

Alta taxa de deformidades em pessoas afectadas pela lepra: estudo de caso do distrito de Murrupula de 2006 a 2013

Hansen disease patients' deformities high incidence: Murrupula district case study, 2006 to 2013

Marega Abdoulaye¹, Paulo Pires², Jaibo Mucufu³, Artur Muloliwa⁴, Feliberto Rodriguez⁵.

1 – Docente Assistente, Médico Generalista, Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Lúrio.

2 – Docente Assistente, Médico Consultor em Medicina Familiar e Comunitária, Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Lúrio.

3 - Docente Assistente, Sociólogo, Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Lúrio.

4 – Médico Epidemiologista, Direcção Provincial de Saúde de Nampula, Ministério da Saúde, República de Moçambique.

5 - Médico Epidemiologista, Direcção Provincial de Saúde de Nampula, Ministério da Saúde, República de Moçambique.

Correspondência: Paulo Pires, Tel. Cel. 824235287, correio electrónico:

druidatom@gmail.com ; endereço postal: Bairro de Marrere, Rua Nr. 4250, Km 2.3, Casa 3, CP 364, Nampula, Moçambique.

(total de palavras, excluindo primeira pagina, resumo, abstract e referencias: 2.970)

Resumo

Contexto

A Hanseníase deixou de ser considerada um problema de saúde pública em Moçambique quando em 2008 a sua incidência baixou para menos de um caso por 10.000 habitantes. No entanto o país continua a ser um dos mais afectados no mundo por esta doença e na província de Nampula, o distrito de Murrupula, apresenta uma incidência de 1,7 por 10.000 habitantes com elevada taxa de deformidade.

Objectivos

Identificar as causas da alta taxa de deformidades apresentada pelos pacientes casos novos naquele distrito durante o período de 2006 a 2013.

Metodologia

Estudo descritivo exploratório, de carácter quantitativo e qualitativo, entrevistando pacientes (170), agentes de saúde, activistas comunitários, responsáveis institucionais e tradicionais (63), a partir dos dados existentes nos registos das unidades de saúde do distrito. Os dados foram analisados com o programa Epiinfo. Foram cumpridas todas as orientações éticas.

Resultados

Os pacientes pertencem a uma população de agricultores, com estatuto económico e nível de literacia baixos e escassez de alimentos; 38% apresentam grau dois de deformidade, sobretudo os maiores de 40 anos, que consideram a doença como um desígnio de Deus e que utilizam a medicina tradicional. A maioria dos responsáveis não tem formação específica, provocando demora no diagnóstico e deficiente gestão da doença pelos serviços, que explicam a alta taxa de deformidades apresentada por estes pacientes.

Conclusões

Recomenda-se ao Ministério da Saúde um programa de informação e educação para a saúde de responsáveis e população das localidades alvo e um plano de dinamização dos grupos de auto-cuidado, com vista a prevenção das deformidades.

Palavras-chave: Lepra, Hanseníase, deformidade, Nampula, Moçambique.

Abstract

Introduction

Hansen disease ceased to be a public health problem in Mozambique in 2008 when its incidence lowered to less than 1 case for 10.000 inhabitants. The country remains one of the world's most affected with this disease and in Nampula province, the Murrupula district, presents 1,7 to 10.000 inhabitants incidence.

Goals

Identify reasons for high deformity incidence in new patients in Murrupula district during the period 2006 to 2013.

Methodology

Descriptive and exploratory research with a quantitative and qualitative methodology, surveying patients (170), health staff, community volunteers, institutional and traditional leaders (63), from district health units. Epiinfo software was used to data analysis. All ethic procedures were duly accomplished.

Results

Patients are a subsistence agriculture population with low economy and literacy and nutritional unmet needs; 38% present a second degree deformity, mainly those after 40 years of age who believe the disease is a God's curse and use traditional healers. The majority of health professionals and volunteers do not have specific training, causing late diagnostics and weak health services disease management, explaining the high deformity incidence in these patients.

Conclusions

We recommend Health Ministry to launch an information and health education program, targeting health workers, district authorities and highly affected village's population, so as a facilitating self-care groups plan, to prevent deformities.

