

Qualidade de vida dos portadores de hanseníase num município de médio porte

The quality of life of Hansen's disease patients in a medium-sized city

Siliana Simões¹, Sybelle S. Castro², Lucia M Scatena², Rafael O. Castro¹, Fernanda A. Lau¹

RESUMO

Modelo do estudo: estudo do tipo transversal. **Objetivos:** descrever o perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase de Uberaba-MG, avaliar a qualidade de vida e verificar a associação dos domínios da qualidade de vida com variáveis epidemiológicas e sociodemográficas. **Métodos:** Para a avaliação da qualidade de vida, foram aplicados o instrumento proposto pela Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref) e um questionário do perfil epidemiológico construído pelos autores. Utilizaram-se a análise estatística descritiva e os testes T-Student e Mann-Whitney. Participaram da pesquisa 29 portadores de hanseníase. **Resultados:** Houve predomínio do sexo masculino, casados, com baixas escolaridade e renda. Encontraram-se os maiores escores de qualidade de vida nos domínios relações sociais e psicológicas; os fatores ambiental e físico obtiveram os menores escores. Foi observada melhor qualidade de vida em indivíduos com mais de 60 anos, nos domínios relações sociais ($p=0,0267$) e ambiental ($p=0,0359$); casados, no domínio físico ($p=0,0495$); e com baixa escolaridade, nos domínios físico ($p=0,03$) e psicológico ($p=0,0084$). **Conclusões:** O estudo permitiu verificar os aspectos de vulnerabilidade e de suporte dos portadores de hanseníase, apresentando-se melhor qualidade de vida em indivíduos idosos, casados e com baixa escolaridade.

Palavras-chave: Hanseníase . Qualidade de Vida. Perfil de Saúde.

ABSTRACT

Study model: cross-sectional study. **Objectives:** describe the epidemiological profile of HD patients in Uberaba, Minas Gerais, assess their quality of life and verify the association of quality of life with epidemiological and sociodemographic variables. **Methods:** In order to evaluate the quality of life, we applied the instrument proposed by the World Health Organization (WHOQOL-bref) and a questionnaire of the epidemiological profile built by the authors. The descriptive statistical analysis and the T-Student and Mann-Whitney tests were used. Participation consisted of 29 HD patients. **Results:** There was a predominance of married male patients with low education and income. The highest quality of life scores were found in social and psychological relationships; the environmental and physical factors obtained the lowest scores. We observed better quality of life in individuals over the age of 60, in social ($p=0.0267$) and environmental ($p=0.0359$) relationships; married, in the physical aspect ($p=0.0495$); and with low education, in the physical ($p=0.03$) and psychological ($p=0.0084$) aspects. **Conclusions:** The study demonstrated the aspects of vulnerability and support to HD patients, presenting better quality of life in elderly, married individuals with low education.

Keywords: Leprosy. Quality of Life . Health Profile.

1. Graduada no curso de Medicina pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro.
2. Docente. Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Correspondencia
Siliana Simões
Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Av. Frei Paulino, 30
CEP: 38025180 - Uberaba - MG.

Recebido em 29/05/2014
Aprovado em 03/11/2015

Introdução

A hanseníase é um problema de saúde pública. Desde 1999, a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem tentando eliminar a doença, mas até os dias de hoje há países que não atingiram a meta (taxa de prevalência de menos de um doente a cada 10.000 hab.). O Brasil é um destes países, sendo superado em prevalência e números de casos novos apenas pela Índia. Em 2010, foram detectados 228.474 novos casos no mundo. No Brasil, detectaram-se nesse período, 34.894 casos novos. A OMS propôs um novo plano, no período de 2011 a 2015, para reduzir a doença a níveis globais.¹

Além disso, a hanseníase é uma doença crônica que pode causar lesões físicas irreversíveis. É estigmatizante, pois os pacientes tendem a ser excluídos e desabilitados de suas relações sociais e de suas atividades econômicas, levando consequentemente a uma queda na qualidade de vida.^{2,3} Apesar disso, há poucas pesquisas sobre qualidade de vida e hanseníase no Brasil.

