobre o trabalho do ACS. Um segundo, composto por vinte questões fechadas, verificou concepções sobre a hanseníase, o conhecimento sobre a doença (14 questões), a presença de preconceito (6 questões) e a importância das campanhas educativa (7 questões). Foi desenvolvido e validado por Oliveira, et al¹⁸. Cada item recebia um ponto no caso da resposta estar correta. Caso contrário, recebia o valor zero. Quanto mais alta fosse a pontuação de cada um dos três aspectos estudados, maior era a inserção do entrevistado na categoria correspondente. Assim, o máximo Conhecimento sobre Hanseníase correspondeu a quatorze pontos; o maior Preconceito, a seis; e Informações sobre Campanhas de Divulgação e Educação, sete.

Os sujeitos da pesquisa foram buscados nas Unidades Básicas de Saúde, sede de cada ESF. Os objetivos e procedimentos eram relatados e solicitava-se sua participação. Quando havia concordância, procedia-se à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o preenchimento do formulário sociodemográfico. Em seguida, os questionários eram lidos e, havendo compreensão, era solicitado o seu autopreenchimento. No caso de dúvidas, as perguntas eram relidas quantas vezes fossem necessárias para o entendimento, não se explicando seu teor, para se evitar influências do entrevistador.

Os procedimentos de análise estatística descritiva foram efetuados utilizando-se média, desvio padrão (DP), valores máximo e mínimo na descrição das variáveis contínuas. Para as categóricas, utilizou-se de proporções. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para definição da existência ou não de adesão à normalidade. Como seus resultados apresentaram um valor de $p < 0,05$, concluiu-se que as variáveis quantitativas em estudo eram do tipo não paramétricas. Portanto, a comparação de medidas de tendência central foi obtida pelos testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

Foi estabelecido $p \leq 0,05$ para rejeição da hipótese de nulidade.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVÁS sob parecer n. 1107/09.

RESULTADOS

Foram aplicados 179 questionários. Houve 26 exclusões de profissionais com tempo insuficiente de trabalho (menos de seis meses). Das entrevistas, 54% foram realizadas em Poços de Caldas e 46%, em Pouso Alegre. O tempo médio de serviço dos ACS foi de 23,9 meses, variando de 6 a 90 meses, sendo que 70 (45,75%) trabalhavam por um período inferior a 12 meses. Constituíam-se principalmente por mulheres (92,8%) cuja faixa etária mais frequente foi a de 18 a 29 anos (44,5%), seguida da de 30 a 39 anos, com 30,7%, e os demais tinham idade maior que 40. Em relação à escolaridade, 123 ACS (80,4%) cursaram o ensino médio. Os casados ou que viviam juntos eram 61,4%. A cor da pele autorreferida que predominou foi branca, com 63,4%, sendo que os demais se declaravam negros ou pardos. A maioria tinha filhos (68,6%), apresentando uma média de 1,3 por ACS. Declaravam-se católicos (73,2%), evangélicos (19,6%) ou de outra religião (7,2%). A maioria das Unidades Básicas de Saúde em que atuavam se situava na zona urbana (91,5%). Mais da metade não participava de associações comunitárias.

Quanto ao Conhecimento a respeito da doença (Tabela 1), observou-se: todos os ACS já tinham ouvido falar tanto em lepra como em hanseníase. Apesar de 90,2% dos entrevistados a considerarem uma doença contagiosa, 47,7% afirmaram que seu agente não era bacteriano. Foram 98,1% os que disseram que existia tratamento e 96,7% declararam conhecer seus sintomas. Ao se indagar qual seria a sintomatologia, 98,7% informaram que seriam manchas na pele com perda de sensibilidade. Entretanto, 1,96% respondeu ser febre, 22,2%, somente manchas e 3,3%, perda de peso.

