

PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO DE PORTADORES DE HANSENÍASE ATENDIDOS EM CONSULTA DE ENFERMAGEM

Marli Teresinha Cassamassimo Duarte¹
Jairo Aparecido Ayres²
Janete Pessuto Simonetti²

A hanseníase é doença infecto-contagiosa para a qual, além das condições individuais, outros fatores relacionados aos níveis de endemia e às condições socioeconômicas desfavoráveis influem no risco de adoecer. Objetivou-se reconhecer o perfil socioeconômico e demográfico e o grau de incapacidade instalado dos portadores de hanseníase, atendidos no Centro de Saúde Escola de Botucatu, São Paulo, Brasil. Fizeram parte do estudo 37 pacientes. Os dados foram obtidos por meio do instrumento de consulta de enfermagem. Os resultados mostraram predominância de indivíduos com união estável (78%), brancos (92%), com idade entre 30 e 49 anos (51%), com baixo nível de escolaridade e com renda familiar per capita menor que um salário mínimo. Mais de um terço dos pacientes investigados (35%) apresentavam algum grau de incapacidade física. A associação do baixo perfil socioeconômico com a presença de incapacidades físicas imprime maior vulnerabilidade a essa população, podendo impactar negativamente a sua qualidade de vida.

DESCRITORES: hanseníase; fatores socioeconômicos; distribuição especial da população; pessoas portadoras de deficiência

SOCIOECONOMIC AND DEMOGRAPHIC PROFILE OF LEPROSY CARRIERS ATTENDED IN NURSING CONSULTATIONS

Leprosy is a contagious infectious disease that manifests due to unfavorable socioeconomic factors, endemic levels and individual conditions. This study aimed to recognize the socioeconomic and demographic profile and degree of incapacity installed in leprosy carriers attended at the School Health Center in Botucatu. Data were obtained through nursing consultation performed in 37 patients. The results showed a predominance of individuals with stable union (78%), whites (92%), age between 30 and 49 years old (51%), low level of schooling (68% with incomplete primary education) and those with per capita familial income less than one minimum salary (59%). More than one third of the patients investigated (35%) presented some degree of physical incapacity. The association of low socioeconomic profile with the presence of physical incapacities assigns greater vulnerability to this population and can negatively influence their quality of life.

DESCRIPTORS: leprosy; socioeconomic factors; residence characteristics; disabled persons

PERFIL SOCIOECONÓMICO Y DEMOGRÁFICO DE PORTADORES DE LEPRO ATENDIDOS EN CONSULTA DE ENFERMERÍA

La lepra es una enfermedad infecto-contagiosa que se manifiesta debido a factores socioeconómicos desfavorables, niveles de endemia y condiciones individuales. El objetivo de este estudio fue reconocer el perfil socioeconómico y demográfico y el grado de incapacidad instalado de los portadores de lepra atendidos en el Centro de Salud Escuela de Botucatu. Los datos fueron obtenidos a través de consulta de enfermería realizada en 37 pacientes. Los resultados mostraron una predominancia de individuos con unión estable (97,8%), blancos (92%), con edad entre 30 y 49 años (51%), con bajo nivel de escolaridad (68% con enseñanza primaria incompleta) y con renta familiar per capita menor que un salario mínimo (59%). Más de un tercio de los pacientes investigados (35%) presentaban algún grado de incapacidad física. La asociación del bajo perfil socioeconómico con la presencia de incapacidades físicas imprime mayor vulnerabilidad a esa población, lo que puede influenciar negativamente su calidad de vida.

DESCRIPTORES: lepra; factores socioeconómicos; distribución espacial de la población; personas con discapacidad

¹ Professor Assistente, e-mail: mtduarte@fmb.unesp.br; ² Professor Assistente Doutor, e-mail: ayres@fmb.unesp.br, jpessuto@fmb.unesp.br. Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Brasil

INTRODUÇÃO

Ao longo da história, as medidas tomadas para enfrentar o problema da hanseníase tiveram por base o isolamento do doente, que não se revelou capaz de controlar a endemia, mas contribuiu, sobremaneira, para aumentar o medo e o estigma associados à doença. O isolamento compulsório, como recomendação para o controle da mesma, persistiu até o início da década de 60, tendo sido oficialmente abolido em 1962⁽¹⁾.