Key words: Lepra, Hansen disease, deformity, Nampula, Mozambique.

1. Introdução

Moçambique é o país com maior prevalência de Doença de Hansen em África (1,4 por 10.000 habitantes em 2007) e faz parte dos seis países mais afectados pela doença no mundo.¹ A situação epidemiológica em Moçambique é heterogénea devido à variação da prevalência nas diversas regiões do país, ² constituindo um problema de saúde pública na Província de Nampula (uma das mais elevadas taxas de prevalência, 2,1 por cada 10.000 habitantes e com uma taxa de detecção de 5,2 / 100.000 habitantes, ³) nomeadamente no Distrito de Murrupula (1,7 casos por cada 10.000 habitantes), aliado a alta taxa de deformidades entre os casos novos. A ocorrência de portadores assintomáticos poderia explicar a transmissibilidade da doença e a sua detecção seria útil no controlo da Hanseníase, particularmente entre os contactos domiciliare. ⁴

Na Índia, maior contribuinte mundial para a doença, constata-se a disseminação de Hanseníase causadora de deformidade em bolsas de pobreza espalhadas no país. ⁵

A lepra causa alterações na estrutura física do corpo humano devido à lesão dos nervos periféricos provocando incapacidades e invalidez. ⁶

O Governo de Moçambique efectuou campanhas de mobilização social, implementou actividades para redução de casos, um programa de prevenção e reabilitação de deformidades (PRID), apoiando a criação de grupos de auto cuidados que realizam uma reabilitação baseada na comunidade, destinada a elevar a sua auto-estima e melhorar a sua condição de vida. ⁷ A Província de Nampula continua a notificar casos novos com deformidades, com destaque para o Distrito de Murrupula, que variam de uma prevalência anual de 12 a 25%. O Programa Nacional de Combate á Lepra (PNCL) na Província de Nampula pretende reduzir as deformidades entre os novos doentes, com a criação de grupos de auto-cuidado que deverão diminuir as incapacidades provocadas pela lepra.

Desde a antiguidade a lepra, ⁸ – doença infecto-contagiosa crónica causada pelo *Mycobacterium leprae* (Bacilo de Hansen, ⁹ descoberto em 1940, gram positivo intracelular, zoonose com reservatório em animais como o pangolim e primatas não humanos), ¹⁰ que atinge a pele e os nervos periféricos devido ao tropismo do seu agente causal por áreas corporais com temperaturas inferiores ao interior do organismo, sempre constituiu um problema para a humanidade. Devido ao alto potencial incapacitante – causando deformidades, mutilações, incapacidades e invalidez física,

quando diagnosticada tardiamente, origina sentimentos de rejeição e estigma. 11 No século XX inicia-se o tratamento efectivo acompanhado da reabilitação dos doentes com deformidade ou incapacidade.

A lepra afecta mais de 11 milhões de pessoas no mundo, havendo anualmente 700.000 casos novos. Estima-se em dois milhões o número de pessoas severamente mutiladas. A Índia notifica 120.000 novos casos por ano, 10% crianças, em bolsas de pobreza no país. 12

Em Moçambique a situação de deformidades é preocupante. Na Província de Nampula, de acordo com o Relatório Anual 2010 do (PNCL), a taxa de deformidade registada no distrito de Murrupula nos anos de 2009 e 2010 é de 12 e 22,2% respectivamente. Um estudo realizado pela Direcção Provincial de Saúde de Nampula (DPSN) em 2008 revelou que dos 493 casos novos notificados no primeiro semestre de 2007, 9,7% chegaram às Unidades de Saúde (US) com deformidade grau dois.

O grau de incapacidade para cada caso descreve a situação do paciente no momento do atendimento, cuja classificação na lepra varia numa escala de zero a dois, respectivamente para cada olho, cada mão e cada pé; o paciente poderá ter até 12 graus de incapacidade; utiliza-se o maior grau atribuído como o grau de incapacidade do paciente.

