

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

Marli Teresinha Cassamassimo Duarte¹

Jairo Aparecido Ayres²

Janete Pessuto Simonetti²

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

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

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.

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

¹ Profesor Asistente, e-mail: mtduarte@fmb.unesp.br; ² Profesor Asistente Doctor, e-mail: ayres@fmb.unesp.br, jpessuto@fmb.unesp.br. Facultad de Medicina de Botucatu de la Universidad Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Brasil

INTRODUCCIÓN

En el transcurso del tiempo, las medidas adoptadas para enfrentar el problema de hanseniasis, tuvo como base el aislamiento del enfermo, medidas que mostraron no ser capaces de controlar la endemia, pero que contribuyeron para aumentar el miedo y el estigma asociado con la enfermedad. El aislamiento compulsivo, como una recomendación para el control del mismo persistió hasta inicios de la década de los 60, siendo oficialmente abolido en 1962⁽¹⁾.

Conocida por la denominación de "lepra", la hanseniasis es una de las enfermedades más antiguas de la humanidad, siendo descrita desde el año 600 a.C.. Enfermedad que procede de la India, así como del Africa. Mencionada en textos Bíblicos, la hanseniasis era relacionada con las impurezas y el castigo divino, lo cual contribuyó en el aumento del preconceito y problemas psico-sociales⁽²⁾.

Los primeros casos de hanseniasis en el Brasil fueron notificados en 1600 en la ciudad de Río de Janeiro, después en los estados de Bahía y Pará, siendo introducido por los colonizadores y esclavos africanos⁽²⁾. En la década del 40 la elevada endemia en la región Norte llevó a las autoridades a considerar tal localización debido al clima tropical. Sin embargo se sabe que, en países de clima frío también se produjeron endemias, estableciéndose una relación directa, no con el clima sino con la situación socioeconómica de la población⁽²⁾.

Recientemente, la hanseniasis no tenía tratamiento específico. En la década del 40 fueron descubiertas las sulfonas, que contribuyeron en el tratamiento ambulatorio, el cual inicio en los años 60. Posterior a este periodo con el surgimiento de la clorfazimina en los años 70 y la rifampicina como bactericidas, fue posible iniciar el proceso de cura. No obstante, solo a partir de 1989 la poliquimioterapia fue introducida en el Brasil, constituyéndose en un instrumento fundamental para la eliminación de la hanseniasis⁽¹⁾.

A pesar que el Brasil, en las últimas décadas haya pasado por grandes procesos de cambios en su perfil de morbi-mortalidad, las enfermedades crónico-degenerativas pasaron a ser las principales causas de muerte, pasando a reemplazar en orden a las enfermedades infecto parasitarias. Por lo tanto, la hanseniasis aún se constituye en un problema de importancia para la salud pública.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta inicios de 2006 solo seis países no habían cumplido la meta de eliminación de la hanseniasis, la cual fue: menos de un caso para cada diez mil habitantes.

El Brasil figura en el 4to lugar con 27.313 casos, correspondiendo a una prevalencia de 1,5 casos/10.000 habitantes, después de Mozambique, Nepal y República Democrática del Congo. En el Brasil, a pesar de la disminución en la prevalencia para 1,47 por 10 mil habitantes en 2005, el coeficiente de detección de casos nuevos no tuvo reducción análoga, siendo diagnosticados de 40 a 50 mil casos nuevos todos los años⁽³⁾.

La meta de eliminación en 2004 fue obtenida por el Estado de São Paulo, con un coeficiente de prevalencia de 0,44 enfermos por 10.000 habitantes. A pesar de esto, en 2005 se detectaron 2438 casos nuevos (0,66/10.000 habitantes) de los cuales, 76 casos fueron en menores de 15 años. Entre ellos, 9% ya presentaron incapacidad física moderada y grave durante la detección de la enfermedad, lo que indica un diagnóstico tardío⁽¹⁾.

Además de las condiciones individuales, otros factores relacionados con los niveles de la endemia, condiciones socio-económicas desfavorables, falta de salud, así como el alto índice de hacinamiento influyen en el riesgo de enfermar⁽⁴⁾. En la bibliografía diversos estudios desde el siglo 20 han asociado a los factores socioeconómicos como una de las causas que predisponen a la hanseniasis⁽⁵⁾.