Conhecida pela designação de "lepra", a hanseníase é uma das mais antigas doenças da humanidade, sendo descrita desde o ano 600 a.C., procedente da Índia, considerada, juntamente com a África, o seu berço. Mencionada em Textos Bíblicos, a hanseníase era relacionada às impurezas e castigo divino o que contribuiu para o aumento do preconceito e problemas psicossociais⁽²⁾.

Os primeiros casos de hanseníase no Brasil foram notificados em 1600, na cidade do Rio de Janeiro, depois nos Estados da Bahia e Pará, sendo introduzidos pelos colonizadores e escravos africanos⁽²⁾. Na década de 40, a alta endemicidade na Região Norte levou as autoridades a justificarem tal localização devido ao clima tropical. Porém, sabe-se que, em países de clima frio, também, ocorreram endemias, devendo-se estabelecer uma relação direta não com o clima, mas sim com a situação socioeconômica da população⁽²⁾.

Até recentemente a hanseníase não tinha tratamento específico. Na década de 40, foram descobertas as sulfonas o que contribuiu para o tratamento ambulatorial que teve início nos anos 60. Após esse período, com o surgimento da clofazimina, nos anos 70, e a rifampicina com seu poder bactericida, é que se teve o conceito de cura da doença. Porém, somente a partir de 1989 a poliquimioterapia foi introduzida no Brasil, constituindo-se em instrumento fundamental na eliminação da hanseníase⁽¹⁾.

Embora o Brasil, nas últimas décadas, tenha passado por expressivo processo de mudanças em seu perfil de morbimortalidade, na medida em que as doenças crônico-degenerativas assumiram as primeiras posições entre as principais causas de morte, em detrimento das doenças infecto-parasitárias, a hanseníase ainda se constitui em relevante problema de saúde pública.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), até o início de 2006, apenas seis países não tinham atingido a meta de eliminação da hanseníase: menos de um caso em cada dez mil habitantes. O Brasil figura em 4º lugar, com 27.313 casos, o que

corresponde à prevalência de 1,5 casos/10.000 habitantes, ficando atrás, apenas, de Moçambique, Nepal e República Democrática do Congo. Apesar do declínio da prevalência no Brasil ter diminuído para 1,47 por 10 mil habitantes em 2005, o coeficiente de detecção de casos novos não teve redução análoga, sendo diagnosticados de 40 a 50 mil casos novos todos os anos⁽³⁾.

A meta de eliminação em 2004 foi atingida pelo Estado de São Paulo, com coeficiente de prevalência de 0,44 doentes para 10.000 habitantes. Apesar disso, em 2005, detectou-se 2.438 casos novos (0,66/10.000 habitantes) sendo que 76 casos em menores de 15 anos. Dentre esses, 9% já apresentavam incapacidades físicas moderadas e graves no momento da detecção da doença, apontando para o diagnóstico tardio⁽¹⁾.

Além das condições individuais, outros fatores relacionados aos níveis de endemia, condições socioeconômicas desfavoráveis, precariedade na saúde, assim como o alto índice de ocupação das moradias influenciam no risco de adoecer⁽⁴⁾. Na literatura, diversos estudos datados desde o século 20 têm associado o fator socioeconômico como causa predisponente da hanseníase⁽⁵⁾.

Pesquisa realizada em 1996, tendo como objetivo o reconhecimento das formas de reprodução social (formas de trabalhar e de viver), sob as quais se constituem as famílias dos hansenianos, observou que a maioria desses se concentrava nos grupos marginalizados da produção social, deslocando-se para regiões em que a exclusão social é mais acentuada.⁽⁵⁾

Enfatizando esse aspecto, a Declaração do Milênio, aprovada pela Assembléia Geral das Nações Unidas, no ano 2000, que reuniu os planos de todos os Estados-Membros da Organização das Nações Unidas (ONU) para melhorar a vida de todos os habitantes do planeta no século XXI, estabeleceu, como uma de suas metas, a redução da pobreza e da fome, trazendo uma série de compromissos concretos que, se cumpridos nos prazos fixados, deverão melhorar o destino da humanidade neste século⁽⁶⁾.

A pobreza pode ser definida como a privação de capacidades, entendidas como condições que permitam que o indivíduo tenha uma vida que ele possa valorizar. Privar-se de tais capacidades pode significar condição econômica insuficiente para atingir seus desejos, falta de capacidade física para desenvolver algumas atividades, não ter acesso à educação e saúde, não ter direitos políticos e civis respeitados⁽⁷⁾.