- Grau zero: nenhuma incapacidade foi encontrada (sem deformidades, anestesia ou paralisia, nenhum problema com os olhos devido à lepra, nenhum sinal de perda de visão).
- Grau um: perda de sensibilidade nas mãos ou nos pés (anestesia parcial ou total das mãos ou pés ou fraqueza, mas sem deformidades ou lesões visíveis), problemas com os olhos devido à lepra, mas a visão não está muito afectada (o doente pode contar dedos a uma distância de seis metros), anestesia da córnea, fraqueza das pálpebras.
- Grau dois: presença de uma lesão ou incapacidade visível (mutilação parcial ou total, dedos ou mão em garra, úlcera, feridas ou gretas, perfuração palmar ou plantar, pé caído), insuficiência visual grave (acuidade visual $< 0,1$, incapacidade em contar os dedos a uma distância de seis metros), lagofthalmia, ectrópio, triquíase, irite, opacidade central (cegueira). 13

O grau total de incapacidade de um paciente determina-se com a escala olhos mãos pés, adicionando todos os graus individuais dados a cada olho, mão e cada pé, sendo proporcional à gravidade da doença.

2. Objectivos de estudo

Geral

Determinar os factores que contribuem para a elevada taxa de deformidades em pessoas afectadas pela lepra, propondo medidas de gestão nos serviços a fim de melhorar a saúde e a produtividade das pessoas afectadas.

Específicos

- 1) Descrever as pessoas afectadas pela lepra, no Distrito de Murrupula entre 2006 e 2013.
- 2) Caracterizar os casos de deformidade.
- 3) Analisar as propostas de solução dos funcionários envolvidos na gestão da lepra e produzir recomendações para diminuir a taxa de deformidades.

3. Metodologia

Estudo descritivo exploratório, de carácter qualitativo e quantitativo, com revisão documental e entrevistas abertas com pessoas afectadas pela lepra e envolvidas no processo de tratamento e gestão do (PNCL) e observação sistemática dos pacientes.

Unidades de observação:

- 1) Pacientes diagnosticados entre 2006 e 2013 com Lepra.
- 2) Técnicos de saúde responsáveis pelo PNCL no período 2006 – 2013.
- 3) Responsáveis do S. N. S. e Administrador Distrital.
- 4) Líderes tradicionais locais.
- 5) Voluntários de auto-cuidados.

O período de observação corresponde ao início da criação de grupos de auto-cuidado e em que os Distritos já deveriam estar organizados em termos estruturais e funcionais para a (PRID). O distrito de Murrupula tem uma população de 170.072 habitantes (2013) e divide-se em três Postos Administrativos (Sede, Nihessieu, Chinga) e cinco localidades (incluindo Cazuzo e Namitotelane).

O estudo abrange pessoas de todos os Postos Administrativos, incluindo os membros dos quatro grupos de auto-cuidados e a rede do (PNCL) do distrito.

O universo da população é o conjunto de pacientes de lepra e responsáveis do (PNCL) residentes no distrito de Murrupula. A população estudada é constituída por 233 pessoas, sendo:

- Cento e setenta pessoas afectadas pela lepra.
- Sessenta e três responsáveis (membro do governo do distrito, técnicos de saúde, voluntários comunitários, líderes comunitários).

A recolha de dados utilizou cinco modelos de entrevista conforme os grupos alvo. A equipa de entrevistadores locais (nove membros treinados), fluentes em Macua e Português, foi munida dos respectivos instrumentos de recolha de informação. Para testar a metodologia e a viabilidade do estudo foi realizado o teste piloto com o guião de entrevista semi-estruturada na zona da sede do Distrito e na localidade de Naache. Os dados foram introduzidos em base informática (Epi info) e a informação foi analisada pelo software Epi info 7.2, o teste de Qui quadrado de Pearson e o teste de Fisher foram usados para determinar a associação entre os factores identificados com nível de significância de 5% a IC de 95%, à taxa de deformidades.

