



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO E
DOUTORADO

ÉRICA DE ALENCAR RODRIGUES NERI

FATORES ASSOCIADOS AO DESEMPENHO DA VIGILÂNCIA DE CONTATOS DE
HANSENÍASE EM ÁREAS HIPERENDÊMICAS NO ESTADO DO PIAUÍ

TERESINA

2018

ÉRICA DE ALENCAR RODRIGUES NERI

FATORES ASSOCIADOS AO DESEMPENHO DA VIGILÂNCIA DE CONTATOS DE
HANSENÍASE EM ÁREAS HIPERENDÊMICAS NO ESTADO DO PIAUÍ

Dissertação de mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, como requisito necessário à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo.

Área de concentração: A enfermagem no contexto social brasileiro.

Linha de pesquisa: Políticas e práticas socioeducativas em Enfermagem.

TERESINA

2018

ÉRICA DE ALENCAR RODRIGUES NERI

FATORES ASSOCIADOS AO DESEMPENHO DA VIGILÂNCIA DE CONTATOS DE
HANSENÍASE EM ÁREAS HIPERENDEMICAS NO ESTADO DO PIAUÍ

Dissertação de mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, como requisito necessário à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Telma Maria Evangelista de Araújo – Presidente
Universidade Federal do Piauí

Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Júnior – 1º Examinador
Universidade Federal do Ceará

Prof.^a Dr.^a Lidya Tolstenko Nogueira – 2ª Examinadora
Universidade Federal do Piauí

Prof. Dr. Viriato Campelo – Suplente
Universidade Federal do Piauí

Ao meu Deus misericordioso, meu protetor e fortalecedor em todos os desafios.

Aos meus amados pais, meus apoios em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Senhor e Salvador Jesus Cristo, que me permitiu alcançar mais esse objetivo, abençoando-me e a todos ao meu redor.

À Prof. Dr.^a Olívia Dias, eterna gratidão, quem me convidou a dar este salto profissional, iniciando como participante de um macro projeto de pesquisa. Minha amiga querida, parceira em atividades profissionais e de vida, com quem eu aprendo constantemente e me inspira a buscar ser uma profissional cada vez melhor. Conte sempre comigo.

À doutoranda Joelma Maria, também minha eterna gratidão, pessoa que só conheci de verdade quando passei a conviver durante as viagens para o campo de coleta. Descobri seu coração enorme, com sua dedicação e amor aos pacientes. Como você é divertida. Suamos muito, mas sorrimos muito também. Aprendi e aprendo constantemente em nossa convivência e trabalho. Seu apoio foi fundamental nessa jornada.

À minha querida professora e orientadora, Prof.^a Dr.^a Telma Maria Evangelista de Araújo, que me recebeu de braços abertos, com quem tive o privilégio de aprender e trilhar esse caminho. Extremamente competente, sua firmeza e franqueza são incomparáveis. Ao tempo em que é exigente e repreensiva quando necessário, é amável e compreensível. Sempre disponível a ajudar e tirar dúvidas, norteou e acalmou meu coração em típicos momentos de desespero. Serei eternamente grata por todo o aprendizado e apoio. Espero ainda contar com essa parceria por muito tempo e continuar aprendendo com sua experiência e competência. Obrigada por tudo.

Ao Prof. Dr. Alberto Novaes, essencial desde o primeiro passo nessa caminhada. Obrigada por sua presença e disposição para compartilhar seus conhecimentos e experiência, aprendi muito. Agradeço pelo seu apoio ao IntegraHans Piauí, por seu carinho e generosidade e por suas contribuições tão valiosas em minha dissertação. É uma honra tê-lo em minha banca, serei eternamente grata.

Às ONGs NHR Brasil e CIOMAL, além da Universidade Federal do Ceará e componentes do IntegraHans Norte e Nordeste, nas pessoas dos apoiadores Olga Alencar, Eliana Amorim, Reagan Nzundu, Anderson Fuentes, José Mário Barbosa, Thayse Andrade, professores Jaqueline Caracas e Alberto Novaes por possibilitarem a realização do IntegraHans Piauí.

À equipe IntegraHans Piauí, sem vocês nada disso teria sido possível, suamos, ganhamos experiência e aprendemos juntos. Agora é hora de colher os frutos e seguir produzindo pesquisas com o fim de ajudar as pessoas.

Às Secretarias Municipais de Saúde de Floriano e Picos e Secretaria de Estado da Saúde do Piauí – SESAPI, pela autorização e apoio para realização do estudo, bem como à Fundação Municipal de Saúde de Teresina pela liberação para término do mestrado.

Ao meu esposo, Isandro Neri, sempre um incentivador ao estudo, pelo carinho e preocupação, paciência nos momentos difíceis e compreensão nos momentos de ausência. Sem você teria sido tudo mais difícil.

À minha querida família, pelas orações, pelo apoio mesmo à distância, paciência quando eu reclamei por algum motivo, entusiasmo quando eu estive animada, pelo interesse sobre o que estava acontecendo em todo o caminho percorrido até aqui e constantes palavras de incentivo. Com vocês tudo fica mais leve. Meus amores.

À minha querida equipe da Estratégia Saúde da Família e colegas da UBS Valdinar Pereira pelo acolhimento, apoio e compreensão nos momentos em que foi necessário me ausentar do trabalho.

À minha amiga, Allana Ribeiro, uma flor que me faz sorrir quando estou triste e sorri comigo quando estou feliz. Você foi um presente, que nossa amizade seja para a vida inteira. Obrigada pelo carinho e pela paciência com minhas oscilações de humor.

À décima turma do Mestrado em Enfermagem, pelo apoio, amizade e troca de conhecimentos, tenho um imenso carinho por todos, especialmente os mais próximos, Ana Dulce, Hérica Emília, Aline, Armano, Polyanna, Carla, David, Priscila Cavalcante e Priscila Soares.

À banca examinadora, composta pelo Prof.^a Dr. Alberto Novaes, Prof.^a Dr.^a Lidya Tolstenko e Dr. Viriato Campelo, obrigada pelas críticas pertinentes e sugestões valiosas que lapidaram e enriqueceram minha dissertação.

Às professoras e técnicos administrativos do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPI, pelo esforço e dedicação dispensados para manter a qualidade do programa.

“... Esforça-te e sê corajoso, não tenhas medo, nem te assustes, porque o SENHOR, teu Deus, está contigo, por onde quer que andares”.

Josué 1:9

RESUMO

INTRODUÇÃO: O controle da hanseníase evoluiu nas últimas décadas, entretanto, a doença ainda persiste como importante problema de saúde pública, expresso pelo aparecimento de novos casos. Além da magnitude da doença, questões operacionais críticas dificultam o controle, como a cobertura e qualidade da avaliação de contatos. **OBJETIVO:** Analisar os fatores associados ao desempenho da vigilância de contatos de casos de hanseníase residentes nos municípios de Floriano e Picos, Estado do Piauí. **MÉTODO:** Estudo transversal analítico no qual buscou-se abordar toda a população diagnosticada com hanseníase residente em ambos os municípios no período de 2001 a 2014 e incluídas no SINAN. Foram avaliados 619 casos-referência, dos quais 310 tiveram 670 contatos domiciliares avaliados e foram incluídos nesta pesquisa. Para analisar o desempenho das ações de vigilância de contatos foi utilizado o Escore IntegraHans. Para digitação e qualificação da base de dados foi usado o programa Epi-Info™, versão 7.1.3., e para as análises estatísticas, o SPSS, versão 20.0. Foram realizadas análises univariadas e para as bivariadas foi utilizado o teste Qui-quadrado ou Exato de Fischer. As variáveis que na análise bivariada apresentaram valor de $p < 0,20$ foram submetidas à regressão logística. **RESULTADOS:** Houve predominância de adultos do sexo feminino, negros ou pardos, com apenas ensino fundamental, renda individual e familiar de um a dois salários mínimos e residentes em zona urbana, havendo mais casados entre os casos-referência (55,48%) e mais solteiros entre os contatos (49,85%). Foi observada maior proporção de Paucibacilares (54,19%), forma clínica Indeterminada (37,42%) e grau de incapacidade zero (76,13%) no diagnóstico dos casos-referência. Tanto a suspeição quanto o diagnóstico foram realizados na maioria das vezes em serviços de referência. A maioria dos contatos domiciliares (62,24%) não realizaram exame dermatoneurológico, 49,85% foram orientados sobre BCG, 47,16% vacinados, 34,18% orientados a chamar outros contatos para avaliação, apenas 16,12% receberam orientação para retornar à unidade de saúde para novas avaliações. O Escore IntegraHans foi classificado como ruim para 62,84% e foram diagnosticados casos novos em 2,23% dos contatos durante a pesquisa. O caso referência ter ensino fundamental aumenta as chances do desempenho da vigilância ser regular e ser casado aumenta as chances de desempenho ótimo para vigilância. **CONCLUSÃO:** As condições sociais dos casos-referência apresentaram influência no desempenho da vigilância de contatos domiciliares. Isso reflete a importância de uma abordagem diferenciada para os casos de hanseníase, já que todo o plano terapêutico e vigilância epidemiológica dependem do entendimento das informações recebidas e autorização para abordagem familiar.

Descritores: Hanseníase, Vigilância, Prevenção, Controle.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Leprosy control has evolved in the last decades, however, the disease still persists as an important public health problem, expressed by the appearance of new cases. Despite the priority recommendation for qualified dermatoneurological evaluation of contacts with the intention of interrupting transmission and avoiding late diagnosis, studies have shown that this action has not been performed in a systematic and qualified manner. **OBJECTIVE:** To analyze the factors associated with performance monitoring contacts of leprosy cases residents in the cities of Floriano and Picos, State of Piauí. **METHOD:** A cross-sectional study in which sought to address all the population diagnosed with leprosy living in both cities in the period from 2001 to 2014 and included in the SINAN. A total of 619 reference cases were evaluated, of which 310 had 670 household contacts evaluated and were included in this study. To analyze the performance of contact surveillance actions, the IntegraHans Score was used. The Epi-Info™ program, version 7.1.3. Was used to enter and qualify the database, and for statistical analysis, SPSS, version 20.0. Univariate analyzes were performed and the Chi-square or Fisher's exact test was used for the bivariate. The variables that presented a $p < 0,20$ value in the bivariate analysis were submitted to logistic regression. **RESULTS:** There was a predominance of female adults, blacks or mulattoes, with only elementary education, individual and family income from one to two minimum wages and residents in urban areas. There were more married couples among the reference-cases (55,48%) and more singles among the contacts (49,85%). A greater proportion of Paucibacillary patients (54,19%), undetermined clinical form (37,42%) and degree of disability (76,13%) were observed in the diagnosis of the reference cases. Both the suspicion and the diagnosis were performed most often in reference services. The majority of household contacts (62,24%) did not undergo dermatoneurological examination, 49,85% were oriented about BCG, 47,16% were vaccinated, 34,18% were advised to call other contacts for evaluation, only 16,12% received counseling to return to the health unit for further evaluations. The IntegraHans Score was rated as poor for 62,84% of contacts and new cases were diagnosed in 2,23% of the contacts during the research. The referral case having elementary education increases the chances of surveillance performance being regular and being married increases the chances of great performance for surveillance. **CONCLUSION:** The social conditions of the reference cases had an influence on the performance of the surveillance of household contacts. It reflects the importance of a differentiated approach to leprosy cases, since the entire therapeutic plan and epidemiological surveillance depend on the understanding of the information received and authorization for a family approach.