Existem diversos conceitos de qualidade de vida que podem estar relacionados a princípios fundamentais tais como: capacidade funcional, nível socioeconômico, satisfação e ainda relacionada à capacidade física, ao estado emocional, à interação social, à atividade intelectual e à autoproteção de saúde. Para a OMS, a qualidade de vida é a "percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores em que se vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".⁴ Nesse contexto, apesar de ser um conceito subjetivo, pressupõe-se que os pacientes com hanseníase tenham prejuízo na sua qualidade de vida.

No meio científico, existe a preocupação com o desenvolvimento de instrumentos que avaliem bem-estar e qualidade de vida. A utilização dessas medidas objetivas de mensuração da qualidade de vida pode atuar como adjuvantes da análise de intervenções terapêuticas e sociais. Neste estudo, optou-se por utilizar o instrumento genérico WHOQOL-bref que já foi validado no Brasil.⁵

Estudos que evidenciam o perfil dos pacientes de hanseníase e a sua qualidade de vida podem contribuir para aprimorar as medidas de erradicação da doença, direcionar os esclarecimentos adequados para facilitar o diagnóstico precoce e evitar

as incapacidades, aumentar estratégias de adesão ao tratamento e, conseqüentemente, propiciar maior controle da hanseníase no país, podendo contribuir para que as metas definidas pela OMS sejam alcançadas, em 2015.

Diante do exposto, os objetivos deste estudo foram descrever o perfil epidemiológico dos pacientes com hanseníase de Uberaba-MG, avaliar a qualidade de vida e verificar a associação dos domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, com as variáveis epidemiológicas.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo descritivo e do tipo transversal. Utilizou-se um questionário de dados demográficos e epidemiológicos. Esse questionário teve a finalidade de obter conhecimento das seguintes informações: idade, sexo, naturalidade, estado civil, escolaridade, condições de moradia, atividades remuneradas, renda mensal da família e prática de exercícios físicos. Para a avaliação da qualidade de vida, foi aplicado o questionário proposto pela *World Health Organization* (WHO), o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-bref) – versão em português. É composto por 26 questões distribuídas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambientais. A análise de cada domínio foi realizada isoladamente. Os maiores escores corresponderam à melhor qualidade de vida e oscilam entre zero e 100. Os questionários foram digitados no software *Excel Microsoft Corporation*, tabulados e consolidados no software SPSS versão 14.0, com sintaxe do WHOQOL-bref. Para a análise, utilizaram-se a estatística descritiva, a partir de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas, e as medidas de centralidade (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão, mínimo e máximo) para as variáveis numéricas.

Para a verificação de associação entre os domínios do WHOQOL-bref e as variáveis sociodemográficas, foram utilizados o teste t-Student, quando os dados apresentaram normalidade, e o teste não paramétrico de Mann-Whitney, quando a normalidade não foi satisfeita. As variáveis epidemiológicas e sociodemográficas foram avaliadas nas categorias descritas: idade (até 60 anos e mais de 60 anos), sexo (feminino e masculino), estado civil (casados e não casados), escolaridade (até quatro

anos de estudo e mais de quatro anos de estudo), exercício físico (sim e não), atividade remunerada (sim e não) e renda (até três salários-mínimos e mais de três salários-mínimos). O nível de significância para todos os testes foi de 5%.

Participaram da pesquisa 29 pacientes com hanseníase, do município de Uberaba-MG, que concordaram em participar do estudo, de um total de 47 pacientes notificados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em 2012. Não foram entrevistados 18 pacientes, pois dois deles não aceitaram participar do estudo, um mudou de cidade, três endereços não corresponderam às residências dos pacientes, em quatro domicílios foram feitas três tentativas de visita, sem sucesso de encontrar os indivíduos doentes, e oito endereços não foram fornecidos pela SMS para realização das visitas domiciliares, a fim de coletar os dados, pois os familiares dos pacientes não tinham ciência da doença. Pacientes com e sem surto reacional foram incluídos no estudo.