Considerações éticas

O protocolo foi submetido e aprovado pelo Comité Institucional de Bioética para a Saúde da Universidade Lúrio, incluindo declaração de compromisso do investigador principal e declarações de compromisso ético e de ausência de conflitos de interesses por parte de todos os investigadores. Antes da entrevista foi apresentado ao participante um termo de consentimento informado devidamente adaptado, em linguagem simples e assinado depois de explicado e compreendido. Todos os casos de pacientes em situação de doença aguda foram referidos à (US) mais próxima habilitada e apoiados na deslocação. O presente estudo cumpre integralmente as orientações da Declaração de Helsínquia na sua revisão do ano de 2013.

4.Resultados

Caracterização do universo de pacientes estudado

O estudo envolveu 175 pacientes de Lepra, cinco foram excluídos conforme os critérios de exclusão e o universo é constituído por um total de 170, dos quais 62% (106) sem

deformidade (grau zero e um) e 38% (64) apresentam deformidade (grau dois ou superior).

Os 170 doentes são provenientes de 12 localidades, 47% residentes em Murrupula Sede (Umuato, Umpuata, Tucua), 26% em Nihessiue (Lupo, Naha, Lepa, Mulhanía), 25% em Namitotelane (Nacocolo, Namiope, Namicope), 2% vem de outros distritos, Alto Ligonha (Gilé) e Calipo (Mogovolas).

Constatamos ligeira predominância do sexo feminino (51%) em relação ao Masculino (49%) e a distribuição por classe etária mostra que 87% tem idade igual ou superior a 25 anos.

Estado civil: 51% afirmam ter companheiro em casa no momento da entrevista e 49% vivem em estado de solteiro, divorciado e viúvo. A maioria (59%) concluiu o ensino primário e 35% não frequentou a escola; 45% praticam a religião muçulmana, seguida da católica (19%); um grupo significativo (18%) alega não ter religião e 5% refere a religião animista.

Meios de subsistência: 87% são agricultores e a ocupação doméstica ocupa a segunda posição (7%). Quanto a outras fontes de rendimento, 71% não dispõem de outro recurso, 18% referem ter apoio familiar e 5% recebem subsídio do estado. A prática de actividade económica é quase inexistente, 89% negam fazer negócio e 7% referem a venda de produtos agrícolas como fonte de sustento.

Alimentos disponíveis: 56% dos pacientes alegam insuficiência; 8% consome 3 refeições por dia, 73% referem duas e 18% uma.

Consumo de substâncias tóxicas: 52% não consomem e 48% consomem uma ou mais (*cabanga*, cerveja, tabaco, cigarro, *soruma*).

Facilidade de acesso às (US): 87% deslocam-se a pé e 11% possuem bicicleta.

Caracterização da doença e tratamento pelos pacientes

Causa da lepra: 58% dos pacientes interpreta a doença como um desígnio de Deus ou do destino, 21% consideram-na uma doença comum e 15% referem ser uma herança (transmissão intra-familiar). A maioria (96%) afirma acreditar que a doença tem cura se for tratada e 95% recorrerão à (US) para procurar tratamento. Para chegar no posto de saúde 60% dos pacientes residem a uma distância inferior a 10 km e 39% percorrem mais de 11 km.

Observância da toma de comprimidos: 90% dizem nunca ter ficado sem tomar comprimidos e 10% afirmam ter esquecido algumas vezes.

Discriminação e estigmatização: 82% negam ser vítimas de estigma, 18% consideram-se auto excluídos e 7% discriminados.

A deformidade ocorre em 64 pacientes (38%), com diagnóstico mais frequente nos anos de 2006 (45%), 2007 (20%) e 2013 (9%).

Tempo de espera entre o diagnóstico e o tratamento: 146 pacientes (86%) iniciaram o tratamento doze meses depois do diagnóstico, dos quais 54 (37%) tinha desenvolvido deformidade e 92 (63%) estavam sem deformidade.

Duração do tratamento: para 65% foi de 7 a 12 meses (lepra multibacilar) e 34% entre um e seis meses (lepra paucibacilar). Respondem 91% que não tiveram falta de medicamentos e 9% referem alguma interrupção no abastecimento de medicamentos.