Descriptors: Leprosy, Surveillance, Prevention, Control.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	<i>Clusters</i> de alto risco no Brasil, 2005 a 2007.	21
Figura 2	Distribuição da hanseníase no Brasil considerando taxa de detecção no triênio 2011-2013.	22
Figura 3	Fluxograma dos casos-referência e contatos domiciliares avaliados na pesquisa.	31
Gráfico 1	Número de contatos registrados e percentual de contatos examinados entre os registrados, 2001 a 2014, Floriano, Piauí.	24
Quadro 1	Síntese das variáveis do Escore IntegraHans, peso e interpretação.	32
Quadro 2	Dicionário das Variáveis independentes.	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil sociodemográfico dos contatos e dos casos-referência. Teresina/PI – 2018.	39
Tabela 2	Perfil clínico-epidemiológico dos casos-referência. Teresina/PI – 2018 (n=310).	41
Tabela 3	Características da vigilância de contatos domiciliares dos casos-referência de hanseníase. Teresina/PI – 2018 (n= 670).	42
Tabela 4	Motivos que facilitaram ou dificultaram a realização do exame dermatoneurológico entre contatos domiciliares e categoria profissional que o realizou. Teresina/PI – 2018 (n= 253).	43
Tabela 5	Desempenho da vigilância de contatos, segundo o Escore IntegraHans. Teresina/PI – 2018 (n=670).	44
Tabela 6	Proporção de casos novos entre os contatos domiciliares avaliados na pesquisa. Teresina/PI – 2018 (n=670).	44
Tabela 7	Análise bivariada das características sociodemográficas dos casos-referência e desempenho da vigilância dos contatos domiciliares. Teresina/PI – 2018.	45
Tabela 8	Análise bivariada das características clínico-epidemiológicas dos casos-referência e o desempenho da vigilância dos contatos domiciliares. Teresina/PI – 2018.	46
Tabela 9	Regressão logística entre escolaridade dos casos-referência e o desempenho regular para vigilância de contatos domiciliares em Picos e Floriano. Teresina/PI, 2018.	47
Tabela 10	Regressão logística entre o estado conjugal dos casos-referência e o desempenho ótimo para vigilância de contatos domiciliares em Picos e Floriano. Teresina/PI, 2018.	47

LISTA DE SIGLAS

BCG	<i>Bacillus Calmette-Guérin</i>
CADSUS	Sistema de Cadastro de Usuários do Sistema Único de Saúde
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIOMAL	<i>Campagne Internationale de L'Ordre de Malte Contre la Lépre</i>
DN	Doenças negligenciadas
ESF	Estratégia Saúde da Família
MB	Multibacilar(es)
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHR	<i>Netherlands Hanseniasis Relief</i> do Brasil
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OR	<i>Odds ratio</i>
PB	Paucibacilar(es)
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PQT	Poliquimioterapia
SESAPI	Secretaria de Estado da Saúde do Piauí
SINAN	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Objetivos.....	17
2	QUADRO TEÓRICO	18
2.1	Aspectos gerais sobre hanseníase.....	18
2.2	Vigilância de contatos de hanseníase.....	23
3	MÉTODO	29
3.1	Tipo de estudo.....	29
3.2	Local do estudo.....	29
3.3	População do estudo.....	30
3.4	Definições e variáveis.....	31
3.5	Coleta de dados.....	35
3.6	Análise dos dados.....	37
3.7	Aspectos éticos.....	38
4	RESULTADOS	39
4.1	Características sociodemográficas de casos-referência e contatos domiciliares avaliados nos municípios de Picos e Floriano.....	39
4.2	Perfil clínico e epidemiológico da hanseníase entre os casos-referência.....	40
4.3	Ações de vigilância epidemiológica da hanseníase entre contatos domiciliares.....	42
4.4	Proporção de casos novos de hanseníase entre contatos domiciliares avaliados na pesquisa.....	44
4.5	Análises bivariadas entre características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas dos casos-referência e o desempenho da vigilância de contatos (Escore IntegraHans).....	44
4.6	Análises multivariadas.....	47
5	DISCUSSÃO	48
5.1	Perfil sociodemográfico dos casos-referência e contatos domiciliares.....	48
5.2	Características clínicas dos casos-referência e serviços de saúde que fazem o diagnóstico da hanseníase.....	53
5.3	Características da vigilância de contatos domiciliares.....	55

5.4	Limitações do estudo.....	58
6	CONCLUSÃO.....	60
	REFERÊNCIAS.....	62
	APÊNDICES.....	76
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	77
	APÊNDICE B – Termo de Assentimento	80
	ANEXOS.....	83
	ANEXO A – Perfil sociodemográfico dos casos-referência.....	84
	ANEXO B – Perfil sociodemográfico dos contatos domiciliares.....	85
	ANEXO C – Perfil clínico dos contatos domiciliares.....	86
	ANEXO D – Triagem clínica dermatoneurológica dos contatos domiciliares....	88
	ANEXO E – Perfil clínico dos casos-referência.....	89
	ANEXO F – Avaliação neurológica simplificada.....	91
	ANEXO G – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	93

1 INTRODUÇÃO

O controle da hanseníase evoluiu nas últimas décadas com a disponibilidade e o livre acesso à poliquimioterapia (PQT) para tratamento da infecção por *Mycobacterium leprae* (WHO, 2012a; WHO, 2012b; WHO, 2016a). Adicionalmente, foram importantes neste processo a implementação de estratégias de controle nos sistemas nacionais de saúde, a colaboração entre parceiros e o maior compromisso político de países onde a doença é endêmica (WHO, 2016a). Como consequência, os países endêmicos têm reduzido a carga da hanseníase como problema de saúde pública (WHO, 2016b).

Entretanto, apesar de todo esse conjunto de esforços, a doença ainda persiste como importante problema de saúde pública, expresso pelo aparecimento de novos casos, inclusive em crianças (OMS, 2010; WHO, 2016a; WHO, 2012a; WHO, 2016b). Em âmbito mundial, Índia, Brasil e Indonésia são responsáveis por 81% dos casos diagnosticados (WHO, 2016b). No Brasil, em 2016, a taxa de detecção de hanseníase foi de 12,23 casos novos/100 mil habitantes. No mesmo ano, o Estado do Piauí apresentou 27,64 casos por 100.000 habitantes. Em âmbito municipal, Picos – PI e Floriano – PI apresentaram, respectivamente, 41,69 e 44,14 por 100 mil habitantes no ano de 2016 (BRASIL, 2017a).

Para alcançar o *status* de controle da hanseníase, bem como de outras doenças transmissíveis, sobretudo negligenciadas, a Atenção Básica à Saúde se constitui como importante estratégia, considerando-se que está fundamentada por práticas que garantem a promoção de saúde, continuidade/longitudinalidade e integralidade da atenção, prevenção de doenças e agravos, possuindo, portanto, a característica especial de responsabilização pela saúde da população, com ações permanentes de vigilância em saúde (BRASIL, 2008; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2017b).

As ações de vigilância em saúde são compostas por vigilância e controle das doenças transmissíveis, vigilância das doenças e agravos não transmissíveis, análise de situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, saúde do trabalhador e vigilância sanitária. Com o objetivo de analisar continuamente a situação de saúde da população, as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) possuem responsabilidades e atribuições a serem realizadas em território único de ação,

integrando planejamento, processos de trabalho, avaliação e monitoramento dessas ações (BRASIL, 2010b).

Dentre as ações de vigilância em saúde para redução da carga de hanseníase no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) recomenda a investigação epidemiológica, com vistas ao diagnóstico precoce, por meio de atendimento de demanda espontânea, busca ativa de casos novos e vigilância de contatos (BRASIL, 2016b; BRASIL, 2017b). Esta última, em particular, tem um caráter estratégico, com a finalidade de descoberta de casos novos entre pessoas que convivem ou conviveram de forma prolongada com pessoas afetadas pela hanseníase e sua possível fonte de infecção, seja dentro ou fora do domicílio, pois são a população mais vulnerável e de maior risco de contrair a doença.

Para fins operacionais, conforme consta na portaria 3.125 de 2010, contato domiciliar era definido como qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente nos últimos cinco anos, (BRASIL, 2010). Este conceito foi vigente até o início do ano de 2016, quando foi lançada a portaria nº 149, em que contato domiciliar passou a ser qualquer pessoa que habite ou tenha habitado o mesmo domicílio junto ao caso ativo de hanseníase (caso-referência) e, sendo familiares, tenha o caso apresentado a hanseníase com classificação operacional paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB), devem ser examinados independentemente do tempo de convívio (BRASIL, 2016b).

Apesar da recomendação prioritária de avaliação dermatoneurológica qualificada de contatos para detecção de casos novos e enfrentamento da doença, com o intuito de interromper a transmissão e evitar diagnóstico tardio, estudos têm demonstrado que esta ação não tem sido realizada de forma sistemática e qualificada (LOBATO, NEVES, XAVIER, 2016; PEIXOTO et al, 2011; SANTOS CASTRO, FALQUETO, 2008).

A proporção de contatos examinados para cada caso novo de hanseníase diagnosticado no ano é um indicador de cobertura das ações de vigilância nos serviços de saúde. Quantitativamente, considera-se um nível “bom” quando 90,0% ou mais dos contatos são examinados, “regular” entre 75,0% e 89,9% e “precário” quando menos de 75,0% são avaliados. No ano de 2015, o Brasil apresentou situação regular, com 78,2%, e o Estado do Piauí foi classificado em situação precária, com 72,9% dos contatos registrados examinados (BRASIL, 2015).

Diante desse cenário, há uma clara necessidade de se ampliar a compreensão sobre esta ação estratégica de controle, emergindo, neste trabalho, as seguintes indagações: Quais os fatores associados ao desempenho insuficiente da vigilância de contatos domiciliares de hanseníase residentes em áreas hiperendêmicas do Estado do Piauí?

Delimitou-se como objeto deste estudo os fatores associados ao desempenho da vigilância de contatos de casos de hanseníase residentes nos municípios de Floriano – PI e Picos – PI.

Sabe-se que o controle dessa doença em municípios hiperendêmicos, isto é, com 40 casos ou mais por 100.000 habitantes, é um complexo desafio. Além disso, o fato de ser uma doença negligenciada, de caráter crônico, que contribui para a perpetuação da pobreza, e que indivíduos com maior vulnerabilidade social apresentam elevado risco de adoecimento (BRASIL, 2010b; OMS, 2010), instiga a busca de explicações para um padrão de vigilância deficitário, já que se sabe que o contato prolongado com pessoas afetadas aumenta a probabilidade de transmissão de *M. leprae* (SOARES, 2011).

O interesse pela temática emergiu da prática profissional da autora na Estratégia Saúde da Família (ESF), que, dentre outras atividades, tem se voltado de modo especial para o atendimento às pessoas que vivem com hanseníase e, nessa perspectiva, tem observado que a deficiência nas ações de vigilância implica em graves prejuízos, não somente aos casos e aos seus contatos domiciliares, mas à sociedade, uma vez que torna difícil o controle da transmissão da doença e dos impactos individuais, familiares e comunitários da doença.

Assim, este estudo justifica-se por trazer subsídios para o delineamento de estratégias de intervenção, tanto para gestão municipal, como para as próprias equipes da Estratégia Saúde da Família, bem como por estimular a construção de outros estudos.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Analisar os fatores associados ao desempenho da vigilância de contatos de casos de hanseníase residentes nos municípios de Floriano e Picos, Estado do Piauí.

1.1.2 Objetivos específicos

Caracterizar o perfil sociodemográfico dos contatos e dos casos-referência.

Descrever o perfil clínico e epidemiológico da hanseníase entre os casos-referência.

Analisar as ações de vigilância realizadas junto aos contatos domiciliares.

Estimar a proporção de casos novos de hanseníase entre contatos domiciliares.

Verificar a associação entre as características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas de Casos referência de hanseníase e a vigilância de contatos domiciliares.

2 QUADRO TEÓRICO

2.1 Aspectos gerais da Hanseníase

Causada por *M. leprae*, a hanseníase é uma doença infecciosa curável, considerada crônica, com alto poder incapacitante em virtude do dano neurológico associado. Acredita-se que a transmissão ocorra de pessoa a pessoa principalmente por meio das vias aéreas (WHO, 2017; BRASIL, 2017b). Com evolução de maneira insidiosa e período de incubação longo que pode variar de 2 a 12 anos, a hanseníase acomete pele e nervos dos indivíduos infectados sendo, geralmente, o primeiro sinal da doença as manchas hipocrômicas. Estas, por serem indolores e não apresentarem prurido, muitas vezes são menosprezadas pelas pessoas afetadas (ILEP, 2016a).

