

DIAGNÓSTICO DE FREQUÊNCIA E ADESÃO DAS MULHERES AO TRATAMENTO DA HANSENÍASE NO MARANHÃO

NAÍME DIANE SAUAIA HOLANDA SILVA¹

POLIANA B. DE ALBUQUERQUE²

BISMARCK ASCAR SAUAIA³

AUTORES RESPONSÁVEIS:

LUCIANE MARIA OLIVEIRA BRITO⁴

MARIA BETHÂNIA DA COSTA CHEIN⁵

MARIA DO DESTERRO SOARES BRANDÃO NASCIMENTO⁶

1. Farmacêutica-Bioquímica, Mestranda em Saúde Materno-Infantil, Universidade Federal do Maranhão, UFMA.
2. Discente do Curso de Especialização em Saúde da Mulher pela UFMA.
3. Professor Titular de Morfohistologia do Centro Universitário do Maranhão, UNICEUMA.
4. Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde Materno-Infantil, UFMA.
5. Coordenadora do Curso de Especialização em Saúde da Mulher, UFMA.
6. Docente da Universidade Federal do Maranhão, Doutor em Doenças Infecciosas e Parasitárias, UNIFESP.

Autor responsável: L.M.O.Brito. E-mail: luciane2406@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a Hanseníase como uma doença infecto-contagiosa, endêmica nas áreas em desenvolvimento, que tem como agente etiológico o *Mycobacterium leprae* (BRASIL, 2000). São definidos como sinais e sintomas "a Hanseníase: (lesões de pele com alteração de sensibilidade, espessamento de nervo(s) periférico(s) acompanhado de alteração de sensibilidade) (PENNA et al., 1999; FOCACCIA, 2005).

Pode se apresentar nas formas Indeterminada (I), Tuberculóide (T), Dimorfa (D) e Virchowiana (V) que, para fins terapêuticos são agrupadas de acordo com o número de lesões, em: Paucibacilares (PB = I e T, até cinco lesões) e Multibacilares (MB = D e V, acima de cinco lesões) (BRASIL, 2000).

Essa enfermidade é uma das mais importantes causas de invalidez nos países em desenvolvimento (SANTOS et al., 2007). Causa grande prejuízo para a vida diária e as relações interpessoais, (provocando sofrimento que ultrapassa a dor e o mal-estar estritamente vinculados ao prejuízo físico, com grande impacto social e psicológico) (MARTINS et al., 2008).

Muito se tem falado sobre uma maior predisposição da criança à infecção hanseniana. Na verdade, a frequência da doença, de acordo com a idade, é muito variável. Na Índia e no Havaí, mais de 50% dos doentes estão entre a 1ª e 2ª décadas de vida, mas na África, não é grande o número de casos de Hanseníase na infância; na América do Sul, na Venezuela e Brasil, a taxa de morbidade é bem inferior na criança que no adulto (LE GRAND, 1997).

No entendimento de Zuñiga (1977); Andrade (1996) a influência do sexo é variável. Quando se fala de hanseníase geral, a prevalência é maior no sexo masculino nas Filipinas, Índia, Uganda e Camarões, principalmente em adultos, mas na Nigéria e Alto Volta é mais prevalente no sexo feminino. Na Tailândia, as prevalências são iguais; alguns países da África a porcentagem de detecção de casos novos é igual entre homens e mulheres ou até maior em mulheres. No Brasil, em 1996, a maior frequência dos casos detectados foi do sexo masculino (55%). Ainda observou-se a maior ocorrência de formas Multibacilares no sexo masculino (56%). O grau de incapacidade consequência da Hanseníase é determinado a partir da evolução neurológica dos olhos, mãos e pés e, tem seu resultado final expresso em valores que variam de 0 a III, sendo os graus II e III para pacientes com deformidades (BRASIL, 2000).

O número estimado de afetados pela Hanseníase, no mundo, em 2005 foi de 1.8 milhões de pessoas, a maioria no sudeste asiático (1.259 milhões). Nas Américas encontram-se 219.000 pacientes, dos quais o Brasil possui 173.500 hansenianos (FRIST, 1996). Para Andrade (1996), no Brasil, 50% dos acometidos pela Hanseníase, encontram-se nos centros urbanos das metrópoles do país.

O perfil brasileiro, assim como de países sul-americanos, com semelhante quadro endêmico da patologia deve se submeter às estratégias de controle que identifiquem as áreas críticas, as quais são fontes geradoras de novos casos, assim como as regiões de exclusão de atendimento em saúde nos centros e periferias das cidades (OPS, 1995).