Una investigación realizada en 1996, tiene como objetivo reconocer las formas de reproducción social (formas de trabajar y vivir) bajo las cuales se constituyen las familias de los pacientes con hanseniasis, se observó que la mayoría de ellos se concentraban en grupos marginales de producción social, trasladándose para regiones en las que la exclusión social es más acentuada⁽⁵⁾.

Enfatizando este aspecto, la Declaración del Milenio, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el año 2000, que reúne los planes de todos los Estados-Miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para mejorar la vida de todos los habitantes del planeta en el siglo XXI, estableció como una de sus metas, la reducción de la pobreza y del hambre, involucrando una serie de compromisos concretos que, si cumplidos en el plazo determinado deberán mejorar el destino de la humanidad para este siglo⁽⁶⁾.

La pobreza puede ser definida como la privación de las capacidades, entendidas como condiciones que permiten que el individuo tenga una vida que pueda valorar. Privarse de tales capacidades puede significar condiciones económicas insuficientes para cumplir con sus deseos, falta de capacidad física para desarrollar algunas actividades, no tener posibilidad de acceder a educación y salud y que no pueda hacer respetar sus derechos políticos y civiles⁽⁷⁾.

La disponibilidad o ausencia de recursos para las poblaciones con bajo ingreso contribuye positiva o negativamente en las condiciones de vida, además de constituir en un factor que puede influir en la elección, evaluación y seguimiento del tratamiento propuesto⁽⁸⁾.

Se considera como incapacidad potencial de esta enfermedad a las consecuencias, en especial las deformidades que puede provocar problemas al portador, las que generan disminución en la capacidad de trabajo, limitación en su vida social y problemas psicológicos; pues en el Brasil solo detectar los casos graves, no es suficiente. Es importante considerar también, el contexto en el cual el individuo está involucrado, subsidiando la planificación de las intervenciones, con la finalidad de ofrecer una mejor asistencia a esta población y su familia.

El objetivo de este estudio fue conocer el perfil socioeconómico, demográfico y el grado de incapacidad de los portadores de hanseniasis atendidos en el Centro de Salud Escuela de Botucatu.

MÉTODOS

Estudio descriptivo desarrollado en el Centro de Salud Escuela (CSE) de la Facultad de Medicina de Botucatu, UNESP. El Programa de asistencia a la hanseniasis es desarrollado desde 1989, siendo referencia para la micro-región de Botucatu, Dirección Regional de Salud DIR XI que a partir del decreto 51433 de 28/12/2006 pasó a integrar el Departamento Regional de Salud - DRS VI - Bauru.

El programa es desarrollado por un equipo multiprofesional que trabaja en la detección, tratamiento y seguimiento de casos, prevención y tratamiento de incapacidades y vigilancia de contactos. Durante el periodo de enero de 2004 a diciembre de 2006, 36 pacientes se encontraban en tratamiento poli-quimioterápico (PQT) y 35 en seguimiento clínico posterior al PQT. De estos 37 fueron parte del estudio, siendo 27 pacientes en PQT y 10 pacientes con tratamiento finalizado, quienes aceptaron participar de la investigación firmando el Término de Consentimiento Libre y Aclarado. Los datos fueron obtenidos por medio del instrumento de consulta de enfermería y recolectados por los enfermeros que trabajan en el programa, estudio realizado posterior a la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la FMB, UNESP.

Las variables sociodemográficas y el grado de incapacidad fueron analizados por el test de comparación de proporción por múltiples grupos (Test de Tukey). Para la comparación de los grupos fueron utilizadas letras

minúsculas, considerándose que las proporciones si eran seguidas no debería tener la misma letra. El nivel significativo para los test empleados fue de 5%.

El estudio cuantitativo de las variables: salario familiar per capita, forma clínica y situación de tratamiento fueron realizados por la distribución de frecuencias, cuyos resultados fueron presentados como frecuencias absolutas y relativas porcentuales.

Con la finalidad de verificar diferencias entre las frecuencias de características sociodemográficas según las formas clínicas de la enfermedad, se realizaron tabulaciones cruzadas, siendo las diferencias sometidas al análisis estadístico χ^2 de Pearson. Estos análisis fueron procesados por el software SPSS 12.0.