O diagnóstico clínico-epidemiológico é primordial e deve-se considerar a presença de uma ou mais das seguintes características: presença de lesão(ões) e/ou área(s) na pele com alteração de sensibilidade térmica, tátil ou dolorosa; ou espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; ou presença de bacilos de *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço dérmico ou na biópsia de pele (BRASIL, 2016b).

Quanto às formas clínicas, algumas classificações foram estabelecidas e devem ser consideradas. Segundo a classificação de Madri (1953), há cinco grupos polares: tuberculoide, virchoviano, lepromatoso; a forma indeterminada, considerado grupo transitório e inicial da doença, e a forma *borderline* ou dimorfa (grupo instável ou intermediário) (BRASIL, 1960). Os critérios de polaridade estão baseados em características clínicas da doença, acrescidas pelos aspectos bacteriológicos, imunológicos e histológicos da hanseníase. Há também a classificação de Ridley & Jopling (1962), que divide as formas clínicas em duas formas polares, tuberculoide-tuberculoide e lepromatoso-lepromatoso. Estes são subdivididos em três subgrupos: *borderline-tuberculoide*, *borderline-borderline*, e *borderline-lepromatoso*.

Na prática, os programas utilizam mais corriqueiramente a classificação operacional pela contagem do número de lesões cutâneas e nervos envolvidos como base para o agrupamento de casos com hanseníase MB e PB, principalmente considerando a não disponibilidade ou a não confiabilidade de exames de esfregaços intradérmicos (ILEP, 2016b).

As diretrizes brasileiras para controle da hanseníase classificam como caso PB aquele indivíduo que apresenta até cinco lesões dermatológicas e MB aquele caso com mais de cinco lesões. Enfatiza-se que a baciloscopia do raspado dérmico positiva classifica a doença como multibacilar, mas o resultado negativo não classifica obrigatoriamente como paucibacilar, nem prescinde o diagnóstico clínico (BRASIL, 2016b).

Com relação ao tratamento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a PQT, incluindo os fármacos rifampicina e dapsona durante 6 meses para as formas paucibacilares, e para as multibacilares, além das drogas já citadas, acresce-se a clofazimina, com duração de tratamento de 12 meses (WHO, 2017; BRASIL, 2017b).

Recentemente, o Ministério da Saúde brasileiro cogitou mudanças no tratamento, com implantação de um esquema único de multidrogaterapia (MDT-U), utilizando as mesmas drogas, com redução da duração do tratamento para seis meses para todos as pessoas com hanseníase, independente da classificação operacional. Essa posição foi veementemente criticada pela Sociedade Brasileira de Hansenologia que junto a outras entidades em carta aberta expuseram argumentos contrários fundamentados em falta de evidências científicas suficientes para mudança no tratamento, apontando inclusive a recomendação da OMS de não implantação do esquema MDT-U nas diferentes regiões do planeta pelo risco potencial de recidivas (SBH, 2018; WHO). Até meados do ano de 2018, não houve novo posicionamento do MS e permanece o esquema de tratamento atual recomendado pela OMS.

Apesar de ter cura, a hanseníase tem a capacidade de desenvolver eventos de agudização imunoinflamatórios nas pessoas afetadas que podem ocorrer antes, durante ou após a PQT e necessitam de intervenção imediata, evitando progressão do dano neural e, conseqüentemente, desenvolvimento de incapacidades (ANDRADE; NERY, 2014). Elas são causa de graves complicações, pois causam potencialmente danos permanentes nos nervos, resultando em incapacidades e deformidades (SUCHONWANIT et al., 2015). Essas reações são classificadas em Tipo I ou reação reversa, e Tipo II ou reação do tipo Eritema Nodoso Hansênico e podem ser desencadeadas, exacerbadas ou mantidas por fatores como infecções, alterações hormonais e estresse físico e emocional (OMS, 2010; BRASIL, 2017b).

A reação tipo I pode ocorrer em todo o espectro da hanseníase (WHO, 2012b;) e observa-se reativação de lesões pré-existentes ou aparecimento de novas lesões

com sinais de agudização, como eritema, infiltração, formando uma placa de superfície lisa, brilhante e com aspecto edemaciado (ANDRADE; NERY, 2014).

A reação tipo II aparece mais frequentemente em casos MB (WHO, 2012b) e há surgimento súbito de nódulos inflamatórios, dérmicos ou subcutâneos, eritematosos, frequentemente dolorosos, podendo evoluir com formação de vesículas, bolhas e ulcerações (ANDRADE; NERY, 2014). É considerada grave quando há numerosos nódulos associados a febre alta ou neurite ou quando outros órgãos como olhos, nariz, testículos e linfonodos são afetados (WHO, 2012b).

As pessoas que desenvolvem deformidades graves tendem a ser limitadas no que se refere à mobilidade e/ou autocuidado. Essas condições afetam diferentes campos na vida das pessoas, gerando grandes impactos sobre o trabalho, bem-estar social, econômico e psicológico das pessoas afetadas, bem como de seus cuidadores (LIMA et al., 2015; DAKO-GYEKE, 2018).

Pessoas com hanseníase vivenciam frequentemente estigma e discriminação devido a preocupações sobre os riscos colocados pela doença para a comunidade em geral (DAKO-GYEKE, 2018). Essa característica traz efeitos negativos no acesso ao diagnóstico, tratamento, resultados ou cuidados, e suas relações sociais, sendo o estigma uma causa importante de diagnóstico tardio, facilitando a transmissão do patógeno nas famílias e comunidades (WHO, 2016a).

As ações de controle da doença incluem educação em saúde para melhorar conhecimento da população e busca de casos entre os contatos de casos sabidamente infectados, os quais têm maior risco de desenvolver a doença que a população em geral (MOET et al., 2006).

Van Beers, Hatta e Klatser (1999) enfatizam que o contato com doente é o principal determinante para incidência da hanseníase. Ao examinar os membros da família ou agregado familiar há grandes chances de encontrar um caso novo de hanseníase. Com essa perspectiva, os programas de controle preconizam a avaliação de contatos para detecção de novos casos (RICHARDUS et al., 2005).

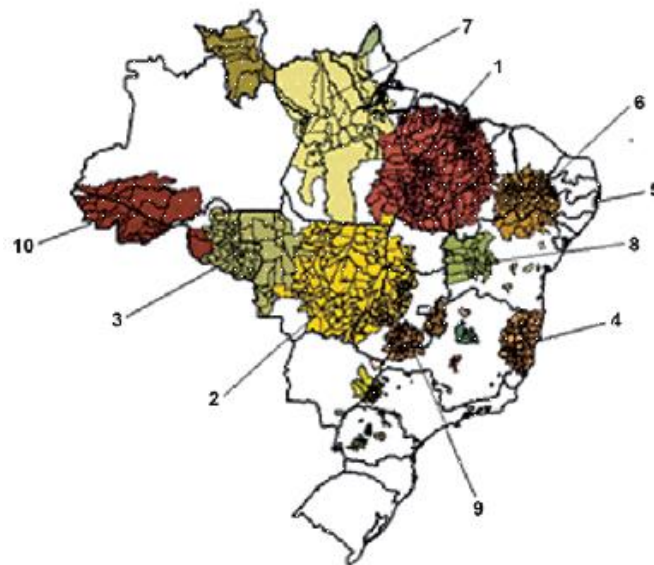
A doença insere-se no rol de doenças de notificação compulsória em território nacional, que alimenta o Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN), permitindo o conhecimento da situação epidemiológica em cada município e Estado (BRASIL, 2007).

A compreensão da tendência espacial e definição de áreas onde o risco de transmissão é maior pela presença de aglomerados de casos (*clusters*), amplia as

possibilidades para o desenvolvimento de estratégias efetivas de controle (BRASIL, 2010b).

Estudo realizado por Penna (2009) identificou os 10 maiores *clusters* no Brasil, numerados de 1 a 10, sendo o *Cluster* 1 o de maior risco, concentrando 20,1% de todos os casos detectados no Brasil e o 10º de menor risco, com 1,21%. A figura 1 mostra a distribuição dos *clusters* de alto risco para hanseníase no Brasil tendo como base os casos detectados entre 2005 e 2007 (PENNA, 2009).

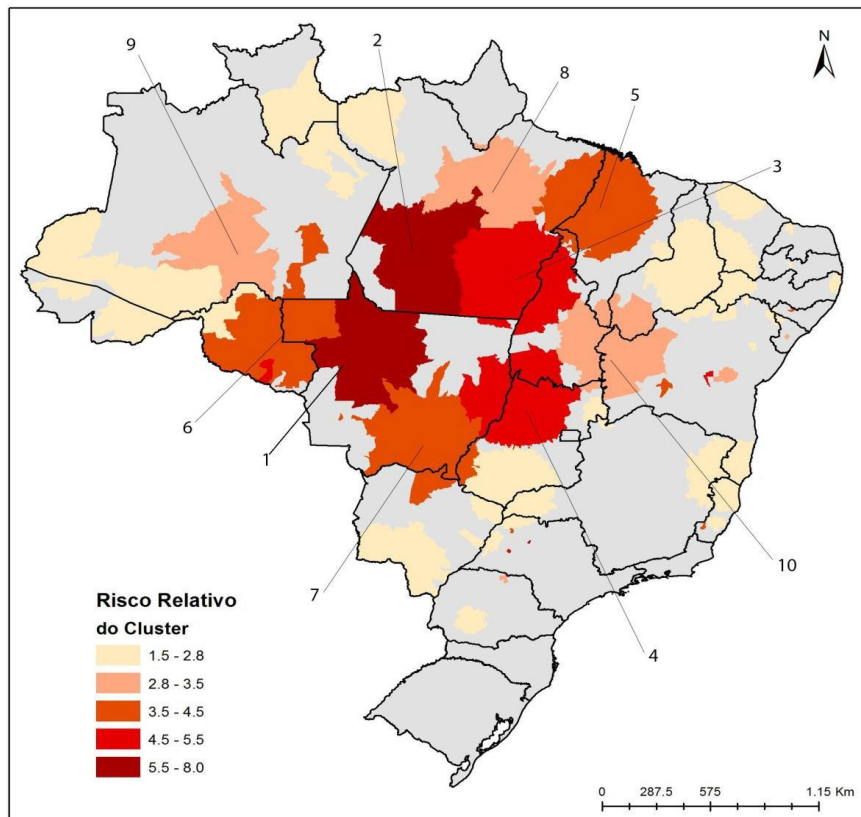
Figura 1 – *Clusters* de alto risco no Brasil, 2005 a 2007.



Fonte: PENNA et al., 2009

Estes conglomerados abrangiam 1.175 municípios brasileiros, dos quais 121 são piauienses, localizados em clusters 1, 6 e 8 (BRASIL, 2010b). Novo estudo, partindo do pressuposto da diminuição da taxa de detecção e considerando os casos ocorridos entre 2011 e 2013, atualizou a distribuição da hanseníase no Brasil, apresentando 621 municípios inseridos nos 10 *clusters* de maior risco e localizados principalmente nos Estados do Mato Grosso, Pará, Piauí, Maranhão, Tocantins, Goiás, Rondônia e Bahia (WHO, 2013).

Figura 2 – Distribuição da hanseníase no Brasil considerando taxa de detecção no triênio 2011-2013.



Fonte: WHO, 2013.

No Estado do Piauí, quatro municípios são considerados prioritários para as ações estratégicas de hanseníase – Picos, Floriano, Teresina, União e Demerval Lobão (BRASIL, 2011).