O Estado do Maranhão é considerado endêmico em relação à Hanseníase, tendo apresentado em 1999, uma prevalência de 16,13 casos/10.000 habitantes (BRASIL, 1999).

Segundo a Gerência de Qualidade de Vida (GQV) da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão em 1997, 12,9% dos municípios apresentaram um coeficiente de prevalência (CP) maior que 20 casos/10.000 habitantes, o que conferiu a esses municípios um caráter hiperendêmico. Em 1998, o quadro se agravou e 14,7% dos municípios do Estado passaram a apresentar hiperendemia, sendo Buriticupu que, inicialmente ocupava o oitavo lugar com um CP de 39,5 casos/10.000 habitantes, ascendeu para o terceiro lugar.

Para Rodrigues et al (1995) a situação da Hanseníase, nos anos 90 caracterizou-se por inúmeras mudanças, tais como a rápida implantação de ações de controle promovidas por diversos setores nacionais no âmbito da saúde, somados ao apoio de organismos não governamentais internacionais, destacando-se a expansão da cobertura do tratamento poliquimioterápico recomendado pela Organização Mundial de Saúde, alcançando no Brasil, o percentual de 54% no tratamento.

Rodrigues et al (1995) acrescenta que apesar do tratamento mais eficaz, da cobertura maior na detecção da patologia, a Hanseníase no Maranhão apresenta uma tendência ascendente, caracterizando o estado, como um dos mais endêmicos da região nordeste. Tais medidas de controle incluem a expansão da cobertura do tratamento poliquimioterápico recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é o mais eficaz meio de controle conhecido. Apesar do intenso trabalho realizado pelo Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase no Brasil, a cobertura do tratamento poliquimioterápico é de apenas 54%.

O prejuízo na qualidade de vida do portador de Hanseníase associa-se de forma mais importante a algumas situações específicas da doença, como forma clínica multibacilar, reação hansênica e incapacidade física. Torna-se necessária uma abordagem multidisciplinar ao paciente, ações que visem não só a eliminação, mas também à prevenção de incapacidades, estímulo à adesão ao tratamento e combate ao estigma social, a fim de minimizar o impacto da doença sobre a vida do indivíduo (MARTINS et al., 2008).

O problema da adesão ao tratamento da Hanseníase está intimamente ligado ao controle da endemia, visto que o indivíduo infectado contagiante representa a fonte de transmissão do bacilo que é o agente etiológico da enfermidade. Com o tratamento, o portador da forma contagiosa da doença deixa de transmitir o bacilo e assim é interrompida a cadeia de infecção. Todavia, por inúmeros motivos a adesão ao tratamento no Brasil é precária (>25% de abandono) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994). Esperava-se que, com a introdução da poliquimioterapia

(PQT), a adesão aumentasse, pois este novo regime terapêutico reduziria de seis meses a dois anos o tratamento que anteriormente durava, no mínimo, dez anos (SHANMUGANANDAN et al., 1993).

De acordo com Brasil (2002), a poliquimioterapia (PQT) atua sobre o bacilo tornando-o inviável, evitando com isso a evolução da doença e prevenindo as deformidades e incapacidades geradas por ela. A PQT é constituída pelo conjunto dos seguintes medicamentos: rifampicina, dapsona e clofazimina com administração associada, obedecendo a um esquema padrão de acordo com a classificação operacional do doente em paucibacilar ou multibacilar com média de seis meses a um ano de tratamento.

Segundo Bakirtzief (1996) a administração das informações sobre a enfermidade e o tratamento e, acima de tudo, as alianças (vínculos com os profissionais da saúde) revelaram-se de importância estratégica por conferir credibilidade aos médicos e, por conseguinte, ao tratamento por eles prescrito. O autor defende (a promoção de uma maior integração entre o paciente e os profissionais da saúde, estimulando o desenvolvimento de uma relação de parceria, ou cumplicidade, e transparência no enfrentamento do problema que é a enfermidade). Esclarece também que se deve orientar o paciente a partir de um levantamento das expectativas trazidas pelo doente "obre o tratamento, de modo a (reconstruir com ele/ela expectativas mais realistas ante a ação dos medicamentos, especialmente no que diz respeito à relação sintoma-saúde e medicamento-sintoma).

Segundo Antiqueira et al (2007) a percepção da mulher com Hanseníase resulta em auto imagem afetada evidenciando a presença do estigma da doença e a necessidade de seu enfrentamento, em detrimento do déficit de conhecimento sobre a doença, mesmo em mulheres já em tratamento há um longo período. Para os autores o apoio da família e da equipe de saúde mostrou-se relevante para aceitação da doença e adesão ao tratamento.