O estudo atende à Resolução vigente de ética em pesquisa e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM, número 1776.

Resultados

A média de idade dos pacientes com hanseníase foi de 53,8 anos (DP \pm 14,7 anos), e a mediana foi de 54 anos. A idade mínima foi de 22 anos e a máxima, de 84 anos. Houve predominância do sexo masculino 62,1% (n=18) e casados 48,3% (n=20). Apenas 24,1% (n=7) são naturais de Uberaba, porém todos residentes lá. Em relação à escolaridade, a maioria, 89,6% (n=26), cursou até oito anos de estudo. As condições de moradia foram consideradas boas por 86,2% (n=25) dos indivíduos, entretanto, 72,4% (n=21) declararam não exercer nenhuma atividade remunerada, e renda familiar mensal inferior a três salários-mínimos foi referida por 79,4% (n=23) (Tabela I). Relataram não praticar atividade física 79,3% (n=23) dos pacientes.

Na análise do WHOQOL-bref, quanto maiores os valores das médias dos domínios, maior a qualidade de vida. Os domínios relações sociais (70,4) e psicológicas (66,4) apresentaram as médias mais altas. Os aspectos relevantes para a qualidade de vida, relacionados às relações sociais, foram as relações pessoais, suporte social e atividade sexual.

Tabela 1: Distribuição do perfil sociodemográfico dos portadores de hanseníase, Uberaba-MG, 2012.

Variáveis	%	Nº	
Sexo	Feminino	37,9	11
	Masculino	62,1	18
Estado Civil	Solteiro(a)	20,7	6
	Casado(a)	48,3	14
	Divorciado(a)/Separado(a)	13,8	4
	Viúvo	17,2	5
Escolaridade	Até 4 anos de estudo	58,6	17
	Até 8 anos de estudo	31,0	9
	Até 11 anos de estudo	10,4	3
Condições de moradia	Ruim	6,9	2
	Boa	86,2	25
	Excelente	6,9	2
Atividade Remunerada	Sim	27,6	8
	Não	72,4	21
Renda Familiar	Até 3 salários mínimos	79,4	23
	De 3 a 5 salários mínimos	13,8	4
	De 5 a 10 salários mínimos	3,4	1
	Não soube informar	3,4	1

O domínio psicológico apresentou aspectos como sentimentos positivos e negativos, autoestima, espiritualidade, imagem corporal e aparência. O que menos contribuiu para a qualidade de vida foram os seguintes fatores: ambiental (57,5) e físico (58,6) (Tabela 2). A média geral dos domínios que compõe a qualidade de vida foi de 58,2. De acordo com a análise geral da escala de resposta, os pacientes com hanseníase consideraram ter uma qualidade de vida regular, classificando como nem ruim, nem boa. A análise individual das duas primeiras questões (Como você avaliaria sua qualidade de vida? e Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?) mostrou que 48,3% (n=14) consideraram a qualidade de vida boa, e 41,4% (n=12) declararam estar nem satisfeitos, nem insatisfeitos em relação à saúde. Na comparação entre os domínios de qualidade de vida com algumas variáveis epidemiológicas e sociodemográficas, houve significância estatística ($p < 0,05$) entre a variável idade e os domínios relações sociais ($p = 0,0267$) e ambientais ($p = 0,0359$), indicando que, em relação aos dois domínios, os pacientes com hanseníase com mais de 60 anos tiveram melhor qualidade de vida. Observou-se melhor qualidade de vida no domínio físico nos indivíduos casados ($p = 0,0495$). Para a variável escolaridade, verificou-se melhor qualidade de vida nos domínios físico ($p = 0,03$) e psicológico ($p = 0,00840$), para os pacientes com até quatro anos de estudo. As demais análises realizadas não apresentaram significância estatística (Tabela 3).