A disponibilidade ou ausência de recursos para as populações de baixa renda contribui positiva

ou negativamente nas condições de vida, além de se constituírem em fator que irá influenciar na escolha, avaliação e aderência a um tratamento proposto⁽⁸⁾.

Considerando-se o potencial incapacitante da hanseníase, com conseqüentes deformidades que podem acarretar problemas ao portador como a diminuição da capacidade de trabalho, a limitação da vida social e problemas psicológicos, somente detectar os casos, cujo número é alto, no Brasil, não é suficiente. É importante se considerar, também, o contexto no qual o indivíduo está inserido, subsidiando o planejamento das intervenções, a fim de possibilitar melhor assistência a essa população e sua família.

O objetivo deste estudo foi de conhecer o perfil socioeconômico e demográfico e o grau de incapacidade dos portadores de hanseníase, atendidos no Centro de Saúde Escola de Botucatu, SP

MÉTODOS

Este é um estudo descritivo desenvolvido no Centro de Saúde Escola (CSE), da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), UNESP. O Programa de assistência de hanseníase é desenvolvido desde 1989, sendo referência para a microregião de Botucatu, Direção Regional de Saúde, DIR XI que, a partir do Decreto 51433, de 28/12/2006, passou a integrar o Departamento Regional de Saúde - DRS VI - Bauru.

O Programa é desenvolvido por equipe multiprofissional que atua na detecção, tratamento e seguimento dos casos, prevenção e tratamento de incapacidades e vigilância dos comunicantes. No período de janeiro de 2004 a dezembro de 2006, 36 pacientes encontravam-se em tratamento poliquimioterápico (PQT) e 35 em acompanhamento clínico, após PQT. Desses, 37 fizeram parte do estudo, sendo 27 pacientes em PQT e 10 pacientes com tratamento concluído, que aceitaram participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram obtidos por meio do instrumento de consulta de enfermagem e coletados pelos enfermeiros que atuam no programa, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB, UNESP.

As variáveis sociodemográficas e grau de incapacidade foram analisadas pelo teste de comparação de proporção de múltiplos grupos (Teste de Tukey). Na comparação dos grupos foram utilizadas letras minúsculas, considerando-se que as proporções seguidas de, pelo menos, uma mesma letra não

diferem. O nível de significância adotado para os testes empregados foi de 5%.

O estudo quantitativo das variáveis: renda familiar *per capita*, forma clínica e situação de tratamento foram realizadas pela distribuição das freqüências, cujos resultados estão apresentados pelas freqüências absoluta e relativa percentual.

A fim de se verificar a presença de diferenças de freqüências das características sociodemográficas segundo formas clínicas da doença, realizou-se tabulações cruzadas, sendo as diferenças submetidas ao teste estatístico χ^2 de Pearson. Essas análises foram processadas com o *software* SPSS 12.0.

RESULTADOS

Dos 37 pacientes estudados, 14 (38%) eram portadores de hanseníase forma virchowiana (V), 11 (30%) tuberculóide (T), seis (16%) dimorfa (D), três (8%) indeterminada (I) e três (8%) forma neural (N).

Os dados referentes ao perfil socioeconômico e demográfico estão demonstrados na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes atendidos em consulta de enfermagem, segundo variáveis sociodemográficas, Botucatu, SP, 2007

Variável	Freqüência		Estatística	
	Nº	%	Valor do teste	Valor de p
Sexo*				
Masculino	21/37	57	z=0,97	p=0,33
Feminino	16/37	43		
Estado civil**				
União Estável	28/37 ^a	78		
Solteiro	4/37 ^b	11		
Separado	3/37 ^b	8		
Viúvo	1/37 ^b	3		
Raça*				
Branca	34/37	92	z=6,99	p<0,001
Parda	3/37	8		
Faixa etária**				
<15anos	1/37 ^b	3		
15 a 29 anos	6/37 ^b	16		
30 a 49 anos	19/37 ^a	51		
50 a 59 anos	6/37 ^b	16		
>60 anos e	5/37 ^b	14		
Escolaridade**				
Analfabeto	3/37 ^b	8		
Fundamental incompleto	25/37 ^a	68		
Fundamental completo	3/37 ^b	8		
Médio incompleto	1/37 ^b	3		
Médio completo	5/37 ^b	14		
Procedência**				
Botucatu	27/37 ^a	73		
DIR XI - Botucatu	9/37 ^b	24		
Fora DIR XI - Botucatu	1/37 ^c	3		

* Teste z

** Teste de Tukey

Dos 37 pacientes atendidos, 21 (57%) eram do sexo masculino e 16 (43%) do feminino, não havendo diferença estatisticamente significativa nessa variável.