Embora haja estabilização ou diminuição da taxa de detecção em alguns locais, os serviços de atendimento não podem ser reduzidos ou suprimidos (DAXBACHER; FERREIRA, 2014), não só por ser uma doença crônica, que incapacita e pode piorar a condição das pessoas afetadas mesmo no pós-alta, demandando acompanhamento longitudinal dos casos (MONTEIRO et al., 2013), mas principalmente considerando toda a dinâmica de transmissão da doença, que afeta mais comumente os segmentos mais empobrecidos da população e que, por estarem inseridos em condições precárias de vida e saúde, há maior facilidade de propagação e contaminação pelo *M. leprae* (LOPES; RANGEL, 2014). Por vezes, essas pessoas moram em domicílios com poucos cômodos o que favorece a transmissão pois quanto maior o número de

peças residindo juntas e menor o domicílio maior é a prevalência da infecção (ARAÚJO, 2017).

2.2 Vigilância de contatos de hanseníase

Embora o Brasil venha apresentando redução gradativa da taxa de detecção de hanseníase ao longo dos anos, recentemente com queda de 14,1 em 2015 para 12,23 em 2016 (BRASIL, 2017a), a situação epidemiológica dessa doença reveste-se ainda de preocupação. Em especial, se forem consideradas que características como a sua cronicidade e comportamento estável não expectam alterações bruscas e repentinas em sua frequência. Tal fato pode estar mascarando um aumento da prevalência oculta (PENNA, 2007), sendo possível que uma parcela de casos novos nunca se apresente para diagnóstico e tratamento, ou seja, o número de casos incidentes é maior que os detectados (DAXBACHER; FERREIRA, 2014).

Presume-se, portanto, que as ações voltadas para o controle da doença implicam na redução dos indicadores epidemiológicos, mas de forma lenta, pois dependem também estratégias que aumentam a detecção de casos, o que influencia no cálculo e realça a responsabilidade dos serviços de saúde na avaliação dos contatos para detecção (BRITO et al, 2015).

Nas investigações epidemiológicas em hanseníase, vários fatores de risco relacionados a particularidades individuais dos casos e seus contatos têm sido apontados como potenciais para o desenvolvimento da doença associando-se a alta detecção e prevalência de hanseníase nessa população (SALES et al., 2011).

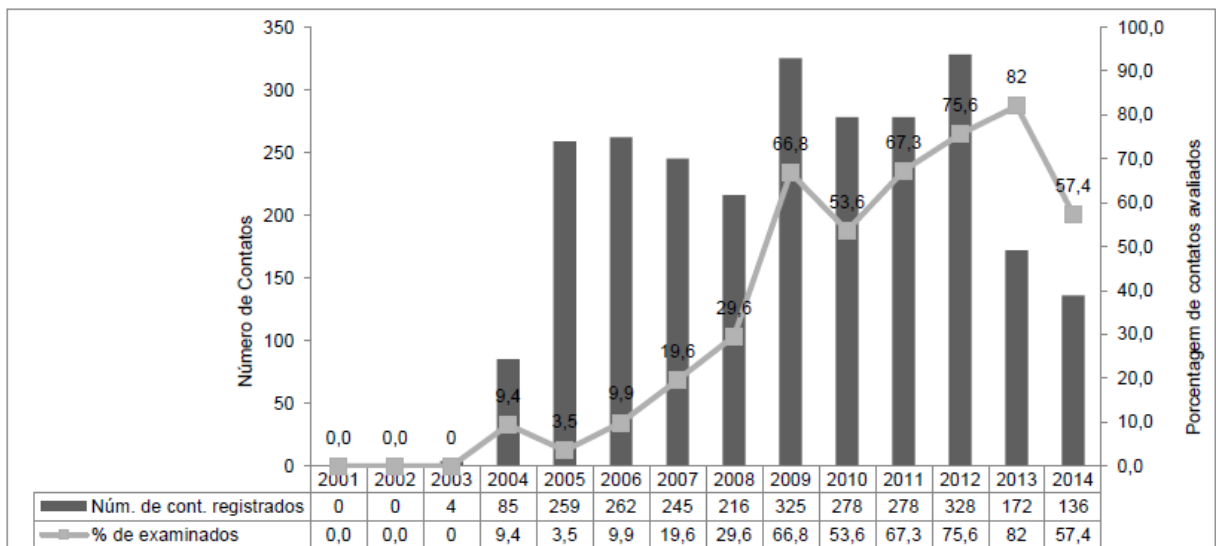
Um estudo realizado com 6.158 contatos de hanseníase com seguimento por 16,9 anos na cidade do Rio de Janeiro/RJ detectou 452 (7,3%) casos novos de hanseníase. Destes, 319 foram diagnosticados no primeiro exame dermatoneurológico após o diagnóstico do caso índice e entre as variáveis mais fortemente associadas incluíam-se a consanguinidade e a relação no domicílio (SALES et al., 2011).

Apesar de todas as evidências sobre fatores de risco e das recomendações para o processo de vigilância, o controle dos contatos tem recebido pouca atenção no histórico de combate à hanseníase no Brasil (PINTO NETO, 2004). Em 2015, o Estado do Piauí avaliou 72,9% dos contatos, mesmo tendo ocupado o quinto lugar dentre os

estados nordestinos do Brasil que mais diagnosticaram, contribuindo com 1.015 casos de hanseníase (BRASIL, 2015).

No município de Floriano foram notificados 43 casos, com taxa de detecção de 73,13 casos por 100.00 habitantes e, apesar de historicamente esse município apresentar níveis precários de avaliação de contatos (Gráfico 1), no ano de 2015, o percentual de contatos avaliados foi considerado regular, de 88%. Mas há também municípios com bons índices de exame de contatos, como Picos, o qual apresentou 21 casos em 2015, com taxa de detecção de 27,44 por 100.000 habitantes, e 90,2% dos contatos examinados (BRASIL, 2017a). Entretanto, o dado quantitativo de cobertura pode não expressar na realidade a qualidade da ação.

Gráfico 1 – Número de contatos registrados e proporção de contatos examinados entre os registrados, 2001 a 2014, Floriano, Piauí.



Fonte: ARAÚJO, et al. 2016a.

A capacidade de os serviços diagnosticarem casos precocemente, realizar tratamento oportuno e interromper a transmissão é inerente à redução da detecção e da prevalência de hanseníase, objetivando também a cura e redução de sofrimentos decorrentes de diagnóstico tardio ou acompanhamento inadequado (BRASIL, 2016b). Nesse intuito, é preciso concretizar no Sistema Único de Saúde (SUS) as ações de investigação epidemiológica para detecção precoce, as quais consistem em busca ativa, atendimento de demanda espontânea e vigilância de contatos (BRASIL, 2017b).

Os pilares da investigação epidemiológica de contatos consistem em anamnese dirigida aos sinais e sintomas da hanseníase, exame dermatoneurológico

de todos os contatos – sendo este considerado um indicador de qualidade dos serviços de atendimento a hanseníase – e aplicação da vacina BCG (*Bacillus Calmette-Guérin*) conforme ausência de sinais e sintomas da doença e presença ou não de cicatriz vacinal (BRASIL, 2016b).

Estas ações, quando integradas na Atenção Básica à Saúde, são entendidas como a estratégia mais adequada para controlar a doença em áreas endêmicas (LANZA; LANA, 2011b). De fato, a Estratégia Saúde da Família promove ações de saúde em âmbito individual e coletivo, garantindo maior acessibilidade, proximidade e vínculo com os casos, considerando-os em sua singularidade e inserção sociocultural (BRASIL, 2012b).

No entanto, convém enfatizar que para implementação efetiva das ações de controle e prevenção da hanseníase alguns fatores devem ser considerados, os quais vão desde a capacidade de suspeição e diagnóstico por profissionais de saúde na atenção básica até a disponibilização de abordagem integrada, inexistência de barreiras geográficas, econômicas ou de gênero, desconhecimento da população sobre hanseníase, medo e estigma (MORENO; ENDERS; SIMPSOM, 2008; LANZA; LANA 2011a; OMS, 2010; BRASIL, 2017b).

Embora o exame dermatoneurológico seja relativamente simples e não demande tecnologias avançadas, o diagnóstico tardio da hanseníase parece estar ligado às deficiências dos profissionais de saúde no tocante ao diagnóstico precoce dessa enfermidade e também à falta de informação da população sobre a doença. Relatos de pessoas afetadas indicam que o tempo para o diagnóstico foi longo e muitos só tiveram o diagnóstico estabelecido após atendimento em serviços de referência (MARTINS, 2013).

Estudo de avaliação das ações de controle da hanseníase nos estados do Pará e Maranhão mostrou que na opinião dos profissionais de saúde o diagnóstico não está descentralizado, e apesar das capacitações há muito erro, insegurança e resistência por parte dos profissionais médicos e o diagnóstico ainda permanece nas mãos dos profissionais de enfermagem (SAMPAIO et al., 2009). Em municípios do estado de Minas Gerais, Lanza (2014) observou que profissionais de saúde se auto avaliaram como qualificados para atenderem hanseníase, entretanto, reivindicam mais treinamentos. E acrescenta que a restrição de acesso aos serviços de saúde para a população economicamente ativa pode estar colaborando para o diagnóstico tardio da hanseníase.

Outro fator que pode dificultar a realização da vigilância de contatos está na recusa ou não comparecimento dessas pessoas à unidade de saúde para realização do exame. Ausência de sinais e sintomas da doença, falta de interesse e/ou omissão, esquecimento, falta de informação ou informação inadequada, incompatibilidade de horários e/ou trabalho, vergonha, estigma e/ou preconceito para com a doença ou o exame, medo do exame ou de estarem com a doença estão entre os motivos de não realização do exame dermatoneurológico por contatos domiciliares (TEMOTEO et al., 2013; DESSUNTI et al., 2008; VIEIRA et al., 2008). Profissionais de saúde referiram incompatibilidade de tempo e desinteresse dos contatos como obstáculos principais para vigilância de contatos em estudo realizado em Belém, no Estado do Pará (FERREIRA et al, 2009).

Vieira et al. (2008) mostraram as dificuldades na realização da busca ativa de contatos domiciliares e a complexidade de manter a vigilância durante o período preconizado pelo Ministério da Saúde, que na vigência de sua pesquisa era de dois anos para os casos paucibacilares e cinco anos para os multibacilares. Alguns não foram avaliados por não estarem na residência no momento da visita dos pesquisadores e mesmo com reagendamento eles não compareciam ao local estabelecido na data programada. Atualmente, recomenda-se seguimento por cinco anos para ambas as classificações operacionais (BRASIL, 2016b; BRASIL, 2017b).

A interpretação dos significados da doença dados pelas pessoas afetadas facilita a compreensão de como ocorre a busca de atendimento em hanseníase. As várias manifestações clínicas da doença geram diferentes interpretações a respeito de um mesmo processo de adoecimento nos indivíduos (LINS, 2010). Por ser altamente incapacitante, as pessoas afetadas já podem apresentar alguma deformidade no diagnóstico e ficar com sequela permanente (LOUREIRO, 2012). Desta forma, os sinais clínicos em geral podem provocar medo e preconceito em usuários e profissionais, dificultando o acesso ao serviço (BITTENCOURT et al., 2010). Monte e Pereira (2015) observaram em estudo sobre as representações sociais de hanseníase que tanto para homens quanto para mulheres a doença traz a ideia do “feio”.

Além disso, alguns determinantes sociais estão também associados à persistência da doença em áreas endêmicas, embora a causa imediata de hanseníase seja a infecção por *M. leprae* entre os indivíduos com predisposição genética. Estes determinantes incluem fatores sociais e culturais, mas também as

condições de vida cotidiana e as desigualdades estruturais que afetam a imunidade e a saúde como um todo (WHO, 2012b).

É fato que há relação entre pobreza e hanseníase, mas é relevante identificar quais os aspectos específicos de pobreza e desigualdade estão envolvidos em qualquer aumento da susceptibilidade em indivíduos ou fornecer as condições para a propagação da doença. Por exemplo, Lopes e Rangel (2014) observaram em seu estudo que a renda mensal da maioria dos usuários em tratamento para hanseníase era baixa, girando em torno de um a dois salários mínimos.