Recurso a praticantes de medicina tradicional para o tratamento da doença: 26% dos pacientes confirmam utilizar esta prática. Neste grupo a deformidade atinge 66%.

Problemas de visão: em 39% dos pacientes com deformidade.

Distribuição corporal da deformidade: 48% com três ou mais órgãos afectados, 33% com um, 19% com dois. O órgão mais atingido foi o pé (32%), seguido da mão (24%) e 44% dos pacientes apresentam deformação do nariz.

Quantificando a deformidade total em cada paciente (62 pacientes), encontramos 42% com quatro, 32% com dois e 26% com grau seis de deformidade (três órgãos afectados, mão, pé e olho, excluindo o nariz).

Caracterização dos responsáveis estudados

O grupo de responsáveis (63), constituído maioritariamente por homens (62% contra 38% de mulheres), situa-se predominantemente na faixa etária dos 25 aos 44 anos (58%), sendo maioritário o grupo entre os 25 e os 29 anos (24%). Quanto a escolaridade, 30% são analfabetos e 54% concluíram o ensino primário; como cargo desempenhado, 62% são voluntários e 21% líderes comunitários. Quanto à profissão, a maioria (63%) são camponeses e 29% activistas. A maioria desloca-se a pé (71%) e 21% dispõem de uma bicicleta.

Quanto a experiência em actividades relacionadas com a lepra, 51% refere entre um e cinco anos, 19% com 11 a 15 anos e um grupo mais pequeno com 6 a 10 anos (10%).

Formação específica sobre a doença: 52% não teve qualquer formação, 17% tiveram uma sessão de formação e 14% duas. Neste grupo 13% tinham sido afectados pela lepra.

Caracterização do processo de gestão da doença pelos responsáveis

Natureza da doença: 65% alegam ser causada por Deus ou pelos espíritos, 22% sabem que é uma doença comum e 6% dizem que é hereditária.

Reconhecimento de deformidade: 75% observaram deformidade.

Discriminação e sentimentos de exclusão: 19% detectaram comportamentos de abandono por parte das respectivas famílias, 35% exclusão social e 10% observaram injúrias; 44% referem sentimentos de auto exclusão manifestados pelos pacientes e 11% notaram comportamentos de desespero.

Número de visitas realizadas a cada paciente: 36% referem três visitas, 33% duas e 19% uma visita. Distância média percorrida para visitar os seus doentes: 63% percorrem uma distância de 5 a 20 km.

Sobre interrupção do tratamento, 35% referem não ter conseguido tratar os doentes em certas ocasiões por algum motivo, 52% dizem que nunca encontraram pacientes que tenham parado de tomar a medicação.

Interrupção no abastecimento de medicamentos: 76% nunca encontraram doentes com falta de medicamentos; 14% mencionam essa falta durante um mês, 6% durante dois meses e 3% durante um período igual ou superior a três meses.

Propostas de intervenção para melhoria do processo de gestão da lepra: realização de palestras (81%), formação de pessoal de saúde para o diagnóstico precoce e identificação do risco de deformidade (73%), disponibilização de mais medicamentos (73%), meio de deslocação como bicicleta (71%), construção de mais de postos de saúde nas localidades (70%), materiais para informação, educação e comunicação (68%), criação de actividades sustentáveis para os doentes (62%), criação de um centro de inserção social para os doentes (52%), capacitação dos voluntários (48%).

5. Discussão

A ocorrência de deformidade com uma incidência de 40% no ano de 2006 e 35% no ano de 2013 demonstra a persistência do problema.

O grupo de pacientes é constituído por uma população de agricultores de baixo nível económico e de literacia, com recursos alimentares insuficientes, maioritariamente residentes em três localidades de Murrupula.

A ausência de companheiro e a não disponibilidade de fonte de renda e alimentos tiveram uma relação estatisticamente significativa com a probabilidade de ocorrência da deformidade a 64% (Vpp).