Discussão

A OMS conceituou saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não

meramente a ausência de doenças.¹⁰ A amplitude desta definição, na época, gerou críticas, algumas de natureza técnica, ressaltando o caráter ideal e inatingível de saúde.¹¹ Desde a Assembleia Mundial de Saúde de 1983, vem sendo discutida uma proposta de incluir nessa definição uma dimensão "não material" ou "espiritual".¹² Foi questionada a ideia de perfeição, plenitude em relação à percepção de saúde, e foi sugerido que esta possa ser um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade.¹³ O conceito de qualidade de vida é tão amplo quanto o de saúde, já que é influenciado por diversos fatores, como atividade física, bem-estar psicológico, nível de independência e relacionamento social.¹⁴ Assim, a hanseníase pode ser analisada considerando-se as dimensões psicológicas, espirituais e socioeconômicas que afetam progressivamente as pessoas que não estão sendo devidamente assistidas.¹⁵ Devido à subjetividade desses conceitos, utilizam-se métodos a fim de uniformizar as diferentes visões e permitir análises e comparações.¹⁶ A experiência do contato individual com cada paciente doente adquirida pelos pesquisadores, durante a obtenção de dados, não pode ser ignorada, pois pode contribuir significativamente com o entendimento de alguns pontos dos resultados obtidos nos questionários. Na coleta de dados, foram realizadas anotações sobre o ambiente e impressões sobre os sujeitos da pesquisa pelos entrevistadores, e percebeu-se que muitos indivíduos tinham pouco conhecimento sobre a doença, especificamente quanto à sua forma de prevenção, contágio e quanto às incapacidades permanentes decorrentes da doença. Alguns apresentaram crenças equivocadas, por exemplo, atribuíram a transmissão da doença a animais ou a sair debaixo de chuva

Tabela 2: Medidas de centralidade e dispersão dos escores dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-bref de portadores de hanseníase, Uberaba-MG, 2012.

<i>Domínios Whoqol-bref</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Mediana</i>	<i>Média ± DP</i>
Físico	10,7	89,3	57,1	58,6 ± 18,5
Psicológico	25,0	87,5	66,7	66,4 ± 13,5
Relações sociais	33,3	100,0	75,0	70,4 ± 14,9
Ambiental	43,7	81,2	56,2	57,5 ± 8,8
Qualidade de vida Geral	25,0	75,0	62,5	58,2 ± 14,7

Tabela 3: Média e desvio padrão das variáveis epidemiológicas e sociodemográficas segundo os domínios que compõe a qualidade de vida do WHOQOL-bref dos portadores de hanseníase, Uberaba-MG, 2012.

Variáveis (n=29)	Nº	DOMÍNIOS			
		Físico (M*±DP**)	Psicológico (M*±DP**)	Relações sociais (M*±DP**)	Ambiental (M*±DP**)
Idade					
Até 60 anos	20	61,3 ± 18,8	66,2 ± 15,2	65,8 ± 14,0	55,5 ± 8,6
Mais de 60 anos	9	52,8 ± 17,4	66,7 ± 9,8	80,6 ± 11,8	62,2 ± 7,72
p		0,2579	0,7954	0,0267	0,0359
Sexo					
Feminino	11	57,1 ± 21,5	63,3 ± 17,3	68,3 ± 17,0	58,8 ± 10,3
Masculino	18	59,5 ± 17,0	68,3 ± 10,8	71,8 ± 13,7	56,8 ± 8,0
p		0,7192	0,6052	0,544	0,9105
Estado Civil					
Casados	14	64,0 ± 19,3	67,0 ± 14,5	69,0 ± 16,5	57,4 ± 8,8
Não Casados	15	53,6 ± 16,5	65,8 ± 13,2	71,7 ± 13,7	57,7 ± 9,1
p		0,0495	0,7599	0,9478	0,9478
Escolaridade					
Até 4 anos de estudo	12	68,4 ± 14,8	74,0 ± 7,3	70,1 ± 16,9	57,0 ± 11,5
Mais de 4 anos de estudo	17	51,7 ± 18,0	61,0 ± 14,5	70,59 ± 13,9	57,9 ± 6,6
p		0,03	0,0084	0,8594	0,6106
Exercício Físico					
Sim	6	64,3 ± 16,3	66,0 ± 11,6	77,8 ± 17,2	57,4 ± 8,3
Não	23	57,1 ± 19,1	66,5 ± 14,2	68,5 ± 14,0	57,8 ± 10,6
p		0,4193	0,7264	0,1871	0,7063
Atividade Remunerada					
Sim	21	60,9 ± 14,7	68,6 ± 11,1	73,0 ± 11,8	57,4 ± 8,3
Não	8	52,7 ± 26,4	60,4 ± 18,0	63,5 ± 20,4	57,8 ± 10,6
p		0,8073	0,283	0,2515	0,9805
Renda					
Até 3 salários mínimos	23	58,7 ± 16,8	68,1 ± 12,0	72,8 ± 11,3	57,9 ± 8,5
Mais de 3 salários mínimos	5	52,9 ± 24,8	58,3 ± 19,5	60,0 ± 25,9	57,5 ± 11,6
p		0,9045	0,2671	0,3682	0,8808