Tabela 1. Conhecimento sobre Hanseníase pelos Agentes Comunitários de Saúde

CONHECIMENTO	n.	%
1. Ouviu falar em Lepra		
Sim	153	100,0
2. Ouviu falar em Hanseníase		
Sim	153	100,0
3. É uma doença contagiosa		
Sim	138	90,2
Não	15	9,8
4. Agente etiológico		
Resposta correta (bactérias)	80	52,3
Respostas incorretas	73	47,7
5. Existe tratamento		
Sim	150	98,1
Não / Não sei	3	1,9
6. Deve haver segregação do contato com a família		
Sim	4	2,6
Não	143	93,5
Não sei	6	3,9
7. Conhece os sintomas		
Sim	148	96,7
Não	5	3,3
8. O paciente tem febre		
Sim	3	2,0
Não	150	98,0
9. Apresenta manchas com diminuição de sensibilidade		
Sim	151	98,7
Não	2	1,3
10. O paciente tem alergia		
Não	153	100,0
11. O paciente apresenta apenas manchas		
Sim	119	77,8
Não	34	22,2
12. A doença causa perda de peso		
Sim	5	3,3
Não	148	96,7
13. Existem muitos doentes no Brasil		
Sim	77	50,3
Não	40	26,1
Não sei	36	23,5
14. A doença está controlada		
Sim	112	73,2
Não	41	26,8

Foi negado por 93,5% que haja necessidade de se segregar o paciente em tratamento da família. A metade dos sujeitos (50,3%) disse que no Brasil existem muitos hansenianos. Para 73,2% dos entrevistados, ocorria o controle da hanseníase no país.

No item preconceito (Tabela 2), 81,7% dos ACS relataram não conhecer portadores de hanseníase, 74% referiram que se relacionariam com hansenianos e para 92,2% não haveria problema em apertar a mão de pacientes. 91,6% se sentariam ao lado de um doente. Uma proporção de 71,2% concordou que o paciente não necessita de afastar-se do seu trabalho. O isolamento permanente de algum familiar do ACS que adquirisse hanseníase foi contestado por 98,7% e a segregação do contato da sua família foi negada por 93,5%.

Tabela 2. Preconceito em relação à hanseníase pelos Agentes Comunitários de Saúde

PRECONCEITO	n.	%
1. Conhece pacientes		
Sim	26	17,0
Não	125	81,7
Não sei	2	1,3
2. O paciente deve se afastar obrigatoriamente do trabalho		
Sim	26	17,0
Não	109	71,2
Não sei	18	11,8
3. Relaciona-se com pacientes		
Sim	113	74,0
Não	23	15,0
Não sei	17	11,0
4. Aperta a mão dos pacientes		
Sim	141	92,2
Não	2	1,3
Não sei	10	6,5
5. Senta-se ao lado de pacientes		
Sim	140	91,6
Não	2	1,3
Não sei	11	7,1
6. É correto isolar os familiares dos doentes de maneira permanente		
Sim	2	1,3
Não	151	98,7

No tópico sobre Campanhas de Divulgação e Educação (Tabela 3), foram apontados veículos de comunicação como a fonte de informações dos ACS sobre a doença: 89,5% televisão, 21,6% rádio, 67,3% cartazes e apenas um agente nunca teria observado a veiculação desse assunto. Palestras promovidas pelo Serviço de Saúde foram relatadas por 85,7%. Os ACS foram unânimes em concordar que era importante aprender a respeito do problema, bem como que era responsabilidade do serviço de saúde difundir informações sobre hanseníase.

Tabela 3. Contato com campanhas de divulgação e educação em Hanseníase pelos Agentes Comunitários de Saúde

DIVULGAÇÃO E EDUCAÇÃO	n.	%
Observou publicidade sobre hanseníase na Televisão		
Sim	137	89,5
Não	16	10,5
Observou publicidade sobre hanseníase no Rádio		
Sim	33	21,6
Não	120	78,4
Observou publicidade sobre hanseníase em Cartazes		
Sim	103	67,3
Não	50	32,7
Nunca observou publicidade sobre hanseníase		
Sim	1	0,6
Não	152	99,4
Frequentou palestras do serviço de saúde		
Sim	131	85,7
Não	20	13,0
Não sei	2	1,3
É importante aprender sobre a doença		
Sim	153	100,0
Responsabilidade do serviço pelas informações sobre saúde		
Sim	153	100,0

Os escores médios obtidos por categoria corresponderam a 83,6% do máximo de Conhecimentos, 20% do de Preconceito e 97,5% do de Campanhas de Divulgação e Educação. Na comparação dos escores por gênero, faixa etária, escolaridade, estado civil, cor da pele autorreferida, religião, participação em associações comunitárias, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes. Em Preconceito, os ACS que não tinham filhos (escore = 1,38) se mostraram significantemente

mais preconceituosos dos que os que tinham (escore = 1,09) com $p = 0,019$. O preconceito também foi menor nos trabalhadores que tinham entre 12 e 35 meses de tempo de serviço ($p = 0,022$). Conhecimento, assim como Campanhas de Educação e Divulgação também não tiveram os resultados influenciados pelas variáveis estudadas.