As famílias de baixa renda têm pouco dinheiro para comprar alimentos nutritivos como carne, peixe, ovos, frutas e legumes. Deficiências dos nutrientes que esses alimentos fornecem podem resultar em resposta imune prejudicada, o que pode ser uma explicação para o desenvolvimento das manifestações clínicas da hanseníase (WAGENAAR et al., 2015).

A menor renda também está relacionada à menor procura por serviços de saúde bucal (MONTEIRO et al., 2016), o que na hanseníase tem grande impacto já que as reações hansênicas são frequentemente desencadeadas por marcadores inflamatórios presentes em pessoas com cáries ou doenças periodontais (MOTA et al., 2011; CORTELA et al., 2015).

A procura por atenção à saúde é maior entre as mulheres, independentemente do nível socioeconômico e do estado de saúde que elas apresentem. Com o aumento da renda aumenta a proporção de consultas tanto entre homens como entre mulheres (BARATA, 2009). Além disso, a despeito da divergência entre estudos sobre a predominância de hanseníase entre os sexos masculino e feminino (LIMA, 2015; ALOTAIBI et al, 2016; QUEIRÓS et al., 2016; LOBATO; NEVES; XAVIER, 2016; BARBOSA, 2008), o fato de ser mulher pode influenciar na avaliação de contatos pois determina maior atenção para as questões de saúde e doença, já que geralmente são elas as responsáveis pelos cuidados dos filhos e de outras pessoas da família (BARATA, 2009).

Baixa renda e baixa escolaridade estão inter-relacionadas e podem estar associadas a diagnóstico tardio de hanseníase, permitindo longos períodos de exposição entre os contatos (SALES, 2011). Além disto, podem aumentar a probabilidade de não adesão ao tratamento ou de desenvolvimento de formas mais graves da doença (SANTOS; CASTRO; FALQUETO, 2008).

Por fim, no que se refere à imunoprofilaxia com BCG, a sua aceitação está fortemente associada à interrupção da transmissão e é indicada como ação de prevenção e controle para contatos que não apresentam sintomas de hanseníase (BRASIL, 2016b). A vacina foi originalmente desenvolvida contra a tuberculose e tem sido utilizada extensamente em todo o mundo há décadas para este propósito. Reconheceu-se que, em uma fase inicial da doença, a BCG poderia também proteger contra hanseníase e foram feitos vários ensaios clínicos comprovando essa evidência (RICHARDUS; OSKAM, 2015).

Um seguimento de contatos realizado durante 10 anos de estudo, composto por pessoal de saúde treinado capaz de diagnóstico precoce da hanseníase, com acompanhamento, imunização BCG de rotina e testes Mitsuda, mostrou que a BCG não só aumentou a proteção como diminuiu o risco relativo em 98% para o desenvolvimento da doença em quem havia tomado a vacina em duas doses (ARAÚJO et al., 2015).

O fato de a imunoprofilaxia com BCG não ser específica para a hanseníase, mas se constituir como fator de proteção para o desenvolvimento da doença, deve ser informado às pessoas afetadas. O número de doses a ser aplicado depende do número de cicatrizes vacinais da BCG (BRASIL, 2016b), comumente encontradas na região da inserção do músculo deltoide direito (BRASIL, 2014). O contato que apresentar nenhuma ou uma cicatriz deverá tomar uma dose, se apresentar duas cicatrizes não deverá receber nenhuma dose (BRASIL, 2016b).

3 MÉTODO

3.1 Tipo do Estudo

Estudo transversal analítico, inserido em um projeto de pesquisa operacional mais ampla, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí intitulado: “INTEGRAHANS PIAUÍ: abordagem integrada de aspectos clínicos, epidemiológicos (espaço-temporais), operacionais e psicossociais da hanseníase em municípios piauienses de alta endemicidade”.

3.2 Local do Estudo

O estudo foi conduzido nos municípios de Floriano e Picos, Estado do Piauí, os quais são classificados como hiperendêmicos. O primeiro está situado em área de *Cluster 1* e o segundo em área de *Cluster 6*, incluídos entre os municípios prioritários no país para ações estratégicas de controle da hanseníase (BRASIL, 2011).

Floriano é um município que dista a 244 km da capital, conhecido como a “Princesa do Sul” e se situa à margem direita do Rio Parnaíba, na divisa com o estado do Maranhão. É um polo comercial, educacional e de saúde da região e entroncamento rodoviário do estado. A população estimada para 2016 foi de 58.892 habitantes (IBGE, 2016), com média de 86% das pessoas na zona urbana e 14% na zona rural (IBGE, 2010). Dispõe de 56 estabelecimentos de saúde conveniados ao SUS e conta com 25 equipes da ESF distribuídas em 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Picos está localizado na região semiárida do estado do Piauí, onde desembocam as BR-316, BR-407 e BR-230, estando também próximo à BR-020. Esse perfil favorece sua economia e o faz ser considerado um polo comercial. Conhecido como a “Capital do Mel” e situado a 307 km da capital, sua população em 2016 foi estimada em 76.749 mil pessoas (IBEGE, 2016), com média de 79% morando em zona urbana e 21% em zona rural (IBGE, 2010). Na atenção primária estão atualmente implantadas 36 equipes de Saúde da Família e seis Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

3.3 População do estudo

Buscou-se abordar toda a população diagnosticada com hanseníase residente nos municípios de Floriano (n=1.076) e Picos (n=689) durante o período de 2001 a 2014 (Total=1.765 pessoas) e incluídas no SINAN. Foram localizados os endereços de 995 casos, 602 em Floriano e 393 em Picos. Dentre os 770 não localizados (Floriano: 474; Picos: 296), verificou-se que havia alguns endereços incompletos ou inexistentes. Além disso, obtiveram-se informações de que alguns se mudaram ou evoluíram para óbito.

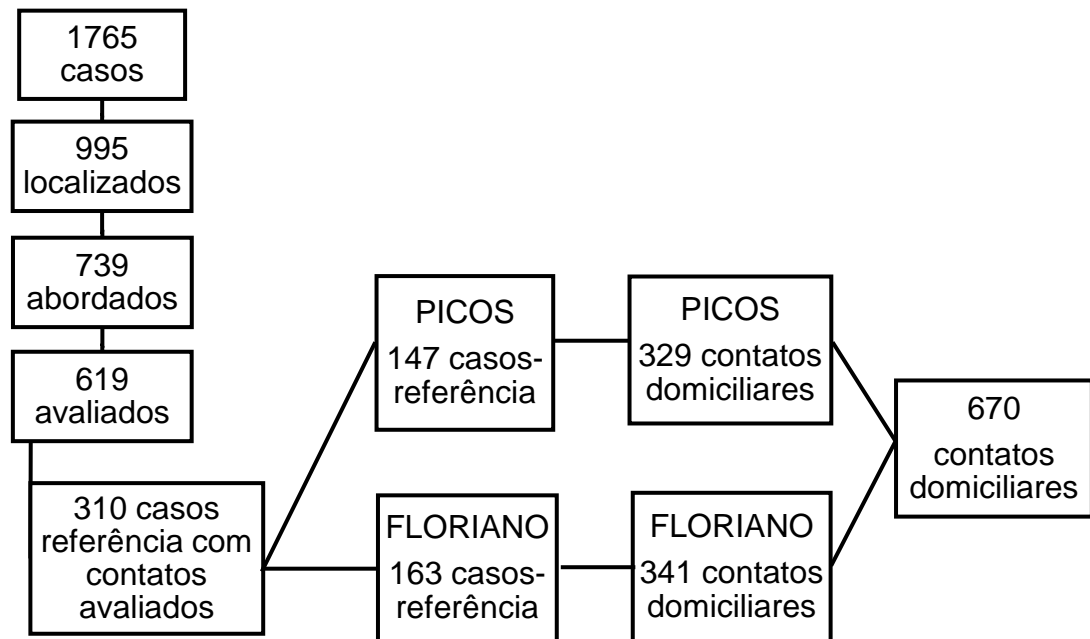
Dentre as 995 pessoas que tiveram endereço localizado, 256 não foram abordadas (Floriano: 186; Picos: 70), uma vez que, mesmo com três retornos em cada domicílio, não foram encontradas nas suas residências, por diversos motivos, incluindo viagem, trabalho, dentre outros. Das 739 pessoas que foram abordadas, 120 faltaram ao agendamento marcado para avaliação, a despeito de terem sido lembradas desse compromisso em dias anteriores, por meio de contato por telefone.

Durante a pesquisa foram identificados 19 casos que não estavam notificados no SINAN e 12 casos diagnosticados fora do período do estudo, que se apresentaram por demanda espontânea. E, embora tenham sido avaliados, não foram incluídos neste estudo. Foram excluídos os óbitos e duplicidades.

Assim, dos 619 casos-referência abordados e avaliados (Floriano: 334; Picos: 285), 310 (Picos: 147; Floriano: 163) tiveram 670 contatos domiciliares avaliados na pesquisa (Floriano n=341; Picos n=329). Ressalta-se que foram avaliados somente os contatos domiciliares dos casos-referência que consentiram expressamente e ambos os grupos constituíram a população deste estudo (310 casos-referência e 670 contatos domiciliares).

O fluxograma que segue, sintetiza o quantitativo dos os casos-referência e contatos domiciliares avaliados na pesquisa.

Figura 3 – Fluxograma dos casos-referência e contatos domiciliares avaliados na pesquisa.



Obs: 256 pessoas não foram abordadas pelos seguintes motivos: 90 óbitos, 5 recusas; 6 pessoas em viagem, 4 hospitalizadas, 124 mudanças de endereço, 25 pessoas no trabalho, 1 encarcerado e um por motivo ignorado.

Fonte: Pesquisa IntegraHans – PI, 2016.

3.4 Definições e Variáveis

A variável desfecho foi o desempenho das ações de vigilância de contatos, verificado por meio do Escore IntegraHans. O escore é calculado a partir de respostas (sim ou não) dos contatos domiciliares às seguintes perguntas: realização de exame dermatológico completo em toda a superfície corporal (peso 6); realização de exame neurológico completo (peso 5); vacinação com BCG quando indicado (peso 4); orientação para retornar à unidade de saúde se sintomas suspeitos de hanseníase ou consulta previamente agendada (peso 3); orientações sobre a BCG (peso 2); orientações para busca de outros contatos (peso 1). Quando as respostas foram sim, atribuiu-se o peso referente a cada pergunta, quando não, o peso atribuído foi zero. Quando o resultado estava incluso no intervalo de 0-6, o resultado foi considerado ruim, entre 7-14, regular e de 15-21, ótimo, conforme apresentado no quadro 1. O escore IntegraHans foi desenvolvido e validado dentro das ações do projeto IntegraHans Norte/Nordeste em 2014, coordenado pela Universidade Federal do

Ceará (UFC, 2014) com base nas diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). O quadro 1 sintetiza as variáveis com os respectivos pesos e interpretação do escore.

Quadro 1 – Síntese das variáveis do Escore IntegraHans, peso e interpretação.

Variáveis	Peso	Interpretação
Realização de exame dermatológico	6	Ruim: 0 a 6 pontos Regular: 7 a 14 pontos Ótimo: 15 a 21 pontos
Realização de exame neurológico	5	
Vacinação com BCG	4	
Orientação para retornar à unidade de saúde	3	
Orientações sobre a BCG	2	
Orientações para buscar outros contatos	1	

Fonte: UFC, 2014

As variáveis independentes relacionadas ao caso referência e contatos estão discriminadas no quadro 2:

Quadro 2 – Dicionário das Variáveis independentes.