* M= Média / ** DP= desvio padrão

e também acreditavam que comer carne suína poderia ser prejudicial ao tratamento. Um estudo realizado no Ceará evidenciou que o conhecimento dos pacientes sobre a doença é rudimentar, embasado nas experiências individuais vivenciadas e nos sentimentos negativos acerca da doença.¹⁷

O perfil predominante: sexo masculino, com união estável e de baixa renda familiar do presente estudo foi similar a outros previamente descritos na literatura.^{18,19} Na maioria dos casos, ser do sexo masculino pode ser justificado por vários fatores. Estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado a maior vulnerabilidade dos homens às doenças, principalmente as severas e crônicas.^{20, 21, 22} As mulheres são mais presentes nos serviços de saúde.^{21,22} Segundo alguns autores, são identificadas barreiras para a presença masculina nos serviços de saúde, muitas vezes eles sentem que o atendimento e o espaço da atenção primária são feminilizados e voltados para atender a mulheres, idosos e crianças.²³ Grande parte da falta de adesão às medidas de atenção à saúde pelos homens decorre de questões culturais, tais como a visão da doença como uma fragilidade que não condiz com a cultura patriarcal. Além disso, o homem julga-se invulnerável, o que culmina em um menor autocuidado e maior exposição a fatores de risco, e faz com que a procura por serviços de saúde seja a representação de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança.^{24, 25}

A condição de baixa renda pode contribuir na formação do perfil do paciente com hanseníase por diversos fatores. Em um estudo realizado em Minas Gerais, foi constatado que municípios com condições socioeconômicas desfavoráveis (baixo Índice de Desenvolvimento Humano - IDH) têm maiores taxas de detecção de hanseníase.²⁶ A constatação evidencia que condições socioeconômicas precárias podem favorecer a disseminação da doença, com a aglomeração de pessoas na mesma residência, baixo nível de instrução, dentre outros fatores.²⁶ Ademais, a alimentação inadequada propicia uma resposta imunológica deficiente, deixando o indivíduo mais vulnerável a patógenos inclusive ao *Mycobacterium leprae*. A baixa renda, por vezes, associa-se à baixa escolaridade e ao pouco acesso às informações sobre o autocuidado e a prevenção de doenças.²⁷

Em relação aos maiores escores dos domínios obtidos no estudo: relações sociais e psicológicas, eles podem ser associados à predominância de pacientes casados. O apoio familiar e do cônjuge é salutar no enfrentamento da doença, e a união estável adquire um papel importante em termos de suporte ao paciente, durante o diagnóstico e o tratamento da hanseníase e de outras doenças.^{18, 27,28}