DISCUSSÃO

Para o Ministério da Saúde, o Agente Comunitário de Saúde é um trabalhador que atua na comunidade onde vive. É uma pessoa preparada para orientar famílias sobre cuidados com sua própria saúde e também com a saúde da comunidade¹⁹.

Em um estudo realizado em Porto Alegre, sobre o cotidiano do ACS em 29 unidades do ESF (114 agentes), observou-se que, em sua maioria, eram do gênero feminino, sendo que 71% estavam na faixa etária entre 30 e 49 anos, com 9 a 11 anos de estudo, católicos, vivendo com companheiro e com um ou dois filhos¹⁹. 64,8% trabalhavam há mais de três anos e somente 8,8% não tinham completado um ano. No que foi realizado em Cajuri-MG, todos os ACS eram mulheres²⁰. A maioria era católica (90,9%), com idade de 30 a 40 anos (63,6%). Todos também concluíram o Ensino Fundamental, apresentando a escolaridade mínima recomendada para a função. A maioria dos ACS (72,7%) residia na comunidade em que atuava e trabalhava há mais de cinco anos. No presente trabalho, as características dos ACS se assemelhavam às das pesquisas citadas, sendo, entretanto, mais jovens. O tempo de serviço variou muito, com uma proporção elevada dos que trabalhavam há menos de um ano.

O conhecimento dos ACS sobre a hanseníase mostrou-se insuficiente. Uma parcela de 9,8% desconhecia o fato de a hanseníase ser contagiosa, 47,6% não sabia a sua etiologia, 1,9% a consideravam uma doença não tratável e 3,3% ignoravam quais seriam os seus sintomas. Essas proporções, em se tratando de profissionais de saúde, podem ser consideradas elevadas. Esse fato foi reforçado quando a maioria respondeu, incorretamente, que apenas a presença de manchas inespecíficas na pele,

sem perda de sensibilidade, é sintoma de hanseníase e, mais ainda, quando 26,1% dos agentes relataram que características não pertinentes à doença faziam parte de seu quadro clínico (alergia, perda de peso, febre). Essa constatação se ampliou ao se verificar que importante parcela de ACS (26,1%) afirmou existir um número pequeno de hansenianos no Brasil e quando 23,5% não souberam responder a essa questão. A desinformação ficou ainda mais patente, pois a maioria afirmou que a doença já foi controlada nos dias de hoje.

Constatou-se que por volta de 5% dos ACS responderam de maneira preconceituosa a todas as questões sobre esse assunto. Quando se perguntou se o respondente se relacionaria com um hanseniano, a proporção desse tipo de resposta cresceu para 15%. O preconceito se refere a condutas individuais ou coletivas que impõem barreiras às possibilidades de existirem relacionamentos interpessoais com o infectado¹⁸. Esses resultados, se comparados aos de uma pesquisa em que se aplicou o mesmo questionário a estudantes de ensino fundamental¹⁸, mostrou que os ACS têm mais informações, menos preconceitos e maior contato com campanhas de divulgação do que os participantes do outro estudo. Esse achado pode ser atribuído a fatores como a inserção do profissional na área da saúde, apresentando maior interesse no assunto, o contato com possíveis treinamentos, sua maior escolaridade (nível médio e superior – 92,2%) e idade mais avançada. Essas observações, porém, não significam que a informação, preconceito e conhecimento de campanhas por parte dos agentes comunitários seja satisfatória.

Os escores encontrados por categoria reforçaram a carência de conhecimentos e a persistência do preconceito numa categoria profissional que deveria deter informações em hanseníase e interagir de maneira não preconceituosa com o paciente. A desinformação e a desigualdade social alimentam o preconceito. Os pacientes de hanseníase, em sua maioria, vêm dos estratos mais pobres da sociedade, parcelas populacionais de menor acesso ao sistema público de saúde. A isso são acrescidas as dificuldades da baixa escolaridade e do estigma, do acolhimento, tratamento, acompanhamento e reinserção social do hanseniano. O profissional de saúde, quando age de maneira preconceituosa e despreparada,

contribui para a persistência de um agravo cuja existência é injustificável.