Além disso, trabalhos recentes de pesquisadores brasileiros demonstram que o problema carece de maior investigação. Por exemplo, Andrade et al (1994) discorre que algumas das questões identificadas como relativas à não adesão ao tratamento são: a ausência do assistente social na equipe de prestação de serviços, a baixa escolaridade dos pacientes. Para Nascimento et al (1993), a dificuldade reside no fato do paciente se ausentar do trabalho para comparecer à Unidade de Saúde. A complexidade das orientações fornecidas ao doente foi o fator apontado por Andrade et al (1994). Por sua vez, Bakirtzief (1995) aponta como fatores a dúvida quanto à eficácia do tratamento, a ausência de vínculo afetivo com algum profissional da saúde, a ausência de repertório sobre prevenção de doenças e o sentimento de impotência em face da saúde.

Tais dimensões do problema indicam alguns caminhos, no contexto brasileiro, para serem identificadas ações que possam ser incorporadas aos já sobrecarregados serviços de atenção à Hanseníase.

Historicamente, a tragédia da talidomida, na década de 1960, marca o início de um tempo de reflexão e de especial atenção da prática médica sobre o uso de medicamentos, em especial do tratamento da Hanseníase, na gestação uma vez que o desastre resultou em uma população amedrontada no que dizia respeito a esta terapêutica (OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2004).

Vale ressaltar ainda que em matéria de saúde, as mulheres e os homens apresentam diferenças significativas entre si não só em termos de necessidades específicas, mas também de acesso à proteção à saúde. Sabe-se que a doença pode ser um fator de desencadeamento de mudanças na estrutura da família, colocando a mulher, acometida pela Hanseníase, em desvantagem pela duplicidade da discriminação que ela sofre, ou seja, ela é discriminada em função do gênero a que pertence e pelo fato de estar doente.

A busca de explicações e comprovações científicas sobre o quadro endêmico da Hanseníase no Maranhão e sua relação com sexo feminino, possibilitando assim, medidas administrativas de saúde pública na profilaxia e tratamento das pacientes acometidas por esta doença, constitui-se motivo principal para a realização desta pesquisa.

OBJETIVOS

Determinar por exame de baciloscopia a frequência da hanseníase, assim como a adesão ao tratamento farmacológico em pacientes atendidas, diagnosticadas e acompanhadas no serviço de controle da Hanseníase do Centro de Saúde Dr. Genésio Rêgo.

Estabelecer a frequência de mulheres hansenianas em relação à adesão ao tratamento, nos anos de 2004, 2005 e 2006, São Luís, Maranhão; identificar a frequência de positividade da doença segundo o sexo, nos anos de 2004, 2005 e 2006, São Luís, Maranhão; identificar a frequência de positividade da doença no sexo feminino, segundo a faixa etária, nos anos de 2004, 2005 e 2006, São Luís, Maranhão.

MATERIAL E MÉTODOS

Tipo de estudo

Foi realizado estudo descritivo, retrospectivo, da concordância das variáveis, com todos os pacientes de baciloscopia positiva para a hanseníase, nos anos de 2004, 2005 e 2006.

Local de estudo

O local escolhido para a realização da pesquisa foi o Centro de Saúde Dr. Genésio Rego, situado no bairro da Vila Palmeira na cidade de São Luís – MA, no Serviço de Atenção à Hanseníase. A escolha do local ocorreu em função de diversos fatores, dentre os quais se destacam: atendimento de uma clientela local e de municípios vizinhos; disposição de programa educativo para os pacientes portadores da doença e qualidade do atendimento na realização da Terapia Medicamentosa Poliquimioterapia (PQT) recomendada pela Organização Mundial de Saúde.

Instrumento de coleta de dados

Utilizou-se como instrumento de coleta a Ficha Protocolo, contendo os dados secundários sobre os pacientes e estado clínico de saúde.

Amostra

A amostra compreendeu todos os pacientes atendidos e diagnosticados por baciloscopia positiva, no período correspondente, com ênfase para a faixa etária e o sexo feminino, compreendendo 318 em 2004, 246 em 2005 e 141 em 2006.

Crítérios de exclusão

Foram considerados como critérios de exclusão da pesquisa todos os exames de diagnóstico baciloscópico para a Hanseníase negativa.

Procedimentos metodológicos

O levantamento consistiu na busca em registro laboratorial de exames baciloscópicos corados pela técnica de Ziehl-Neelsen com diagnóstico positivo para Hanseníase e Registro de Enfermagem sobre o controle do tratamento da doença.

Análise dos dados

Os dados coletados foram analisados com auxílio do Programa Bioestat 4.0, representados por gráficos e tabelas, com a utilização do teste estatístico Qui-quadrado e índice de significância de 95%, para rejeição de hipótese nula.