As menores médias responsáveis por contribuir com a piora da qualidade de vida dos pacientes com hanseníase foram nos domínios ambiental e físico. Os resultados do presente estudo foram consistentes com os achados de outro estudo realizado em um centro de referência de Belo Horizonte.¹⁸ O Brasil ocupa a segunda posição no mundo em detecção de novos casos de hanseníase, atrás apenas da Índia.²⁹ Assim, uma comparação pertinente pode ser feita com um estudo realizado na Índia que coincidiu parcialmente com este, em que foi observada uma menor qualidade de vida nos domínios físico e psicológico.¹⁵ O domínio ambiental, que envolve as questões: proteção física e social, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, informação, lazer, ambiente físico e transporte, pode ser reflexo da falta de recursos financeiros, já que 79,4% dos pacientes do estudo têm renda mensal familiar inferior a três salários-mínimos. Quanto ao físico, que permeia questões como dor, desconforto, fadiga, sono, mobilidade, atividades cotidianas, dependência de medicamentos e capacidade de trabalho, pode ser atribuído aos efeitos da doença em si manifestados nas reações hansênicas, incapacidades físicas e efeitos colaterais das medicações utilizadas no tratamento.³⁰

Os pacientes com hanseníase com mais de 60 anos apresentaram melhor qualidade de vida nos domínios relações sociais e ambientais. Em estudo prévio, já se constatava que, para os idosos, a percepção de alta satisfação com a vida tem como principal determinante um relacionamento social estável.³¹ Os idosos demonstraram ser menos afetados com a doença quanto aos constrangimentos, não apresentando alterações significativas nas relações pessoais. Os idosos são contemplados com aposentadoria, o que pode suprir minimamente as necessidades financeiras, e têm transporte coletivo urbano gratuito, o que pode proporcionar maior satisfação com o meio de transporte.³²

Os pacientes casados apresentaram melhor qualidade de vida no domínio físico, esse grupo, como já discutido previamente, conta com o suporte e o importante apoio familiar, além de apresentar uma melhor qualidade de sono e repouso.²⁸

Foram limitações na análise do estudo as comorbidades, não consideradas durante a pesquisa, mas que podem influenciar nos resultados, visto que os indivíduos, muitas vezes, não analisam sua qualidade de vida colocando em evidência apenas as alterações decorrentes da hanseníase, consideram outros fatores que, também, os prejudicam como obesidade, diabetes, problemas de coluna, idade avançada entre outros. Um estudo realizado em Minas Gerais correlaciona o crescente número de comorbidades com a piora da qualidade de vida.³³ Neste estudo não foi realizada distinção entre pacientes com e sem surto reacional, pois os pacientes poderiam não distinguir se estariam ou não acometidos por essa condição, na hora da entrevista. Os surtos reacionais que são episódios inflamatórios intercalados no curso crônico da doença podem comprometer, significativamente, a qualidade de vida^{16,30}, porém nem sempre essa informação pode ser confirmada nos prontuários dos pacientes, por falta de registro adequado. Supõe-se que pode ter ocorrido influência na análise negativa da qualidade de vida dos pacientes afetados.

Conclusões

A aplicação do instrumento WHOQOL-bref evidenciou o impacto na vida diária dos pacientes com hanseníase sob uma visão ampla. O comprometimento físico e as questões ambientais se relacionaram, de forma importante, com o prejuízo na qualidade de vida. O estudo apontou a maior vulnerabilidade dos pacientes devido à baixa condição econômica; evidenciou a importância do suporte social, familiar e o equilíbrio psicológico para a qualidade de vida no processo de doença; e confirmou a necessidade de formação de uma rede de atenção integral e multiprofissional ao paciente com hanseníase a fim de proporcionar um atendimento adequado sob o ponto de vista médico e humanitário.