Houve predominância estatisticamente significativa dos pacientes com união estável, 28 (78%), brancos 43 (92%), e com idade entre 30 e 49 anos, 19 (51%). A idade média dos pacientes estudados foi de 42 anos ($sd \pm 3,3$).

A mediana de anos estudados foi de quatro anos com predominância estatisticamente significativa de pacientes com escolaridade correspondente ao ensino fundamental incompleto, (25 - 68%), ou seja, escolaridade menor que oito anos de estudo.

Com relação à ocupação, observou-se inserção em vários setores produtivos, sendo que a maioria (24 - 65%) atuava na área de prestação de serviços. Desses, nove (24%) em serviços domésticos (do lar, diarista, empregada doméstica), seis (16%) na construção civil, três (8%) na agricultura, dois (5%) trabalhavam no comércio e dois (5%) na indústria têxtil. Além dessas atividades, dois (5%) eram menores e quatro (11%) eram aposentados.

A maioria dos pacientes 27 (73%) era procedente de Botucatu, SP, nove (24%) residiam em municípios pertencentes à DIR XI - Botucatu, e um (3%) era da cidade de São Paulo..

As variáveis sociodemográficas aqui estudadas não mostraram associação com as formas clínicas da doença.

A média da renda familiar *per capita* foi de 1,1 salários ($sd \pm 1,3$).

Na Tabela 2 podem ser observados os dados referentes à renda familiar *per capita*.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes atendidos em consulta de enfermagem, segundo a renda familiar *per capita*, Botucatu, SP, 2007

Renda familiar per capita	Nº	%
< 0,5 salário	8/37	21
0,5 - 1 salário	14/37	38
1 - 2 salários	12/37	32
> 2 salários	2/37	5
Não declarada	1/37	3

Ao se analisar o grau de incapacidades instaladas, observou-se que a maioria dos pacientes estudados (24 - 65%) não apresentava incapacidades,

entretanto, mais de um terço (13 - 35%) as apresentavam, sendo que sete (19%) com grau de incapacidade I e seis (16%) com grau II. Dos pacientes com incapacidades, cinco (13,5%) as apresentavam em mais de um seguimento. Os membros inferiores foram os seguimentos mais acometidos ($p < 0,05$).

Os dados relacionados ao grau de incapacidades estão colocados na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes atendidos em consulta de enfermagem, segundo grau de incapacidades, Botucatu, SP, 2007

Membro	Grau 0		Grau I		Grau II	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
OD	34/37 ^a	92	2/37 ^b	5	1/37 ^b	3
OE	34/37 ^a	92	1/37 ^b	5	2/37 ^b	3
MSD	33/37 ^a	89	1/37 ^b	3	3/37 ^b	8
MSE	32/37 ^a	86	1/37 ^b	3	4/37 ^b	11
MID	28/37 ^a	76	7/37 ^b	19	2/37 ^b	5
MIE	28/37 ^a	76	7/37 ^b	19	2/37 ^b	5
MGI	24/37 ^a	65	7/37 ^b	19	6/37 ^b	16

OD e OE: olho direito e olho esquerdo; MSD e MSE: membro superior direito e esquerdo
MID e MIE: membro inferior direito e esquerdo; MGI: maior grau de incapacidade*.

Dentre os pacientes que apresentaram grau de incapacidade I ou II, sete (18%) estavam com PQT em andamento e quatro (16%) PQT concluída.

DISCUSSÃO

Em relação às formas da doença, apenas três pacientes (8%) eram da forma indeterminada, considerada a primeira manifestação clínica da doença⁽⁹⁾ enquanto que a maioria, 34 pacientes (92%) apresentava formas polarizadas, apontando para o diagnóstico mais tardio.

Em outro estudo, a forma virchowiana também foi a mais freqüente e a indeterminada a de menor freqüência⁽¹⁰⁾.

Isso implica em complicações futuras uma vez que a doença possui alto poder incapacitante, portanto, o diagnóstico precoce e tratamento adequado impedem a instalação de incapacidades físicas que são consideradas um dos elementos que priva o indivíduo de exercer atividades laborais e sociais, reportando a condições precárias de vida⁽³⁾.