RESULTADOS

De los 37 pacientes estudiados, 14 (38%) eran portadores de hanseniasis tipo Virchowiana (V), 11 (30%) Tuberculoide (T), seis (16%) Dimorfa (D), tres (8%) Indeterminada (I) y tres (8%) de forma Neural (N).

Los datos referentes al perfil socioeconómico y demográfico se encuentran en la Tabla 1.

Tabla 1 - Distribución de pacientes atendidos en consulta de enfermería, según las variables sociodemográficas, Botucatu, 2007

Variable	Frecuencia		Estadística	
	Nº	%	Valor del Test	Valor de p
Sexo*				
Masculino	21/37	57	z=0,97	p=0,33
Femenino	16/37	43		
Estado civil**				
Unión Estable	28/37 ^a	78		
Soltero	4/37 ^b	11		
Separado	3/37 ^b	8		
Viudo	1/37 ^b	3		
Raza*				
Blanca	34/37	92	z=6,99	p<0,001
Parda	3/37	8		
Grupo etáreo**				
< 15 años	1/37 ^b	3		
15 a 29 años	6/37 ^b	16		
30 a 49 años	19/37 ^a	51		
50 a 59 años	6/37 ^b	16		
> 60 años y	5/37 ^b	14		
Escolaridad**				
Analfabeto	3/37 ^b	8		
Primaria incompleta	25/37 ^a	68		
Primaria completa	3/37 ^b	8		
Secundaria incompleta	1/37 ^b	3		
Secundaria completa	5/37 ^b	14		
Procedencia**				
Botucatu	27/37 ^a	73		
DIR XI - Botucatu	9/37 ^b	24		
Fuera DIR XI - Botucatu	1/37 ^c	3		

* Test z

** Test de Tukey

De los 37 pacientes atendidos 21 (57%) eran del sexo masculino y 16 (43%) del sexo femenino, no existiendo estadística significativa para esta variable.

Hubo predominio estadísticamente significativo de los pacientes con unión estable 28 (78%), blanco 43 (92%) y con edad entre 30 y 49 años 19 (51%). La edad media de los pacientes estudiados fue de 42 ($sd \pm 3,3$).

La mediana para los años estudiados fue de cuatro años con valores estadísticamente significativos en pacientes con enseñanza primaria incompleta, (25-68%), es decir, una escolaridad menor a ocho años de estudio.

Con respecto a la ocupación, se observó la introducción en varios sectores productivos, siendo la mayoría (24 -65%) en el área de prestación de servicios. De estos, nueve (24%) en servicios domésticos (de casa, eventuales, empleadas doméstica), seis (16%) en la construcción civil; tres (8%) en la agricultura, dos (5%) trabajaban en el comercio y dos (5%) en la industria textil. Además de estas actividades, dos (5%) eran menores y cuatro (11%) eran jubilados.

La mayoría de los pacientes 27 (73%) eran procedentes de Botucatu, nueve (24%) vivían en municipios que pertenecían a la DIR XI - Botucatu y uno (3%) era de la Capital.

Las variables sociodemográficas estudiadas no mostraron asociación con las formas clínicas de la enfermedad.

La media en el salario familiar per capita fue de 1,1 salarios ($sd \pm 1,3$).

En la Tabla 2 se puede observar datos referentes al salario familiar per capita.

Tabla 2 - Distribución de los pacientes atendidos en consulta de enfermería, según la renta familiar per capita, Botucatu, 2007

Salario familiar per capita	Nº	%
< 0,5 salario	8/37	21
0,5 1 salario	14/37	38
1 2 salarios	12/37	32
> 2 salarios	2/37	5
No mencionado	1/37	3

Al analizarse el grado de incapacidad, se observó que la mayoría de los pacientes estudiados (24- 65%)

no presentaban incapacidad. Los que presentaban incapacidad fueron mas de un tercio (13 -35%), de los cuales siete (19,0%) con grado de incapacidad I y seis (16,0%) con grado II. De estos mismos pacientes, cinco (13,5%) presentaban mas de un seguimiento y los miembros inferiores fueron los mas dañados ($p < 0,05$).

Los datos relacionados al grado de incapacidad son colocados en la Tabla 3.