Variáveis	Descrição	Categorias	Classificação
CASOS-REFERÊNCIA			
Idade	Faixa etária (em anos)	Criança: 0 a 9 Adolescente: 10-19; Adulto: 20-59 Idoso: 60 ou mais	Categórica Ordinal
Sexo	Sexo	Masculino Feminino	Categórica Nominal
Raça/Cor	Raça/Cor (autorreferida)	Negra/Parda Branca Outras	Categórica Nominal
Escolaridade	Escolaridade	Sem escolaridade Fundamental Ensino Médio Ensino Superior	Categórica Ordinal
Situação conjugal	Convive com companheiro(a) autorreferido	Solteiro(a)/nunca foi casado(a) Casado(a)/Unido(a) Separado(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a)	Categórica Nominal
Renda familiar	Faixa de remuneração renda mensal da família em salário mínimo	<1 salário mínimo 1 a 2 salários mínimos >2 salários mínimos	Categórica Ordinal
Renda mensal do caso referência	Faixa de remuneração renda mensal em salário mínimo	<1 salário mínimo 1 a 2 salários mínimos >2 salários mínimos	Categórica Ordinal

Variáveis	Descrição	Categorias	Classificação
Forma clínica da doença	Caracterização da forma clínica	Indeterminada, Tuberculoide, Dimorfa e Virchowiana	Categórica Nominal
Classificação Operacional	Caracterização da classificação operacional	Paucibacilar Multibacilar	Categórica Nominal
Grau de incapacidade física no diagnóstico	Caracterização do grau de incapacidade física no diagnóstico	0= nenhum problema com olhos, mãos e pés devido a hanseníase; 1= diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos, mãos e/ou pés; 2=olhos: lagofalmo e/ou ectrópio, triquíase, opacidade corneana, acuidade visual menor que 0,1 ou não conta os dedos a 6m de distância; mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas, garras; pés: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas, garras, reabsorção, pé caído, contratura do tornozelo	Categórica Nominal
Local de suspeição de hanseníase	Local onde foi realizada a suspeição do diagnóstico de hanseníase	Domicílio Unidade Básica de Saúde Serviço de referência municipal Consultório particular Outro	Categórica Nominal
Local de diagnóstico definitivo	Local onde foi realizado o diagnóstico definitivo	Domicílio Unidade Básica de Saúde Serviço de referência municipal Consultório particular Outro	Categórica Nominal
Contatos registrados	Número de contatos registrados no SINAN	Total de contatos registrados	Numérica
Contatos examinados	Número de contatos registrados e examinados no SINAN	Total de contatos examinados	Numérica
CONTATOS DOMICILIARES			
Idade	Faixa etária (em anos)	Criança: 0 a 9 Adolescente: 10-19 Adulto: 20-59	Categórica Ordinal

Variáveis	Descrição	Categorias	Classificação
		Idoso: 60 ou mais	
Sexo	Sexo	Masculino Feminino	Categórica Nominal
Raça/Cor	Raça/Cor (autorreferida)	Negra/Parda Branca Outras	Categórica Nominal
Escolaridade	Escolaridade	Sem escolaridade Fundamental Ensino Médio Ensino Superior	Categórica Ordinal
Situação conjugal	Convive com companheiro(a) autorreferido	Solteiro(a)/nunca foi casado(a) Casado(a)/Unido(a) Separado(a)/Divorciado (a)/Viúvo(a)	Categórica Nominal
Renda familiar	Faixa de remuneração renda mensal em salário mínimo	<1 salário mínimo 1 a 2 salários mínimos >2 salários mínimos	Categórica Ordinal
Renda mensal do contato	Faixa de remuneração renda mensal em salário mínimo	<1 salário mínimo 1 a 2 salários mínimos >2 salários mínimos	Categórica Ordinal
Orientação para aplicação de BCG	Foi orientado pelos profissionais de saúde sobre a aplicação da vacina BCG	Sim Não	Categórica Nominal
Recebeu BCG	Recebeu vacinação com BCG por ter tido caso de hanseníase na família	Sim Não	Categórica Nominal
Apresenta cicatriz de BCG	Registrar observação de cicatriz	Sim Não	Categórica Nominal
Orientação para retorno à UBS	Recebeu orientação para retorno à UBS para realizar exames posteriores como contato de caso de hanseníase	Sim Não Não sabe/não quer responder	Categórica Nominal
Orientação para mobilizar outros contatos	Recebeu orientação para chamar outros contatos para serem avaliados	Sim Não	Categórica Nominal
Realização de exame dermatológico	Realizou exame dermatológico	Completo Incompleto Não realizado	Categórica Nominal
Realização de exame neurológico	Realizou exame neurológico	Completo Incompleto Não realizado	Categórica Nominal

Variáveis	Descrição	Categorias	Classificação
Realização de exame dermatológico e neurológico	Realizou exame dermatoneurológico	Completo Incompleto Não realizado	Categórica Nominal
Profissional que realizou o exame dermatoneurológico	Profissional que realizou o exame dermatoneurológico	Médico Enfermeiro Não sabe Outro	Categórica Nominal
Motivos que facilitaram o exame dermatoneurológico	Motivos que facilitaram a realização do seu exame	Vontade pessoal Família envolvida Foi orientado Outro	Categórica Nominal
Motivos que dificultaram o exame dermatoneurológico	Motivos que dificultaram a realização do seu exame	Não sabe dizer Não foi orientado Outro	Categórica Nominal
Caso novo identificado no estudo	Caso novo de hanseníase identificado no estudo	Sim Não	Categórica Nominal
Classificação operacional (Caso novo identificado no estudo)	Caracterização da classificação operacional	Paucibacilar Multibacilar	Categórica Nominal

3.5 Coleta dos dados

O trabalho de campo/coleta dos dados foi realizado em duas etapas, pela autora deste estudo, juntamente com uma equipe interdisciplinar de profissionais e estudantes da área de saúde, tendo se iniciado em junho de 2015 e concluído em junho de 2016.

Na primeira etapa, com o fim de informar sobre a pesquisa, previamente à coleta dos dados, realizou-se a apresentação do projeto aos gestores municipais e estadual, aos profissionais da coordenação estadual de doenças transmissíveis, da atenção básica de saúde e da referência em hanseníase de ambos os municípios, bem como aos docentes e alunos de Instituições de Ensino Superior de ambos os municípios.

Os profissionais da ESF e docentes foram treinados para abordagem domiciliar dos casos-referências e seus contatos com vistas a busca ativa de casos no pós-alta e casos ativos registrados na sua área adscrita, em parceria com toda a equipe da atenção primária à saúde.

Durante dez dias, os profissionais da ESF, docentes e estudantes dos cursos de Enfermagem, Nutrição e Fisioterapia foram treinados e nivelados para realizar a avaliação clínica, dermatoneurológica e para a aplicação dos demais instrumentos do estudo, a fim de coletarem os dados de forma fidedigna e sem vieses. Contudo, os exames clínicos foram realizados apenas por profissionais qualificados. Esse treinamento foi conduzido por profissionais de reconhecida expertise na área, os quais compunham as equipes técnicas das ONGs Netherlands Hanseniasis Relief – NHR Brasil e Campagne International de L’Ordre de Malte Contre la Lépre – CIOMAL, e Secretaria de Estado da Saúde do Piauí – SESAPI, além de docentes da Universidade Federal do Piauí – UFPI e da Universidade Federal do Ceará – UFC.

Na segunda etapa, após mapeamento de todos os Casos referência, os mesmos foram convidados, juntamente com seus contatos domiciliares, previamente autorizados por eles, a se apresentarem em locais e data estabelecidos (Unidade Básica de Saúde mais próxima do domicílio ou outro equipamento social, onde a equipe da pesquisa se instalava), para a coleta de dados por meio de inquérito clínico-epidemiológico. Destaca-se que a confirmação dos endereços se deu a partir do banco de dados do SINAN, confrontados com os endereços constantes no Sistema de Cadastramento de Usuários do Sistema Único de Saúde (CADSUS).

Cabe mencionar que tanto o inquérito quanto o exame físico foram feitos somente após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes (APÊNDICE A) ou Termo de Assentimento para os casos que forem adolescentes (APÊNDICE B), explicando-se que este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc.

De acordo com a avaliação clínica dos contatos domiciliares, foi realizado o exame dermatológico e neurológico específico para suspeição diagnóstica da hanseníase, quando se procurou por lesões e sintomas típicos conforme segue: manchas esbranquiçadas (hipocrômicas), acastanhadas ou hiperemiadas, com alterações de sensibilidade (hiperestésias ou hipoestesia, choques e câimbras que evoluem para dormência); pápulas, infiltrações, tubérculos e nódulos, normalmente sem sintomas; diminuição ou queda de pelos, localizada ou difusa, especialmente em sobrancelhas; falta ou ausência de sudorese no local. Outros sintomas também foram investigados, tais como: edema e cianose de extremidades, mal-estar geral, febre, artralgia, coriza e feridas na cavidade nasal, e ressecamento ocular.

Além da procura dos sinais e sintomas descritos anteriormente foram realizadas pesquisas de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil nas lesões de pele. Quanto à avaliação neurológica, a investigação se compõe de: inspeção, palpação/percussão, avaliação funcional (sensibilidade, força muscular) dos nervos, com vistas a identificar neurites, espessamentos, nódulos, alterações motoras.

Além da avaliação dos contatos no momento da pesquisa, foram utilizados os dados do SINAN para verificar o número de contatos registrados e examinados no diagnóstico do caso referência.

Quanto aos casos-referência, os dados sobre a forma clínica e classificação operacional e grau de incapacidade física no diagnóstico foram extraídos do SINAN, e assim também foi feito com os dados referentes aos casos novos de hanseníase diagnosticados após suspeição durante a pesquisa. Nos casos em que não houve registro no sistema foi realizado exame neurológico simplificado para avaliação do grau de incapacidade física atual.

Foram aplicados seis instrumentos: levantamento de dados sociodemográficos e econômicos das pessoas que tiveram hanseníase (ANEXO A) e dos contatos domiciliares (ANEXO B), dados clínicos relacionados ao exame de contato e vacinação com BCG (ANEXO C), triagem clínica dermatoneurológica de contatos domiciliares (ANEXO D), dados clínicos (ANEXO E) e avaliação neurológica simplificada dos casos-referência (ANEXO F). Todos os instrumentos foram validados dentro das ações do projeto IntegraHans Norte/Nordeste em 2014, coordenado pela Universidade Federal do Ceará (UFC, 2014).

3.6 Análise dos dados

Na análise dos dados foram utilizados os programas Epi-Info™, versão 7.1.3 do *Center for Disease Control and Prevention* – CDC além do *software Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0. No primeiro, foi feita a digitação dupla com qualificação da base de dados. Em seguida, os dados foram exportados para o SPSS, onde foram feitas as análises estatísticas.

Foram realizadas análises univariadas, por meio de estatísticas descritivas simples com distribuição de frequências absolutas, percentuais simples e medidas de tendência central. Para avaliar os padrões de vigilância dos contatos de hanseníase por meio do Escore IntegraHans, bem como os fatores associados aos mesmos, foram

utilizadas estatísticas descritivas (proporções) e inferenciais. Na estatística inferencial foram aplicados testes de hipóteses bivariados e multivariados.

Foi realizado teste de normalidade nas variáveis numéricas do estudo, para confirmação do padrão de distribuição das mesmas, para tanto, o teste selecionado foi o de Kolmogorov-Smirnov.

No grupo de variáveis categóricas, o teste bivariado utilizado para analisar a associação entre as qualitativas foi o teste do qui-quadrado ou exato de Fisher. Para a análise da associação entre a média do escore dos contatos de cada caso referência e fatores sociodemográficos, econômicos, clínicos e epidemiológicos dos Casos referência de hanseníase, foi aplicada a regressão logística simples, por meio da razão de chances, *Odds ratio* (OR) – considerando um intervalo de confiança (IC) de 95%.

Para a composição da análise multivariada foi utilizada a técnica de regressão logística, incluindo as variáveis que apresentaram nível de significância menor que 0,20 ao longo da análise bivariada. A seleção das variáveis foi realizada por meio do método *stepwise forward*, partindo-se de um nível de significância de 0,05 para entrada de variáveis e de 0,10 para saída. As variáveis selecionadas foram analisadas quanto a interações em uma matriz de correlação, sendo incorporadas ao modelo as interações que apresentaram coeficiente de correlação superior a 0,5.