* Grau 0: corresponde a nenhum problema com olhos, mãos e pés devido à hanseníase; Grau I: compreende a diminuição ou perda da sensibilidade em olhos, mãos e pés e Grau II: em olhos, relaciona-se à presença de lagofalmo e/ou ectrópio e/ou triquiase e/ou opacidade corneana central e/ou acuidade visual menor que 0,1 ou não contar dedos a 6 m; em mãos e pés, à presença de lesões tróficas e/ou traumáticas, garras, reabsorção, mãos e pés caídos e contração de tornozelo⁽⁴⁾.

Faz-se necessário, portanto, maior investimento dos serviços de saúde na divulgação e orientação sobre essa doença para que os indivíduos tenham a oportunidade de detecção precoce, diminuindo as possibilidades da instalação de incapacidades.

Quanto ao sexo, outros trabalhos observaram predomínio de homens entre os portadores de hanseníase, diferindo dos dados encontrados neste estudo, já que não houve diferença estatisticamente significativa nessa variável⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Dos 31 pacientes estudados, 84% encontrava-se na fase economicamente produtiva da vida (15-59 anos), fato importante, pois se trata de doença com alto potencial incapacitante o que interfere drasticamente no trabalho e na vida social do paciente, acarretando perdas econômicas e traumas psicológicos⁽¹¹⁾.

O tempo dedicado à escolaridade dos indivíduos estudados (média 4±3,3) foi inferior ao da população do município de Botucatu que, segundo a fundação SEADE (2007), na faixa etária entre 15 - 64 anos, no ano de 2000, tinha-se a média de 8,13 anos de estudo, bem como da população do Estado de São Paulo, que tinha média de 7,64 anos de estudo, no mesmo período.

Quanto à renda familiar *per capita* chamou a atenção o fato de que a maioria da população estudada (22 - 59%) tinha renda familiar *per capita* menor que um salário mínimo, estando abaixo da linha da pobreza⁽¹²⁾. Apenas dois pacientes (5%) tinham renda familiar *per capita* maior que dois salários mínimos. Observou-se, assim, que a maioria dos pacientes estudados (34 - 92%) tinha renda familiar *per capita* abaixo da renda per capita do município de Botucatu e do Estado de São Paulo, que era de 2,81 e 2,92 salários mínimos, respectivamente, no ano 2000.

Estudo realizado em 1996, com doentes de hanseníase, no município de São Paulo, detectou que 41,9% dos investigados tinha renda familiar *per capita* maior que 1,8 salários mínimos, percentual superior ao aqui observado, uma vez que 32% dos pacientes tinham renda familiar *per capita* nesta faixa⁽⁵⁾.

A renda é um dos indicadores socioeconômicos utilizados para elaborar o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH) de 2005, o Brasil ocupa a 64ª posição no *ranking* mundial referente à renda, ressaltando a desigualdade: 46,9% da renda

está nas mãos dos 10% mais ricos e somente 0,7% estão com os 10% mais pobres. Diz, ainda, que a desigualdade social atrapalha o desenvolvimento econômico e o benefício dos mais pobres⁽¹³⁾.

Os aspectos econômicos podem influenciar as formas de enfrentamento dos problemas de saúde, podendo ser diferentes em um mesmo indivíduo, conforme as etapas do processo de manutenção da saúde, juntamente com aspectos sociais e psicológicos⁽⁸⁾.

Observou-se predominância das ocupações nos setores de serviços, incluindo-se não só os serviços gerais, mas também os domésticos, cujas tarefas não requerem qualificação e tendem à precariedade das relações do trabalho. Tal inserção mostrou-se coerente com a baixa escolaridade observada na maioria dos investigados.

O estudo da reprodução social da hanseníase no município de São Paulo identificou que a maioria dos hansenianos se concentrava nos estratos intermediário e inferior, que sobreviviam em subempregos, em trabalhos precários e desqualificados, corroborando os dados aqui observados⁽⁵⁾.

Ao se analisar o grau de incapacidades físicas, embora tal classificação seja feita por meio de técnicas específicas, padronizadas pela Organização Mundial da Saúde, e referendadas pelo Ministério da Saúde⁽³⁾, encontrou-se dificuldade na comparação desses dados com os da literatura, em função do momento da realização da avaliação e da forma de obtenção dos dados.

Neste estudo, avaliou-se o grau de incapacidade no momento da realização da consulta de enfermagem e, portanto, com a maioria dos pacientes (27 - 73%) com PQT em andamento e com os demais pacientes (10 - 16%) após a alta. Nos trabalhos consultados essa avaliação foi realizada nas etapas de diagnóstico da doença e, na alta, sendo utilizados dados secundários^(1,14).