Referências

1. World Health Organization. Leprosy update, 2011. *Wkly Epidemiol Rec.* 2011; 86:389-400.
2. Cury MRCO, Paschoal VD, Nardi SMT, Chierotti AP, Júnior ALR, Chiaravalloti-Neto F. Spatial analysis of leprosy incidence and associated socioeconomic factors. *Rev Saúde Pública.* 2012; 46:110-8.
3. Proto RS, Machado Filho CDS, Rehder JRCL, Paixão MP, Angelucci RI. Qualidade de vida em hanseníase: análise comparativa entre pacientes da região Amazônica com pacientes da região do ABC, São Paulo, Brasil. *An Bras Dermatol.* 2010; 85:939-41.
4. Savassi LCM. Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores [dissertação]. Belo Horizonte: Centro de Pesquisas René Rachou; 2010.
5. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Rev Latinoam Enferm.* 2002;10:757-64.
6. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995; 41:1403-9.
7. Kluthcovsky ACGC, Kluthcovsky FA. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2009; 31(3 Suppl).
8. Fleck MPA, Lousada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Rev Saúde Pública.* 1999; 33:198-205.
9. Seidl EMF, Zannon CML. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública.* 2004; 20:580-88.
10. World Health Organization. Basic Documents. 47ed. Geneva: World Health Organization; 2009.
11. Scliar M. História do conceito de saúde. *Physis (Rio J.).* 2007; 17:29-41.
12. Fleck MPA, Borges ZN, Bolognesi G, Rocha NS. Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Physis (Rio J.).* 2003; 37:446-55.
13. Segre M. O conceito de saúde. *Physis (Rio J.).* 1997; 31:538-42.
14. Halioua B, Bemmont MG, Lunel F. Quality of life in dermatology. *Int J Dermatol.* 2000; 39:801-6.
15. Mankar MJ, Joshi SM, Velankar DH, Mhatre RK, Nalgundwar NA. A comparative study of the quality of life, knowledge, attitude and belief about leprosy disease among leprosy patients and community members in Shantivan Leprosy Rehabilitation Centre, Nere, Maharashtra, India. *J Glob Infect Dis.* 2011; 3(4):378-82.
16. Martins BDL, Torres FN, Wand-Del-Rey ML. Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do Dermatology Life Quality Index com diversas variáveis relacionadas à doença. *An Bras Dermatol.* 2008; 83:39-43.
17. Nunes JM, Oliveira EM, Vieira NFC. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(Suppl 1):1311-18.

18. Costa MD, Terra FS, Costa RD, Lyon S, Costa AMDD, Antunes CMF. Assessment of quality of life of patients with leprosy reactional states treated in a dermatology reference center. *An Bras Dermatol*. 2012; 87:26-35.
19. Lustosa AA, Nogueira LT, Pedrosa JIS, Teles JBM, Campelo V. The impact of leprosy on health-related quality of life. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2011; 44:621-26.
20. Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22: 901-11.
21. Laurenti R, Jorge MHPM, Gottlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10:35-46.
22. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7:687-707.
23. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface Comun Saúde Educ*. abr./jun. 2010; 14(33):257-27.
24. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23:565-574.
25. BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
26. Lana FCF, Davi RFL, Lanza FM, Amaral EP. Detecção da hanseníase e Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios de Minas Gerais, Brasil. *Rev Eletr Enf*. [Internet]. 2009 [citado em 10 jul 2015]; 11:539-44.
27. Santos DL, Gerhardt TE. Desigualdades sociais e saúde no Brasil: produção científica no contexto do Sistema Único de Saúde. *Rev Gaúch Enferm*. 2008; 29:129-36.
28. Nunes JM, Oliveira EM, Vieira NFC. Ter hanseníase: percepções de pessoas em tratamento. *Rev RENE*. 2008; 9:99-106.
29. World Health Organization. Global leprosy situation, 2010. *Wkly Epidemiol Rec*. 2010; 85:337-48.
30. Araújo MG. Hanseníase no Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2003; 36:373-82.
31. Najman JM, Levine S. Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: a review and critique. *Soc Sci Med*. 1981; 15:107-15.
32. Congresso Nacional (Brasil), Câmara dos Deputados. Estatuto do idoso. 4 ed. Brasília (DF): Edições Câmara; 2009. (Série Legislação, 31).
33. Tavares DMS, Côrtes RM, Dias FA. Qualidade de vida e comorbidades entre idosos diabéticos. *Rev Enferm UERJ*. 2010; 18:97-103.