Para todas as demais análises, foi fixado *a priori* o nível de significância de 0,05 para rejeição da hipótese nula. Os achados serão discutidos com base na literatura existente sobre o tema.

3.7 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, sob o parecer nº 1.115.818 (ANEXO G) e solicitou-se autorização das Secretarias Municipais de Saúde de Floriano e de Picos e da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Aos participantes adultos e responsáveis por menores de 12 anos foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e para os adolescentes o Termo de Assentimento, conforme Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, garantindo-se o sigilo e anonimato das informações coletadas, além do mínimo de constrangimento durante as avaliações e entrevistas.

4 RESULTADOS

4.1 Características sociodemográficas de casos-referência e contatos domiciliares avaliados nos municípios de Picos e Floriano

A tabela 1 mostra as características sociodemográficas dos casos-referência (n=310) e contatos domiciliares (n=670). O sexo feminino esteve mais presente em ambas as populações, 169 (54,52%) e 425 (63,43%) respectivamente. A faixa etária que mais predominou foi de adultos, 178 (57,42%) entre os casos-referência e 353 (52,69%) entre os contatos, seguidos de idosos, 111 (35,81%) e 118 (17,61%). A maioria era de cor negra ou parda, 265 (85,48%) entre os casos-referência e 527 (78,66%) entre os contatos e com apenas ensino fundamental, 160 (51,61%) e 325 (48,51%) respectivamente.

Quanto ao estado conjugal, havia mais casados entre os casos-referência, 172 (55,48%) e mais solteiros entre contatos, 334 (49,85%). A renda individual mais citada foi de um a dois salários mínimos em ambas as populações, 164 (52,90%) e 256 (38,21%) assim como a renda familiar, 115 (37,10%) e 378 (56,42%). Morar na zona urbana foi referido pela maioria, 261 (84,19%) entre os casos-referência e 573 (85,52%) entre os contatos.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos contatos e dos casos-referência. Teresina/PI – 2018. (Continua)

Variáveis	Casos-referência (n=310)		Contatos domiciliares (n=670)	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	141	45,48	245	36,57
Feminino	169	54,52	425	63,43
Raça/Cor				
Negra/Parda	265	85,48	527	78,66
Branca	42	13,55	102	15,22
Outra	3	0,97	41	6,12
Idade				
Criança	0	0,00	67	10,00
Adolescente	21	6,77	132	19,70
Adulto	178	57,42	353	52,69
Idoso	111	35,81	118	17,61

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos contatos e dos casos-referência. Teresina/PI – 2018. (Conclusão)

Variáveis	Casos-referência (n=310)		Contatos domiciliares (n=670)	
	n	%	n	%
Escolaridade				
Sem escolaridade	66	21,29	79	11,79
Ensino Fundamental	160	51,61	325	48,51
Ensino Médio	68	21,94	192	28,66
Ensino Superior	16	5,16	74	11,04
Estado conjugal				
Solteiro(a)/Nunca foi casado(a)	80	25,81	334	49,85
Casado(a)/Unido(a)	172	55,48	260	38,81
Separado(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a)	58	18,71	76	11,34
Renda individual				
1 a 2 salários mínimos	164	52,90	256	38,21
< 1 salário mínimo	116	37,42	166	24,78
> 2 salários mínimos	27	8,71	46	6,87
Não soube/ Não quis responder	3	0,97	202	30,15
Renda familiar				
1 a 2 salários mínimos	115	37,10	378	56,42
< 1 salário mínimo	84	27,10	49	7,31
> 2 salários mínimos	89	28,71	145	21,64
Não soube/ Não quis responder	22	7,10	98	14,63
Zona				
Rural	49	15,81	97	14,48
Urbana	261	84,19	573	85,52

4.2 Perfil clínico e epidemiológico da hanseníase entre os casos-referência

Dos 310 casos-referência que foram incluídos nessa pesquisa, 168 (54,19%) foram diagnosticados com as formas clínicas Indeterminada e Tuberculoide, isto é, apresentaram classificação operacional paucibacilar.

Entre as formas clínicas, a Indeterminada foi a mais prevalente, com 116 (37,42%) casos, seguida da Dimorfa, com 96 (30,97%) casos. O grau zero de incapacidade no diagnóstico foi o mais observado, com 236 (76,13%) casos.

Tanto a suspeita do diagnóstico de hanseníase quanto o diagnóstico definitivo ocorreram mais vezes no serviço de referência municipal, 167 (53,87%) e 216 (69,68%), respectivamente.

Já a proporção de contatos registrados e examinados, segundo os dados inclusos no SINAN e conforme os parâmetros do Ministério da Saúde, foi considerada boa quando observados os dados referentes a 161 (51,94%) dos casos-referência incluídos nesta pesquisa.

Os dados clínico-epidemiológicos estão expostos na tabela a seguir:

Tabela 2 – Perfil clínico-epidemiológico dos casos-referência. Teresina/PI – 2018 (n=310).

Variáveis	Casos-referência	
	n	%
Classificação operacional		
PB	168	54,19
MB	142	45,81
Forma clínica no diagnóstico		
Indeterminada	116	37,42
Tuberculoide	52	16,77
Dimorfa	96	30,97
Virchowiana	40	12,90
Não avaliado	6	1,94
Grau de incapacidade no diagnóstico		
Grau zero	236	76,13
Grau 1	51	16,45
Grau 2	23	7,42
Local de suspeita do diagnóstico		
No domicílio	20	6,45
Unidade básica de saúde	69	22,26
Serviço de referência municipal	167	53,87
Consultório particular	25	8,06
Outro	29	9,35
Local de diagnóstico definitivo		
No domicílio	3	0,96
Unidade básica de saúde	48	15,48
Serviço de referência municipal	216	69,68
Consultório particular	18	5,81
Outro	25	8,06
Proporção de contatos registrados e examinados		
Precário (<75%)	76	24,52
Regular (75 a 89,9%)	6	1,94
Bom (≥90%)	161	51,94

Nota: Foi observado registro incompleto de dados referentes aos contatos registrados e examinados de 35 casos de hanseníase no SINAN; e em 32 casos havia zero contato registrado.

4.3 Ações de vigilância epidemiológica da hanseníase entre contatos domiciliares

Quanto à vigilância dos contatos domiciliares, 188 (28,06%) referiram ter passado por exame dermatológico completo e 145 (21,64%) por exame neurológico completo. Ambos os exames completos foram referidos por apenas 136 (20,30%) contatos e não realizaram nenhum dos dois exames, 417 (62,24%).

Receberam orientação para aplicação da vacina BCG, 334 (49,85%) contatos, 316 (47,16%) afirmaram terem sido vacinados e 114 (17,01%) não tinham cicatriz vacinal no momento da pesquisa.

Foram orientados a chamar outros contatos para avaliação por ter tido caso de hanseníase na família, 229 (34,18%) pessoas. E apenas 108 (16,12%) contatos receberam orientação para retornar à unidade de saúde para novas avaliações, conforme apresentado na tabela 3.

Tabela 3 – Características da vigilância de contatos domiciliares dos casos-referência de hanseníase. Teresina/PI – 2018 (n= 670). (Continua)

Variáveis	Contatos domiciliares	
	n	%
Realizou exame dermatológico		
Completo	188	28,06
Incompleto	56	8,36
Não realizado	426	63,58
Realizou exame neurológico		
Completo	145	21,64
Incompleto	26	3,88
Não realizado	499	74,48
Exame dermatológico e neurológico		
Completo	136	20,30
Incompleto	117	17,46
Não realizado	417	62,24
Recebeu orientação quanto a BCG		
Sim	334	49,85
Não	336	50,15
Recebeu BCG		
Sim	316	47,16
Não	354	52,84
Cicatriz BCG		
Sim	556	82,99
Não	114	17,01

Tabela 3 – Características da vigilância de contatos domiciliares dos casos-referência de hanseníase. Teresina/PI – 2018 (n= 670). (Conclusão)

Variáveis	Contatos domiciliares	
	n	%
Orientação para chamar outros contatos		
Sim	229	34,18
Não	441	65,82
Orientação para retorno		
Sim	108	16,12
Não	562	83,88

Entre os 253 (37,76%) contatos que realizaram o exame dermatológico e/ou neurológico, seja completo ou incompleto, os motivos mais citados como facilitadores para realização do exame foram terem sido orientados para isso, 94 (37,15%), e o envolvimento da família, 75 (29,64%). Não souberam informar o que pode ter dificultado a realização do exame, 236 (93,28%) contatos. A maioria foi examinada por enfermeiros, 147 (58,10%), como demonstrado na tabela 4.

Tabela 4 – Motivos que facilitaram ou dificultaram a realização do exame dermatoneurológico entre contatos domiciliares e categoria profissional que o realizou. Teresina/PI – 2018 (n= 253).

Variáveis	Contatos domiciliares que realizaram exame	
	n	%
Motivo facilitou exame		
Foi orientado para isto	94	37,15
Família envolvida	75	29,64
Vontade pessoal de realizar	40	15,81
Não sabe dizer	27	10,67
Realização de visita domiciliar	12	4,74
Outro	5	1,98
Motivo que dificultou exame		
Não sabe dizer	236	93,28
Não foi orientado para isso	7	2,77
Outro	10	3,95
Profissional que realizou o exame		
Enfermeiro	147	58,10
Médico	51	20,16
Não sabe	49	19,37
Outro	6	2,37

O desempenho da vigilância de contatos, verificado por meio do Escore IntegraHans, foi classificado como ruim para 421 (62,84%) dos contatos (Tabela 5).

Tabela 5 – Desempenho da vigilância de contatos, segundo o Escore IntegraHans. Teresina/PI – 2018 (n=670).

Variável	Contatos domiciliares	
	n	%
Ruim	421	62,84
Regular	128	19,10
Ótimo	121	18,06

4.4 Proporção de casos novos de hanseníase entre contatos domiciliares avaliados na pesquisa

Durante a pesquisa os 670 contatos domiciliares passaram por exame dermatológico completo, sendo diagnosticados por ocasião da pesquisa, 15 (2,23%) casos novos (Tabela 7).

Tabela 6 – Proporção de casos novos entre os contatos domiciliares avaliados na pesquisa. Teresina/PI – 2018 (n=670).

Variáveis	Contatos domiciliares	
	n	%
Caso novo confirmado de hanseníase		
Não	655	97,77
Sim	15	2,23
Classificação operacional dos casos novos		
MB	5	0,74
PB	10	1,49

4.5 Análises bivariadas entre características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas dos casos-referência e o desempenho da vigilância de contatos (Escore IntegraHans).

A análise bivariada entre características sociodemográficas e o escore de vigilância de contatos mostrou associação estatisticamente significativa entre as variáveis escolaridade e os escores de vigilância ruim ($p=0,11$) e regular ($p=0,02$); entre renda individual e escore regular ($p=0,14$); entre renda familiar e os escores ruim

($p=0,04$) e ótimo ($p=0,01$); entre estado conjugal e escore ótimo ($p=0,06$); e entre zona de residência e escore ruim ($p=0,09$) e regular ($p=0,14$).

Tabela 7 – Análise bivariada das características sociodemográficas dos casos-referência e desempenho da vigilância dos contatos domiciliares. Teresina/PI – 2018.