No Estado de São Paulo, em 2005, cerca de 14% dos casos iniciaram o tratamento com alguma deficiência física, sendo 9% grave e moderada, percentuais inferiores aos detectados neste estudo⁽¹⁾.

Em estudo realizado no município de São José do Rio Preto, interior de São Paulo, com informações obtidas dos prontuários, observou-se que, do total de 39 pacientes atendidos no ano 2003, 69,2% tinham grau 0; 25,6% grau I; 2,6% grau II e 2,6% não foram avaliados no diagnóstico. O percentual de

pacientes sem incapacidades se aproximou do observado nesta pesquisa, enquanto que, no que se refere ao grau II, obteve-se maior percentual⁽¹⁵⁾.

As incapacidades físicas podem levar à diminuição da capacidade de trabalho, além de impor limitação à vida social do seu portador, fato que pode ser agravado quando se associa a inserção profissional na área de serviços que, no geral, não se vincula à previdência social e à baixa renda, aqui observados.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que a população estudada concentrava-se nas camadas menos privilegiadas da

sociedade, em concordância com o perfil descrito na literatura, estando relacionado ao risco de adoecer de hanseníase.

A associação baixo perfil socioeconômico à presença de incapacidades físicas imprime maior vulnerabilidade a essa população, podendo impactar negativamente na sua qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às professoras Dr^a. Márcia Guimarães da Silva e Dr^a Maria Antonieta Carvalhaes, pelo auxílio na análise estatística e a Noêmia Macedo, Ludmila Braga e Neíse Milanesi que compõem a equipe de atenção ao portador de Hanseníase do CSE.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SP). PCH - Programa de Controle da Hanseníase. Campanha Estadual de Combate à Hanseníase. São Paulo (SP): CVE - Centro de Vigilância Epidemiológica; 2006.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Controle da hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro (RJ): DNDS/NUTES; 1989.
3. Organização Pan-Americana de Saúde. Situación de la lepra en la región de las Américas: eliminación de la lepra como problema de salud pública. [monography on the Internet]. Washington: PAHO; 2005 [acesso 14 maio 2007]. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/lep-americas.htm>.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o controle da hanseníase. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
5. Helene LMF, Salum MJL. A reprodução social da hanseníase: um estudo do perfil de doentes com hanseníase no município de São Paulo. Cad Saúde Pública 2002; 18 (1):101-13.
6. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O que é a Declaração do Milênio? [homepage on the Internet]. New York: PNUD; 2001 [acesso 14 maio 2007]. Disponível em: <http://www.unicrio.org.br/Textos/decmn.html>.
7. Souza AP. Por uma política de metas de redução da pobreza. São Paulo em Perspectiva 2004; 18(4): 20-7.
8. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Cad Saúde Pública 2006; 22 (11): 2449-63.
9. Araújo MG. Hanseníase no Brasil. Rev Soc Bras Med Trop. 2003; 36 (3): 373-82.

10. Moreno RD, Woods W, Moreno N, Trindade R, Tavares J Neto. Alterações oculares na hanseníase observadas em pacientes ambulatoriais do serviço de referência da cidade de Rio Branco, Acre - Brasil. Arq Bras Oftalmol. 2003; 66: 755-64.
11. Aquino DMC, Caldas AJM, Silva AAM, Costa ML. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. Rev Soc Bras Med Trop. 2003; 36 (1): 57-64.
12. Fundação SEADE. Perfil municipal. [homepage on the Internet]. São Paulo: SEADE; 2007 [acesso 30 jan 2007]. Disponível em: <http://www.sead.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>.
13. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Objetivos de desenvolvimento do milênio [homepage on the Internet]. Brasília: PNUD; 2007 [acesso 14 maio 2007]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/odm/index.php>.
14. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Índice de desenvolvimento humano. [homepage on the Internet]. Brasília: PNUD; 2007 [acesso 14 maio 2007]. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/%C3%8Dndice_de_Desenvolvimento_Humano.
15. Nardi SMT, Marciano LHSC, Virmond MCL, Baccarelli R. Sistemas de informação e deficiências físicas na Hanseníase. Bol Epidemiol Paul [serial on-line]. 2006 [acesso 9 fev 2007]; (27). [about 3 p]. Disponível em: <http://cve.saude.sp.gov.br>.