Procedimentos éticos e legais

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão/UFMA e, aprovado em parecer substanciado 069/08 de 25 de março de 2008. Realizada em conformidade com as exigências da Resolução CNS Nº. 196/96, onde os sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando assim, sua participação na pesquisa.

RESULTADOS

O gráfico 1 demonstrou as maiores freqüências de adesão ao tratamento, respectivamente nos meses de agosto, junho e maio do corrente ano, com (N=18, 90%; N=12, 85,7%; N=11, 84,6%). Estatisticamente ficou determinado em teste Qui-quadrado um $p=0,8841$, maior que 0,05, portanto admite-se que não há diferenças significantes entre o número de mulheres com ou sem ade-

são ao tratamento farmacológico durante o ano de 2004.

O gráfico 2 demonstrou as maiores freqüências de adesão ao tratamento, respectivamente nos meses de março, abril e janeiro, fevereiro, maio com (n=16, 100% e n=9, 90%). Estatisticamente ficou determinado em teste Qui-quadrado um $p=0,2033$, maior que 0,05, portanto admite-se que não há diferenças significantes entre o número de mulheres com ou sem adesão ao tratamento farmacológico durante o ano de 2005.

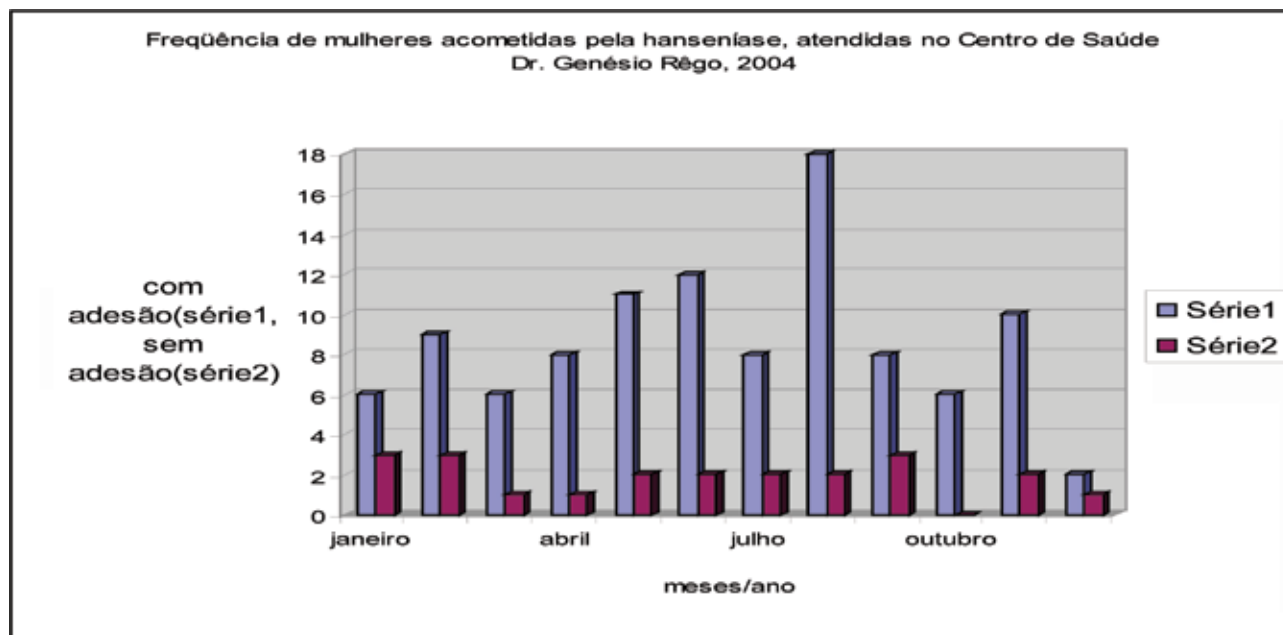


Gráfico 1. Freqüência de mulheres acometidas pela Hanseníase no Centro de Saúde Dr. Genésio Rego. São Luis-MA, 2004.