Tabla 3 - Distribución de los pacientes atendidos en consulta de enfermería, según el grado de incapacidad, Botucatu, 2007

Miembro	Grado 0		Grado I		Grado II	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
OD	34/37 ^a	92	2/37 ^b	5	1/37 ^b	3
OI	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
MSI	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
MII	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 y OI: ojo derecho y ojo izquierdo; MSD y MSI: miembro superior derecho e izquierdo
MID y MII: miembro inferior derecho e izquierdo; MGI: mayor grado de incapacidad*

Entre los pacientes que presentaron grado de incapacidad I o II, siete (18%), estaban con PQT en transcurso y cuatro (16%) terminaron.

DISCUSIÓN

Con respecto a las formas de la enfermedad, en solo tres pacientes (8%) eran de forma Indeterminada, considerada la primera manifestación clínica de la enfermedad ⁽⁹⁾. La mayoría, es decir 34 pacientes (92%) tuvieron formas polarizadas, lo que indicó un diagnóstico mucho más tardío.

En otro estudio la forma Virchowiana fue también considerada la más frecuente y la Indeterminada fue la de menor frecuencia ⁽¹⁰⁾.

Lo cual genera complicaciones futuras, pues la enfermedad tiene un alto poder de incapacidad, por lo tanto el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado impide la aparición de incapacidades físicas que son consideradas uno de los elementos que privan al individuo de realizar actividades laborales y sociales, reflejando condiciones precarias de vida ⁽³⁾.

* Grado 0: corresponde a ningún problema con ojos, manos y pies debidos a la hanseniasis; Grau I: comprende la disminución o pérdida de la sensibilidad en ojos, manos y pies y Grado II: en ojos se relaciona a la presencia de lagofltao y/o ectropio y/o triquiasis y/o opacidad de la córnea a nivel central y/o agudeza visual menor que 0,1 o no poder contar los dedos a 6 m; en manos y pies, la presencia de lesiones tróficas y/o traumáticas, formas tipo garra, reabsorción, manos y pies caídos y contracción de tobillo (BRASIL, 2002)

Por lo tanto, es necesario una mayor inversión en los servicios de salud para la divulgación y orientación de esta enfermedad, con el objetivo de que los individuos tengan la oportunidad de detectar precozmente la enfermedad, disminuyendo las posibilidades de incapacidad futura.

Con respecto al sexo, otro estudio observó el predominio de hombres entre los portadores de hanseniasis, datos que no están de acuerdo con los de este estudio, pues no existió diferencia estadísticamente significativa para esta variable⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

De los 31 pacientes estudiados (84%), los mismos se encontraban en edad económicamente activa (15 - 59 años), hecho importante, pues se trata de una enfermedad con alto potencial de incapacidad, lo cual puede interferir drásticamente en el trabajo y en la vida social del paciente, provocando pérdidas económicas y traumas psicológicos⁽¹¹⁾.

El tiempo dedicado a la escolaridad de los individuos estudiados (media $4 \pm 3,3$) fue inferior al de la población del municipio de Botucatu, que según la fundación SEADE (2007), en el grupo etéreo de 15 - 64 años para el año 2000, se tuvo una media de 8,13 años de estudio, datos similares para la población del Estado de São Paulo, que tuvieron una media de 7,64 años de estudio durante el mismo periodo.

Con relación al salario familiar per capita fue de especial atención, el hecho de que la mayoría de la población estudiada (22 - 59%) tenía un salario familiar per capita menor a un sueldo mínimo, encontrándose por debajo de la línea de pobreza⁽¹²⁾. Solo dos pacientes (5%) tuvieron un salario familiar per capita mayor a dos sueldos mínimos. Se observó que la mayoría de los pacientes estudiados (34 - 92%) tuvieron salario familiar per capita inferior al salario per capita del municipio de Botucatu y del Estado de São Paulo, que era de 2,81 y 2,92 sueldos mínimos, para el año 2000.

Estudio realizado en 1996 con enfermos de hanseniasis en el municipio de São Paulo, detectó que 41,9% de los investigados tuvieron un salario familiar per capita mayor a 1,8 sueldos mínimos, porcentaje superior al observado en este estudio, una vez que 32% de los pacientes tuvieron salario familiar per capita en esta proporción⁽⁵⁾.