Um estudo realizado no Brasil mostrou que o maior número de indivíduos atingidos pela lepra, sobretudo com lesões incapacitantes, tem um perfil socioeconómico de baixo nível. 14

Relacionando a percepção que os pacientes têm da doença com o grau de deformidade encontrado, verificamos que existe uma diferença estatisticamente significativa entre aqueles que a encaram como doença comum e aqueles que a consideram como um desígnio de Deus ou do destino. De igual modo, os responsáveis do tratamento tem um conceito da doença como castigo de Deus. Podemos relacionar este facto com o contexto sociocultural em que a lepra é considerada como uma doença “maldita”, de quem é vítima da ira dos entes sobrenaturais (os espíritos), determinante que pode demorar a procura de tratamento. Estes resultados corroboram os estudos feitos no vale do Zambeze, em Zambézia e Sofala e no distrito de Murrupula em Namaita. 15

Verificamos uma associação estatisticamente significativa entre a utilização da medicina tradicional e o grau de deformidade. O estudo de Namaita revela o paciente de lepra e demonstra a prática da medicina tradicional na comunidade afectada. “A complexidade do mundo do mal explica a variedade e diversidade dos especialistas ou curandeiros que, na sociedade *makhuwa*, intervêm na terapia da doença”.

Um trabalho realizado no Brasil, refere que o diagnóstico foi tardio na maior parte dos indivíduos e esse facto pode ter ocorrido devido à falta de esclarecimento da população sobre os sintomas da Hanseníase, á fraca preparação dos profissionais de saúde, à evolução insidiosa da doença, o que levou muitos deles às incapacidades físicas. 16

Um número significativo de pacientes responderam não possuírem religião (19%), demonstrando a sua exclusão das instituições de integração social a nível local, visto que esta constitui normalmente o meio mais frequente de socialização e não sendo um dado corrente encontrar alguém sem religião.

O facto de 10% se declararem animistas merece consideração visto que em regiões de predominância islâmica e católica o animismo não é uma crença assumida, sendo este um resultado possível da exclusão em resultado da doença.

Um estudo realizado no Brasil aponta como causas da não eliminação da doença a falta de organização do serviço de saúde e a sua passividade, incapacidade de evitar os abandonos e explicar a gravidade da doença sem estigmatizar o paciente. 17

A descentralização da assistência à Hanseníase deve ser vista como um importante instrumento a ser utilizado como estratégia de eliminação da doença. 18

Conclusões

A população atingida pela Hanseníase em Murrupula pertence a um estrato socioeconómico debilitado e com baixo grau de literacia. A alta taxa de deformidades associa-se ao conceito da doença como resultante de “Deus, destino, espíritos”, ao recurso a praticantes de medicina tradicional por parte dos pacientes e a demora no diagnóstico pelos responsáveis.

O estudo contribui para o diagnóstico de 14 novos casos detectados durante a recolha de dados.

Apesar de um número significativo de acções de formação realizadas sobre o diagnóstico e tratamento da Hanseníase para os técnicos de saúde, a grande rotatividade dos mesmos, tem impedido uma consolidação do processo de combate à lepra no distrito. Em consequência, os pacientes com sinais e sintomas iniciais não são diagnosticados e o tratamento só é iniciado quando aqueles apresentam já mutilações evidentes.

Recomendações

1. Realizar campanhas anuais de informação sobre Hanseníase, junto de líderes comunitários, praticantes de medicina tradicional e população em geral nas localidades alvo (utilizando a língua Macua).
2. Realizar seminários anuais de formação de lepra para técnicos de saúde e voluntários comunitários de Murrupula.
3. Elaborar, acompanhar e avaliar um Plano de Reabilitação com Base na Comunidade.
4. Estabelecer um sistema de vigilância epidemiológica da incidência de deformidade.