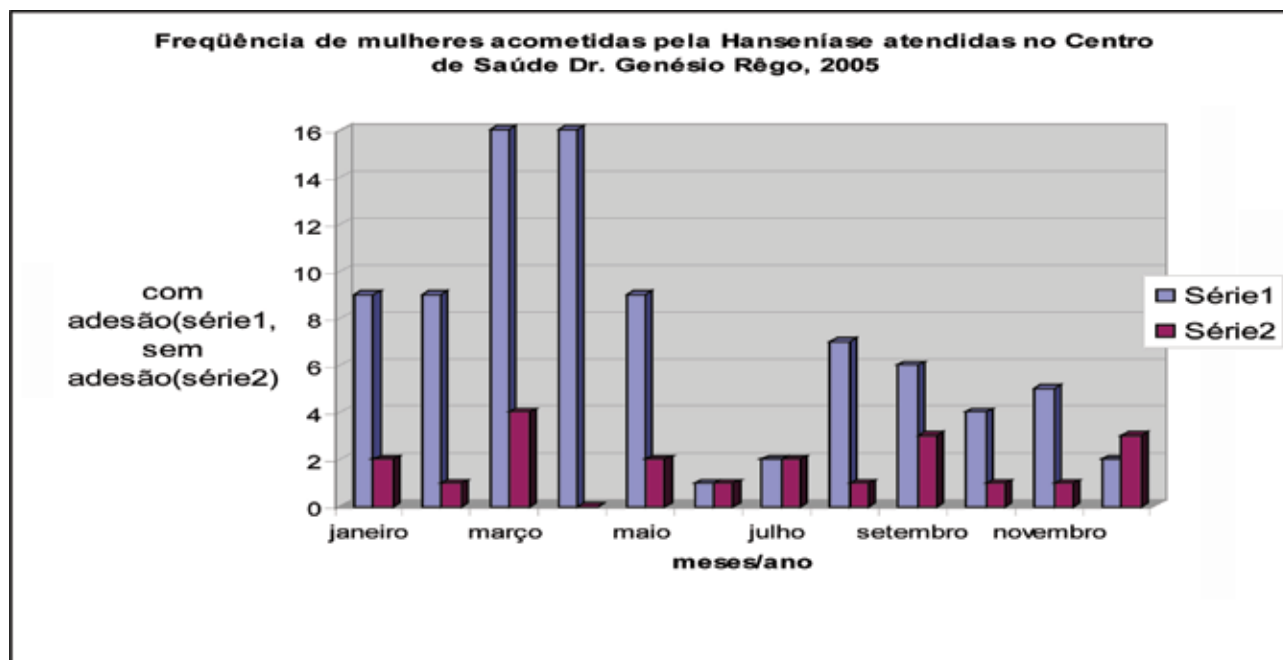


Gráfico 2. Freqüência de mulheres acometidas pela Hanseníase no Centro de Saúde Dr. Genésio Rego. São Luís-MA, 2005.

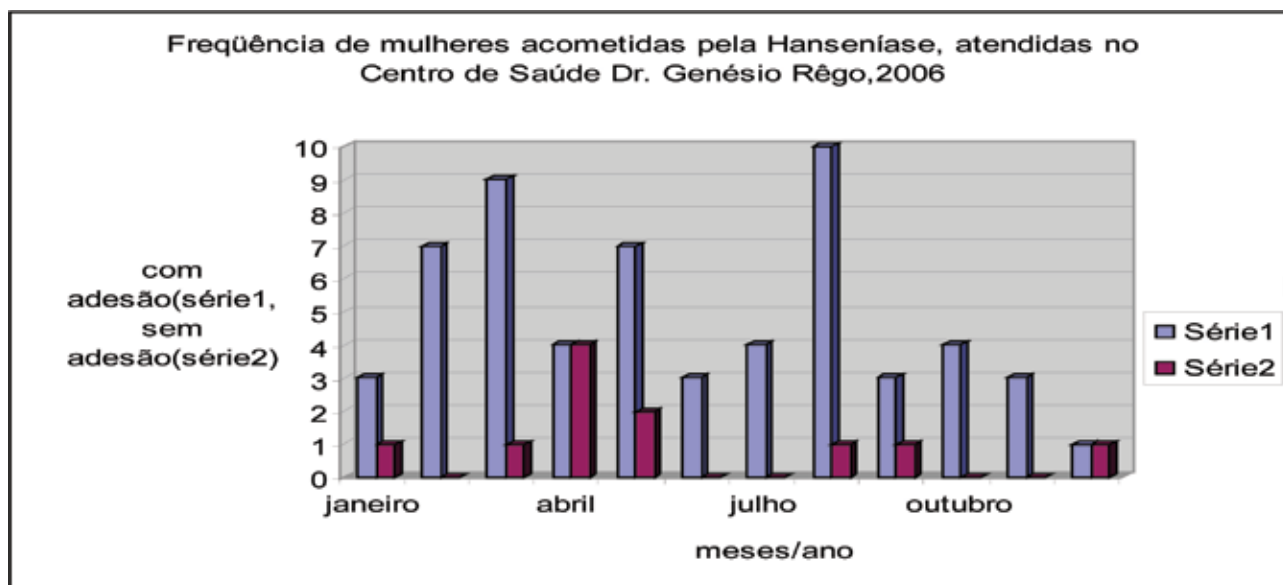


Gráfico 3. Freqüência de mulheres acometidas pela Hanseníase no Centro de Saúde Dr. Genésio Rego. São Luis-MA, 2006.