El salario es uno de los indicadores socio-económicos utilizados para elaborar el Índice de Desarrollo Humano (IDH) según el Informe de Desarrollo Humano (IDH) en 2005 el Brasil ocupaba la 64ª posición en el ranking mundial, siendo resaltada

la desigualdad: 46,9% del salario está en manos de los 10% más ricos y solo 0,7% está entre el 10% de los más pobres. Se menciona aún que la desigualdad social dificulta el desarrollo económico y el beneficio para los más pobres⁽¹³⁾.

Los aspectos económicos pueden influir en las formas de enfrentar los problemas de salud, los cuales pueden ser diferentes en un mismo individuo, de acuerdo con el proceso de control de su salud, así como de los aspectos sociales y psicológicos⁽⁸⁾.

Se observó que predominaron las ocupaciones en los sectores de servicio, los cuales incluyen no solo los servicios generales, sino también los domésticos, en los que se requiere calificación, caracterizándose por las relaciones de trabajo. Tal introducción se mostró coherente con la baja escolaridad observada en la mayoría de los investigados.

El estudio de la reproducción social de la hanseniasis en el municipio de São Paulo identificó que la mayoría de los pacientes se concentraba en los estratos intermedios e inferiores, quienes sobrevivían con subempleos, en trabajos precarios y descalificados, hecho que esta de acuerdo con los datos aquí observados⁽⁵⁾.

Al analizarse el grado de incapacidad física, a pesar de tal clasificación sea realizada a través de técnicas estandarizadas por la Organización Mundial de la Salud y aprobadas por el Ministerio de Salud⁽³⁾, se tuvo dificultad en comparar estos datos con la bibliografía, considerando el momento de realizar la evaluación y la forma de obtener los datos.

En este estudio se evaluó el grado de incapacidad en el momento de realizar la consulta de enfermería, siendo esta consulta realizada en la mayoría de pacientes (27 - 73%) con PQT en tratamiento y en pacientes (10 - 16%) después de dada el alta. En los trabajos consultados, esta evaluación fue realizada en las etapas de diagnóstico de la enfermedad y en el alta, siendo utilizados datos secundarios^(1,14).

En el Estado de São Paulo en 2005, cerca del 14% de los casos iniciaron el tratamiento con alguna deficiencia física, siendo 9% grave y moderada, los cuales fueron porcentajes inferiores a los detectados en este estudio⁽¹⁾.

En estudio realizado en el municipio de São José de Río Preto, ciudad del interior de São Paulo, con informaciones obtenidas en las historias clínicas, se observó que de 39 pacientes atendidos en el año 2003, 69,2% tenía grado 0; 25,6% grado I; 2,6% grado II y

2,6% no se les evaluó el grado durante el diagnóstico. El porcentaje de pacientes sin incapacidad fue similar a lo observado en esta investigación, al mismo tiempo se obtuvo un mayor porcentaje en el grado II⁽¹⁵⁾.

Las incapacidades físicas puede provocar disminución de la capacidad en el trabajo, así como limitar la vida social del portador, hecho que puede agravarse cuando se asocia la introducción profesional en el área de servicio, que en general no esta relacionada a la seguridad social y a los bajos sueldos, observados en este estudio.

CONCLUSIÓN

Concluyese que la población estudiada se concentraba en los estratos mas desfavorecidos de

la sociedad, de acuerdo con el perfil descrito en la bibliografía, lo cual esta relacionado con el riesgo de enfermar por hanseniasis.

La asociación entre el bajo perfil socioeconômico y la presencia de incapacidades físicas les da mayor vulnerabilidad, pudiendo provocar un impacto negativo en su calidad de vida.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las profesoras Dr^a. Márcia Guimaraes da Silva y Dr^a Maria Antonieta Carvalhaes, por el apoyo durante los análisis estadísticos y a Noemia Macedo, Ludmila Braga y Neíse Milanesi quienes integran el equipo de atención al portador de Hanseniasis del CSE.

REFERENCIAS 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. Organización 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 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 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 [acceso 9 fev 2007]; (27). [about 3 p]. Disponível em: <http://cve.saude.sp.gov.br>.