Os agentes comunitários sem filhos se mostraram significativamente mais preconceituosos que os demais. Já os que trabalhavam entre um a três anos foram os menos preconceituosos. Essas informações não puderam ser confrontadas com outros achados, pelo fato de não terem sido encontradas na literatura de referência. Entretanto, elas devem estar relacionadas com o fato de essas categorias serem compostas por ACS que teriam experiência com hanseníase e maior acesso à informação, não se tratando nem de pessoas incorporadas recentemente ao Sistema de Saúde nem as mais antigas.

A existência de preconceito foi observada em importante proporção dos ACS. O preconceito em relação à hanseníase continua muito vivo, quer no imaginário da sociedade, quer na realidade dos serviços de saúde. É alarmante pensar que profissionais de saúde contribuam para aumentar o preconceito.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, em seu artigo onze, dispõe: “Nenhum indivíduo ou grupo deve ser discriminado ou estigmatizado por qualquer razão, o que constitui violação, em dignidade humana, aos direitos humanos e liberdades fundamentais” (p. 8)²¹. A existência de preconceito e estigma, como ocorre no caso da hanseníase, desrespeita concomitantemente a bioética e os direitos humanos.

A hanseníase, um dos agravos à saúde que ainda ocorrem no Brasil, não mais faz parte do quadro sanitário e social dos países desenvolvidos. É um problema que se situa entre as chamadas situações persistentes, ou seja, condições de saúde que continuam acontecendo desde a antiguidade e não deveriam mais surgir no século XXI²².

Problemas persistentes, incluindo também o desrespeito aos direitos humanos; a injustiça social; a ausência da equidade e do direito à cidadania; a vulnerabilidade a problemas sociais são assuntos prioritários para a bioética. A hanseníase persiste e acomete preferencialmente indivíduos em estado de grande vulnerabilidade social. A iniquidade, situação altamente prevalente entre esses indivíduos, é de alta relevância, pois não se trata de encontrar somente o meio justo, mas de proteger a pessoa vulnerável conforme suas

necessidades²³. A bioética, enquanto ética aplicada à proteção da vida, possui compromisso com a proteção dos mais vulneráveis, com a tolerância às diferenças, com a busca do diálogo, da solidariedade, para que ocorra a possibilidade de se viver dignamente²³. Na sociedade atual, a bioética, por se dirigir a toda a humanidade, pretende construir um futuro de justiça e uma vida justa abrangendo a todos²⁴. Grande parte dos problemas vividos pelos portadores de hanseníase é de cunho ético. A postura de qualquer profissional de saúde que revele preconceito e estigma é inaceitável.

Prioritariamente, a Estratégia da Saúde da Família é implantada em áreas de exclusão social¹⁷. Seus serviços devem contribuir para a elevação da qualidade de vida e saúde dos habitantes de suas regiões de abrangência. O agente comunitário de saúde, elo entre a comunidade e o serviço, vivencia problemas originados na vulnerabilidade social das famílias adscritas. Os ACS, enquanto profissionais que visitam mensalmente todas as casas de sua microárea, são os primeiros profissionais que observam os problemas de saúde, recebendo informações sigilosas sobre doenças ou situações, não raro estigmatizantes, como as da hanseníase. Para isso, deve ser bem capacitado a exercer suas funções à luz de valores e princípios morais. A desinformação sobre hanseníase é fonte e alimento para a discriminação e para o preconceito.

CONCLUSÃO

Observou-se que preconceito e desinformação em hanseníase estavam presentes entre os Agentes Comunitários de Saúde, que demonstraram despreparo para atuar sobre esse agravo.

Os ACS devem realizar as suas atividades respeitando os direitos, dignidade, autonomia, privacidade e confidencialidade dos usuários da ESF. Para isso, a capacitação desses profissionais é fundamental. O conhecimento sobre a hanseníase é obrigatório para que prevenção, busca ativa e diagnóstico precoce sejam realizados adequadamente, evitando-se que a doença atinja estágios avançados, com presença de deformidades. Os ACS conscientizados sobre a doença poderão implementar também o trabalho em Educação em Saúde, trazendo esclarecimentos e divulgação sobre a realidade da hanseníase e de seus portadores, contribuindo para a sua erradicação e fim da discriminação às pessoas acometidas pelo agravo.