O gráfico 3 mostra as maiores freqüências de adesão ao tratamento, respectivamente nos meses de agosto e março, com (n=10, 91% e n=9, 90%). Estatisticamente ficou determinado em teste Qui-quadrado um $p = 0,2307$, maior que 0,05, portanto admite-se que não diferenças significantes entre o número de mulheres com ou sem adesão ao tratamento farmacológico durante o ano de 2006.

A tabela 1 mostra as maiores freqüências de adesão ao tratamento, respectivamente nos anos de 2004, 2005 e 2006, para o sexo masculino, com (n=192, 60%; n=139, 56%; n=72, 52%). Estatisticamente ficou determinado em teste Qui-quadrado um $p = 0,714$, maior que 0,05, portanto admite-se que o diagnóstico positivo para a hanseníase durante os anos de 2004, 2005 e 2006 independe do sexo dos pacientes.

Tabela 1. Freqüência de hansenianos, segundo o sexo, atendidos, diagnosticados e em tratamento, durante os anos de 2004, 2005 e 2006, no Centro de Saúde Dr. Genésio Rego. São Luís, Maranhão.

ANO	2004	2005	2006	P
VARIÁVEL SEXO	F %	F %	F %	
MASCULINO	192 60	139 56	72 52	0,714
FEMININO	126 40	107 44	69 48	
TOTAL	318 100	246 100	141 100	

A tabela 2 mostra as maiores freqüências de adesão ao tratamento, respectivamente nos anos de 2004, 2005 estão entre 30 e 40 anos com (n=36; 28,57%); (n=35; 32,71%) e, em 2006, na faixa etária de 20 a 30 anos, com

(n=21; 30,43%). Estatisticamente ficou determinado em teste Qui-quadrado um $p = 0,2939$, maior que 0,05, portanto admite-se que o diagnóstico positivo para a hanseníase em mulheres, durante os anos de 2004, 2005 e 2006 independe da faixa etária dos pacientes.

Tabela 2. Freqüência de mulheres hansenianas, segundo a faixa etária, atendidos, diagnosticados e em tratamento, durante os anos de 2004, 2005 e 2006, no Centro de Saúde Dr. Genésio Rego. São Luís, Maranhão.

ANO	2004	2005	2006	P
VARIÁVEL FAIXA ETÁRIA	F %	F %	F %	
0 -10	06 - 4,76	07 - 0,54	09 - 13,04	
10 -20	25 - 19,84	23 - 21,49	16 - 23,19	
20 -30	27 - 21,43	24 - 22,43	21 - 30,43	
30 -40	36 - 28,57	35 - 32,71	15 - 21,74	0,2939
40 -50	33 - 26,19	28 - 26,17	11 - 15,94	
50 -60	10 - 7,94	09 - 8,41	09 - 13,04	
60 -70	13 - 10,32	05 - 4,67	07 - 10,14	
≥ 70	03 - 2,38	0 - 0,0	01 - 1,45	
TOTAL PARCIAL	126 100	107 100	69 100	

DISCUSSÃO

Dados de 2003 mostram que a prevalência da Hanseníase no Brasil situava-se em 4,5 casos/10 mil habitantes,

colocando o Brasil e a Índia como os mais atingidos por esta epidemia em todo mundo. No âmbito das Américas, é o único país a não atingir a meta de prevalência inferior a 1 caso/10 mil habitantes, proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (MOREIRA et al., 2008).

O Maranhão, de acordo com a Gerência de Qualidade de Vida (GQV) da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (1999) em 1997, 12,9% dos municípios apresentaram um Coeficiente de Prevalência (CP) maior que 20 casos/10.000 habitantes. Dados obtidos no ano de 2006, segundo a Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão (2008) detectaram 211.130 novos casos de Hanseníase no sexo feminino, o que mostra um aumento significativo do número de casos, sendo atribuídas como possíveis causas para esse aumento da transmissão da doença e aos fatores operacionais com a cobertura no tratamento farmacológico e não farmacológico.

Nesta pesquisa observou-se uma frequência de 40% no ano de 2004; 44% no ano de 2005 e de 48% no ano de 2006, tornando evidente um aumento dos casos de Hanseníase no sexo feminino no período estudado.