Bibliografia

- (1) Manuel J. Tomás e col., O controlo da lepra e a chegada tardia dos pacientes às unidades sanitárias: explicações dos pacientes da Província de Nampula, República de Moçambique, Governo de Nampula, Direcção Provincial de Saúde de Nampula, Nampula, 2008.
- (2) Direcção Provincial de Saúde de Nampula, Termo de referência para estudo operacional com tema: Alta taxa de deformidades em pessoas afectadas pela Lepra; caso do Distrito de Murrupula: de 2006 a 2010, República de Moçambique, Governo de Nampula, Nampula, 2011.
- (3) Secção do PNCTL, Direcção Provincial de Saúde de Nampula, Relatório Provincial do 1º Semestre de 2007, República de Moçambique, Governo de Nampula, Nampula, 2007.
- (4) De Matos HJ e col., Epidemiologia da Hanseníase em coorte de contactos intra domiciliarees no Rio de Janeiro (1987-1991). Cad Saúde Publica, Rio de Janeiro, 15(3):533-542, jul-set. 1999.
- (5) Kaiser Daily Global Health Policy Report, Leprosy spreading in India, WHO Official Warns, August 08, 2011, <http://globalhealth.kff.org/Daily-Reports/2011/August/08/GH-080811-Leprosy-in-India>.
- (6) Alcino Ndeve, Charles Phaff, Afonso Benfica, Manual Nacional sobre Lepra, Programa Nacional de Controlo da Lepra, Direcção Nacional de Saúde Publica, Ministério da Saúde, ILEP, Maputo, 2012.
- (7) Sunil Deepak, Paulo Hansine, Carole Braccini, Self-care groups of leprosy-affected people in Mozambique, Lepr Rev (2013) 84, 283–291.
- (8) Ernani Agrícola, Cândido Silva, Milan Tuma e col., Manual de Leprologia, Serviço Nacional de Lepra – Brasil, Empresa Gráfica da “Revista dos Tribunais” S. A., São Paulo, 1960.
- (9) E. Pilly, Maladies Infectieuses, Editions Crouan & Roques, Lille, 1979.
- (10) Darvin Smith, Shwetha Katta, Fred Lopez e col., Leprosy, Medscape reference, 2014. Acedido Março 31, 2014.
- (11) Maria Palhota, Lepra em Namaíta Província de Nampula: uma reflexão sobre representações socioculturais, Trabalho de fim do Curso de Licenciatura em

Antropologia na Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, Março 2012.

(12) Kaiser Daily Global Health Policy Report, Leprosy Spreading in India, WHO Official Warns, 08/08/2001 (<http://globalhealth.kff.org>).

(13) Alcino Ndeve, Leonida Compostella, Nicola Catalini, Manual de Lepra, Clínica Geral e Especial, Direcção Nacional de Saúde, Programa Nacional de Controle de Tuberculose e Lepra, Ministério da Saúde, República de Moçambique, AIFO, Maputo, 2011.

(14) Baialardi KS., O estigma da Hanseníase: relato de uma experiência em grupo com pessoas portadoras. *Hansenologia Internationalis*, 2007: 32(1): 27-36.

(15) Lourenço do Rosário, A narrativa africana de expressão oral, Texto Editores, Maputo, 2008. (156)

(16) Minuzzo DA. O homem paciente de Hanseníase (lepra): representação social, rede social familiar, experiência e imagem corporal. Universidade de Évora, Mestrado em Políticas de Bem-Estar em perspectiva: evolução, conceitos e actores. Portugal, 2008.

(17) Sobrinho RAC e col., Perspectivas de eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Publica* vol. 24 no.2 Rio de Janeiro, Feb. 2008.

(18) Ernst Hisch, Chapal Khasnabis, Maya Thomas e col., Guía técnica de rehabilitación comunitaria y lepra: Afrontando las necesidades de rehabilitación de las personas afectadas de lepra y promocionando su calidad de vida, OMS / ILEP, ISBN 978 92 4 159615 2 (clasificación NLM : WC 335).

Conflitos de interesses dos autores

O investigador principal docente e os restantes investigadores autores do estudo assinaram individualmente uma declaração negando a existência de quaisquer conflitos de interesses potencialmente interferindo com a execução do estudo segundo as normas de rigor científico.

Financiamento do estudo

Este estudo foi financiado pela Direcção Provincial de Saúde de Nampula, em parceria com a Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Lúrio, com a quantia de cento e trinta e nove mil trezentos e trinta e cinco meticais (139.335 Mt).