Esse tema abre possibilidades de novas investigações que incluam outros profissionais de saúde que, de maneira direta ou indireta, prestam algum tipo de assistência aos portadores dessa enfermidade e/ou a sequelados por ela. A presença do estigma e do preconceito em outros estratos da sociedade também pode ser foco de novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

1. Macklin R. Bioética, Vulnerabilidade e Proteção. In: Garrafa V, Pessini L, organizadores. Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Edições Loyola; 2003. p. 59-70.
2. Vásquez AS. Ética. 30a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2008.
3. Bandeira L, Batista AS. Preconceito e discriminação como expressão de violência. Rev Estud Fem. 2002 [acesso 7 Nov 2013];10(1):119-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100007>.
4. Stepke FL, Drumond JGF. Fundamentos de Antropologia Bioética: o apropriado, o bom e o justo. São Paulo: Loyola; 2007.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da Hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
7. van Brakel WH, Sihombing B, Djarir H, Beise K, Kusumawardhani L, Yulihane R, Kurniasari I, Kasim M, Kesumaningsih KI, Wilder-Smith A. Disability in people affected by leprosy: the role of impairment, activity, social participation, stigma and discrimination. Glob Health Action. 2012 [cited 2013 Jul 31];5:1-11. Disponível em: <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/18394>. DOI: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v5i0.18394>.

8. Eidt LM. 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 Soc.* 2004 [acesso 11 Nov 2013];13(2):76-88. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000200008>.
9. Sermitirong S, van Brakel WH. Stigma in leprosy: concepts, causes and determinants. *Lepr Rev.* 2014;85(1):36-47.
10. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4a ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1988.
11. Opromola DVA, Baccarelli R. Prevenção de incapacidades em hanseníase. Bauru (SP): Instituto Lauro de Souza Lima; 2003.
12. Kazeem O, Adegun T. Leprosy stigma: ironing out the creases. *Lepr Rev.* 2011;82(2):103-8.
13. Singh GP. Psychosocial aspects of Hansen's disease (leprosy). *Indian Dermatol Online J.* 2012 [cited 2013 Nov 30];3(3):166-70. Available from: <http://www.idoj.in/article.asp?issn=2229-5178;year=2012;volume=3;issue=3;epage=166;epage=170;aulast=Singh>. DOI: <http://dx.doi.org/10.4103/2229-5178.101811>.
14. Harris K. Pride and Prejudice – identity and stigma in leprosy work. *Lepr Rev.* 2011;82(2):135-46.
15. Foss NT, Motta ACF. Leprosy, a neglected disease that causes a wide variety of clinical conditions in tropical countries. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2012 [cited 2013 Nov 28];107(Suppl 1):28-33. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762012000900006&lng=en&nrm=iso&tlng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0074-02762012000900006>.
16. Pereira AJ, Helene LMF, Pedrazini ES, Martins CL, Vieira CSCA. Atenção básica de saúde e a assistência em Hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. *Rev Bras Enferm.* 2008;61(spe):716-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000700011>.
17. Senna MCM. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2002 [acesso 20 Nov 2013];18 (Supl):203-11. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700020&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700020>.
18. Oliveira SS, Guerreiro LB, Bonfim PM. Educação para a saúde: a doença como conteúdo nas aulas de ciências. *Hist Ciênc Saúde Manguinhos.* 2007 [acesso 20 Nov 2013];14(4):1313-28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000400011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000400011>.
19. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc Saúde Colet.* 2005 [acesso 27 Nov 2013];10(2):347-55. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000200012>.
20. Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. *Saúde Soc.* 2009 [acesso 30 Nov 2013];18(4):744-55. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000400017>.
21. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). Declaración universal sobre bioética y derechos humanos. Paris: Unesco; 2006.
22. Garrafa V, Pessini L, organizadores. Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Loyola; 2003.
23. Zancanaro L. Bioética, Direitos Humanos e Vulnerabilidade. In: Barchifontaine CP, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética, Vulnerabilidade e Saúde. Aparecida (SP): Idéias & Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo; 2007. p. 46-60.
24. Schramm FR. Bioética sem universalidade? Justificação de uma bioética latino-americana e caribenha de proteção. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, organizadores. Bases conceituais da bioética: enfoque latino-americano. São Paulo: Gaia Ltda.; 2006. p. 143-62.

Recebido em: 13 de fevereiro de 2014
Versão atualizada em: 14 de março de 2014
Aprovado em: 24 de março de 2014