No estudo realizado por Freitas Júnior (2008) no Centro de Saúde de Quixeramobim/CE através do levantamento de prontuários referentes aos anos de 2002 a 2006, foram detectados 134 casos de Hanseníase, os quais foram diagnosticados e tratados no referido Centro. Desse casos, 50% dos envolvidos eram do sexo feminino, o que mostra um percentual similar à pesquisa realizada no Maranhão.

De acordo com os dados analisados, foi possível identificar os meses mais frequentes de adesão ao tratamento farmacológico em mulheres acometidas com Hanseníase durante o ano de 2004: maio, junho e agosto do corrente ano, respectivamente; em 2005: janeiro, fevereiro, março, abril e maio, respectivamente, enquanto que em 2006: março e agosto apresentaram maiores taxas de adesão.

Entretanto esses dados admitem a hipótese nula, porém não apresentam valores estatísticos significativas entre o número de mulheres com ou sem adesão ao tratamento farmacológico nos anos citados acima.

Em um estudo realizado por Moreira et.al (2008) o abandono de tratamento é um indicador utilizado na avaliação da capacidade dos serviços em assistir aos casos de Hanseníase. O referido autor esclarece que no Espírito Santo, na última década, este percentual caiu de forma expressiva, atingindo 5%, em 2003. Desde o ano de 1997, esse percentual não ultrapassa o limite considerado bom, ou seja, em torno de 10%. Tais resultados, possivelmente estejam relacionados ao maior acompanhamento dos municípios, com vistas a atingir as metas estabelecidas nos Pacto da Atenção Básica e da Programação Pactuada e Integrada, de diminuir a proporção de abandono de tratamento e o grau de incapacidade à época do diag-

nóstico, ampliar o percentual de cura e o de casos novos descobertos.

Os resultados da pesquisa demonstraram que, além das medidas tomadas pelo Programa Estadual de Controle da Hanseníase e, citadas neste texto. É importante o desenvolvimento de estudos que nos permitam melhor conhecer os mecanismos de transmissão mais relevantes nessa fase de controle da doença, assim como identificar grupos de maior risco para constituírem resíduos de fontes de infecção, especialmente no ambiente domiciliar, onde as mulheres e as crianças são mais atingidas, pois passam maior parte do tempo no ambiente.

Bakirtzief (1996) verificou a associação feita entre a eficácia do medicamento e a eficácia do profissional da saúde, nos depoimentos dos entrevistados, tornando ainda mais importante à orientação dada ao paciente de Hanseníase quanto aos efeitos do medicamento no corpo da paciente, especialmente no tocante aos sintomas cutâneos e nervosos; que estigmatizam mais as mulheres em relação aos homens, além dos efeitos colaterais da medicação considerada uma das maiores causas de evasão ao tratamento. Nesse estudo pode-se observar um dado importante onde a paciente transfere para o medicamento a confiança e segurança que seria direcionada ao profissional de saúde, permitindo com isso um vínculo distanciado profissional da saúde para com a paciente.

Este trabalho não apresenta diferença estatisticamente significativa entre o número de mulheres com ou sem adesão ao tratamento. Com isso, acredita-se que uma das causas poderia ser falha no serviço de saúde, a necessidade de descentralização dos serviços de saúde no que diz respeito à erradicação da Hanseníase, pois o auxílio dos Serviços de Atenção Básica e a implementação de Equipes do Programa Saúde da Família (PSF), poderão melhorar esses índices.

A implantação desses serviços aconteceu no Paraná em um estudo realizado por SILVA (2008) onde mostra uma queda leve, passando de 1,20 para 1,12 casos por 10 mil habitantes atribuindo a isso a redução no tempo de tratamento e a descentralização dos serviços de atenção à Hanseníase.

Estudo realizado por Antikeira et al (2007), no Centro de Referência para Hanseníase de Mato Grosso de março a junho de 2007, mostrou que 9 (nove) mulheres investigadas, tinham idade entre 30 a 40 anos, com baixo nível escolar; 50,0% com grau zero de incapacidade e 66,6% com tratamento PQT/MB, concomitante aos resultados da pesquisa que demonstraram maiores frequências entre 20 e 40 anos.

Com isso, foi possível crescer que a percepção da mulher com Hanseníase resulta em auto-imagem afetada, evidenciando a presença do estigma da doença e, a necessidade de seu enfrentamento em detrimento do

déficit de conhecimento sobre a doença; mesmo em mulheres já em tratamento, há um longo período, segundo os autores o apoio da família e da equipe de saúde mostrou-se relevante para aceitação da doença e adesão ao tratamento.

Durante o desenvolvimento dos trabalhos foi possível esclarecer às mulheres envolvidas da necessidade de um diagnóstico preciso e, da adesão ao tratamento para obter a cura.

CONCLUSÕES

De acordo com os resultados obtidos pode-se concluir que:

- Foram observados novos casos de Hanseníase no período de 2004 a 2006;
- Identificaram-se os meses de janeiro a agosto de maior adesão ao tratamento da Hanseníase;
- Não há diferença estatisticamente significativa entre o número de mulheres com ou sem adesão ao tratamento da Hanseníase;
- Não há diferença estatisticamente significativa entre o número de afetos e sua relação com o sexo e a idade de pacientes acometidos pela patologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, V.L.G. **A urbanização do tratamento da hanseníase**: hora de compartilhar e não de isolar-se. In: OFICINA DE TRABALHO DE PLANEJAMENTO PARA O CONTROLE DA HANSENÍASE NAS PRINCIPAIS ÁREAS METROPOLITANAS DO BRASIL, 1., Brasília, 1996.
- ANTIQUERA, N.A. et al. A Percepção da mulher com Hanseníase sobre sua imagem. **Hansenologia Internationalis**, v 32, 2007.
- BAKIRTZIEF, Z. Aderência do tratamento do Mal-de-Hansen: aplicação metodológica da teoria das representações sociais. **Espacio Abierto: Cuaderno Venezolano de Sociología**, Venezuela, v 5, p.77-97, 1995.
- _____. Identificando barreiras para aderência ao tratamento de Hanseníase. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.497-505, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase. **Informações epidemiológicas e operacionais**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1999.
- _____. _____. **Legislação sobre o controle da Hanseníase no Brasil**: área de dermatologia sanitária. Brasília, 2000.
- _____. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 5. ed. Brasília: FUNASA, 2002.

- FRIST, T.F. Don't treat me like I have leprosy: teaching and learning materials. **Leprosy & International Federation of Anti-Leprosy Associations**, London, 1996.
- FOCCACCIA, R. **Tratado de Infectologia**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.
- LE GRAND, A. Women and leprosy: a review. **Leprosy Rev**, Paris, v. 68, p. 203 -211, 1997.
- MARTINS, B.D.L.; TORRES, F.N.; OLIVEIRA, MLW. Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do Dermatology Life Quality Index com diversas variáveis relacionadas à doença. **An Bras Dermatol**, Rio de Janeiro, v 83, p 39-43, 2008.
- MOREIRA, V.M.; WALDMAN, E.A.; MARTINS, C.L. Hanseníase no Estado do Espírito Santo, Brasil: uma endemia em ascensão?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.7, 2008.
- NASCIMENTO, M. L. P. **Factory MDT**. In: INTERNATIONAL LEPROSY CONGRESS, 14., Orlando, Florida, 1993.
- OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S.; PAUMGARTTEN, F.J.R.; SILVER, L.D. O uso de medicamentos na gravidez. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, out./dec. 2004.
- OPS. **Hanseníase hoje**. Brasília: OPS, 1995.
- P. JÚNIOR, A.C.; FREITAS, R.M. Estudo epidemiológico da Hanseníase no município de Quixeramobim – CE. **Infarma**, Brasília, v.20, n.1/2, p 14 -16, 2008.
- PENNA, G.O.; TEIXEIRA, R.G.; PEREIRA, S.M. **Doenças infecciosas e parasitárias**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 1999.
- RODRIGUES, A. L. et al. **Estudo sobre abandono de pacientes de hanseníase ao tratamento no Brasil e uma amostragem no Distrito Federal**. Brasília: Centro Nacional de Dermatologia Sanitária., Ministério da Saúde, 1995.
- SHANMUGANANDAN, S.; SARAVANABAVAN, V.; SUBRAMANIAN, P. T. K. **Socio-economic and psychosocial dimensions of leprosy**: a case study on treatment types and patient's compliance. In: INTERNATIONAL LEPROSY CONGRESS, 14., Orlando, Florida, 1993.
- SANTOS, C. D. et al. Avaliação baciloscópica de pacientes com Hanseníase multibacilar em uma unidade de referência do município de Fortaleza – Ceará. **RBAC**, Rio de Janeiro, v.39, p 21-24, 2007.
- SILVA, R.A.; MATHIAS, T.A.F. Perspectivas de eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2 p 303-314, 2008.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Action Programme for the Elimination of Leprosy**. Geneva: Repor of the Fourth Meeting of the Leprosy Elimination/ Advisory Group., 1998.
- ZUÑIGA, M. **Conceptos actuales sobre la epidemiología de la lepra**: revision. Caracas: Instituto Nacional de Dermatologia, 1977.