Variáveis	Escore Vigilância								
	Ruim			Regular			Ótimo		
	n	%	P	n	%	P	n	%	P
Faixa Etária									
Adolescente	13	4,2	0,95	5	1,6	0,26	3	1,0	0,25
Adulto	105	33,9		52	16,8		21	6,8	
Idoso	67	21,6		23	7,4		21	6,8	
Sexo									
Masculino	85	27,4	0,84	33	10,6	0,40	23	7,4	0,40
Feminino	100	32,3		47	15,2		22	7,1	
Raça									
Negra/Parda	158	51,0	0,62	68	21,9	0,26	39	12,6	0,76
Branca	26	8,4		10	3,2		6	1,9	
Outra	1	0,3		2	0,6		0	0,0	
Escolaridade									
Sem escolaridade	44	14,2	0,11	9	2,9	0,02	13	4,2	0,44
Ensino Fundamental	88	28,4		49	15,8		23	7,4	
Ensino Médio	40	12,9		20	6,5		8	2,6	
Ensino Superior	13	4,2		2	0,6		1	0,3	
Renda									
< 1 salário mínimo	65	21,0	0,76	35	11,3	0,14	16	5,2	0,26
1 a 2 salários mín.	102	32,9		34	11,0		28	9,0	
> 2 salários mín.	16	5,2		10	3,2		1	0,3	
Não respondeu	2	0,6		1	0,3		0	0,0	
Renda familiar									
< 1 salário mínimo	60	19,4	0,04	16	5,2	0,21	8	2,6	0,01
1 a 2 salários mín.	59	19,0		31	10,0		25	8,1	
> 2 salários mín.	53	17,1		24	7,7		12	3,9	
Não respondeu	13	4,2		9	2,9		0	0,0	
Estado conjugal									
Solteiro(a)	48	15,5	0,37	23	7,4	0,77	9	2,9	0,06
Casado(a)/Unido(a)	107	34,5		43	13,9		22	7,1	
Separado(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a)	30	9,7		14	4,5		14	4,5	
Zona									
Rural	24	7,7	0,09	16	5,2	0,14	9	2,9	0,25
Urbana	161	51,9		64	20,6		36	11,6	

Legenda: Teste qui-quadrado ou exato de Fischer; nível de significância= $p<0,20$.

Quanto às características clínicas, houve associação estatisticamente significativa entre a classificação operacional e o escore ruim ($p=0,18$) e ótimo para vigilância ($p=0,09$).

Tabela 8 – Análise bivariada das características clínico-epidemiológicas dos casos-referência e o desempenho da vigilância dos contatos domiciliares. Teresina/PI – 2017.

Variáveis	Escore Vigilância								
	Ruim			Regular			Ótimo		
	n	%	P	n	%	P	n	%	P
Forma Clínica									
Indeterminada	69	22,3	0,50	34	11,0	0,37	13	4,2	0,68
Tuberculoide	36	11,6		8	2,6		8	2,6	
Diforma	52	16,8		26	8,4		18	5,8	
Virchowiana	24	7,7		11	3,5		5	1,6	
Não avaliado	4	1,3		1	0,3		1	0,3	
Grau de Incapacidade									
Grau Zero	142	45,8	0,93	61	19,7	0,85	33	10,6	0,61
Grau 1	30	9,7		14	4,5		7	2,3	
Grau 2	13	4,2		5	1,6		5	1,6	
Classe Operacional									
PB	106	34,2	0,18	43	13,9	0,89	19	6,1	0,09
MB	79	25,5		37	11,9		26	8,4	
Local de suspeição da hanseníase									
No domicílio	12	3,9	0,82	4	1,3	0,72	4	1,3	0,36
Unidade Básica de Saúde	40	12,9		20	6,5		9	2,9	
Serviço de referência municipal	97	31,3		44	14,2		26	8,4	
Consultório Particular	16	5,2		4	1,3		5	1,6	
Outro	20	6,5		8	2,6		1	0,3	
Local de diagnóstico definitivo									
No domicílio	2	0,6	0,83	0	0,0	0,55	1	0,3	0,70
Unidade Básica de Saúde	27	8,7		16	5,2		5	1,6	
Serviço de referência municipal	127	41,0		55	17,7		34	11,0	
Consultório Particular	12	3,9		4	1,3		2	0,6	
Outro	17	5,5		5	1,6		3	1,0	

Legenda: Teste qui-quadrado ou exato de Fischer; nível de significância= $p<0,20$.

4.6 Análises multivariadas

A análise multivariada mostra que ter ensino fundamental aumenta as chances do desempenho da vigilância de contatos ser regular (OR=2,63; IC=1,10-6,33; p=0,03).

Tabela 9 – Regressão logística entre escolaridade dos casos-referência e o desempenho regular para vigilância de contatos domiciliares em Picos e Floriano. Teresina/PI, 2018.

Variáveis	Escore IntegraHans regular		
	ORa	IC (95%)	P
Escolaridade			
Sem escolaridade	2,87	0,81-5,76	0,48
Ensino Fundamental	2,63	1,10-6,33	0,03
Ensino Médio	0,90	0,17-4,66	0,90

Legenda: ORa=*Odds Ratio ajustado*, IC=intervalo de confiança de 95%, nível de significância p<0,05; Escore ruim: 0 a 6 pontos, Escore regular: 7 a 14 pontos, Escore ótimo: 15 a 21 pontos.

E ser casado ou ter união estável aumenta as chances de ter escore ótimo para vigilância de contatos (OR=2,53; IC=1,01-6,35; p=0,04).

Tabela 10 – Regressão logística entre o estado conjugal dos casos-referência e o desempenho ótimo para vigilância de contatos domiciliares em Picos e Floriano. Teresina/PI, 2018.

Variáveis	Escore IntegraHans ótimo		
	ORa	IC (95%)	P
Estado Conjugal			
Solteiro(a)/Nunca foi Casado(a)	1,15	0,50-2,64	0,73
Casado(a)/Unido(a)	2,53	1,01-6,35	0,04

Legenda: ORa=*Odds Ratio ajustado*, IC=intervalo de confiança de 95%, nível de significância p<0,05; Escore ruim: 0 a 6 pontos, Escore regular: 7 a 14 pontos, Escore ótimo: 15 a 21 pontos.

5. DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo realizado no Estado do Piauí com ênfase na vigilância de contatos domiciliares para além do espectro de cobertura, considerando a qualidade das ações e análise da influência de características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas dos casos de hanseníase na vigilância. Aponta a necessidade, não só de conhecer o perfil dos casos, mas considerá-lo ao implementar o seguimento clínico e epidemiológico em sua rede familiar e social.

5.1 Perfil sociodemográfico dos casos-referência e contatos domiciliares

Na população estudada, o sexo feminino foi mais frequentemente registrado, tanto entre os casos-referência como entre os contatos. Outros estudos apontam que a distribuição da hanseníase entre os sexos é heterogênea. Hacker et al. (2012) observaram mais homens entre os casos índices de hanseníase e mais mulheres entre os contatos que desenvolveram hanseníase após o caso índice. No Estado do Piauí, entre 2001 e 2014 os casos de hanseníase foram mais detectados em homens que em mulheres (ARAÚJO et al., 2016c).

A explicação para predominância feminina nos atendimentos está ligada historicamente ao senso comum de que o homem não adoece. Ser do sexo masculino, junto ao horário de funcionamento dos estabelecimentos de saúde em confronto com o horário de trabalho do usuário e achar que não tem nenhuma doença são fatores que colocam o homem em situação de risco para não procurar atendimento (LEVORATO et al., 2014).

Historicamente, os serviços de saúde não estão preparados para atender a população masculina. Apenas no ano de 2009 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2009), mas no que se refere à ampliação do atendimento para esta população e às características de saúde apresentadas pelos homens, poucos avanços foram obtidos (MOURA; GOMES; PEREIRA, 2017).

Em vista disso, apesar dos resultados não mostrarem significância, em se tratando de hanseníase, ser homem pode ser um fator de risco para diagnóstico tardio com incapacidades físicas em curso, assim como pode influenciar de forma negativa

o desempenho da abordagem dos contatos, o que requer maior atenção da política de atenção e controle da hanseníase voltada para as pessoas do sexo masculino.

A maioria dos casos-referência e contatos domiciliares avaliados neste estudo tinham idade entre 20 e 59 anos, ou seja, estavam em idade economicamente ativa, assim como apresentado em outros estudos (MOURA et al., 2015; ALOTAIBI et al., 2016). Por ser uma doença crônica altamente incapacitante, que pode piorar a condição clínica da pessoa mesmo no pós-alta (MONTEIRO et al., 2013), a hanseníase pode dificultar o trabalho e conseqüentemente outras dimensões da saúde.

A predominância da cor negra ou parda na população do estudo requer uma compreensão mais abrangente das desigualdades raciais, considerando que elas estão presentes no início, curso e resultados de uma doença e que são um determinante importante para as desigualdades em saúde (WILLIAMS, 2012). Em geral, o Estado do Piauí apresenta maioria parda (IBGE, 2010a). Em outros inquéritos epidemiológicos foi encontrado maior número de pessoas que se autodeclaravam brancas (QUEIRÓS et al., 2015; TRINDADE, 2015).

A baixa renda e baixa escolaridade referida pela maioria das pessoas neste estudo são condições que se agravam quando presentes em pessoas com hanseníase, as quais muitas vezes necessitam de afastamento de um trabalho que já não é tão rentável. Pode-se dizer que são características diretamente proporcionais, uma interfere na outra, e contribuem para que a pobreza permaneça enraizada no contexto em que estas pessoas vivem. As iniquidades sociais também geram persistência e dificultam o controle das Doenças Negligenciadas (DN), causando maior vulnerabilidade e risco a essas doenças (HOLT; GILLAM; NGONDI, 2012).

Foi significativa a associação entre escolaridade e escore ruim e regular para vigilância e observado que o caso referência ter apenas ensino fundamental aumenta as chances da vigilância de contatos apresentar escore regular, confirmando a necessidade de maior cautela por parte dos profissionais de saúde na condução dos casos com menor escolaridade, pois o menor nível educacional exerce uma forte influência no reconhecimento dos principais sintomas da hanseníase, podendo postergar a procura por atendimento de saúde, aumentar as chances de desenvolver incapacidades e manter a transmissão, além de dificultar a compreensão e adoção de medidas para o autocuidado (SALES, et al., 2011; SANTOS; CASTRO; FALQUETO, 2008; RIBEIRO, 2012; MONTEIRO, 2013).

Foram poucos os estudos sobre as desigualdades socioeconômicas em hanseníase publicados entre 2000 e 2013, com apenas sete estudos no Brasil e um em Bangladesh (HOUWELING et al., 2016). No Brasil foi evidenciado que as chances de ser pobre foram quase cinco vezes maiores entre pessoas com hanseníase, quando comparados aos controles (SCHMITT et al., 2010). A duração da doença nos casos índice e maior detecção de hanseníase em contatos que foram diagnosticados no primeiro exame após o diagnóstico do caso índice foram fortemente associadas ao baixo nível de escolaridade e renda do caso índice. A associação do nível socioeconômico do próprio contato foi mais fraca e nem sempre significativa (SALES et al., 2011). Em Bangladesh, a associação permaneceu ambígua (HOWELING et al. 2016).

Pouca educação pode afetar diretamente a saúde das pessoas, restringe seu desenvolvimento pessoal e sociocultural, além de dificultar o desenvolvimento da alfabetização em saúde (*Health Literacy*), que segundo a Organização Mundial de Saúde são “habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e capacidade dos indivíduos para obter acesso, compreender e usar informações de forma a promover e manter uma boa saúde” (WHO, 1998).

Dessa forma, a educação em saúde pode ser utilizada de forma estratégica pelos profissionais de saúde, ao valorizar a capacidade cognitiva da população e direcionar as atividades educativas com linguagem clara e objetiva, a fim de que as pessoas melhorem suas condições de saúde e compreendam as peculiaridades da hanseníase (RIBEIRO, 2012).

De fato, a educação é uma das intervenções necessárias para limitar a vulnerabilidade e há muito tempo está incluída como meta para o desenvolvimento humano. É importante porque habilita as pessoas a viverem conforme o seu potencial com vistas a maior qualidade de vida e melhora sua capacidade de lidar com mudanças bruscas. Educação e saúde são capacidades essenciais que quando insuficientes deixam as pessoas menos aptas a pôr em prática suas vontades e viver uma vida que as realize, podendo barreiras sociais e outras práticas de exclusão limitar ou cercear suas escolhas (PNUD, 2014).

A luta por uma vida mais digna com redução de vulnerabilidades e enfrentamento dos determinantes sociais de saúde em todos os países está integrada na agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Os países membro da Organização para Nações Unidas (ONU) se uniram para elaborar e firmar um plano

de ação fundamentado nos direitos humanos que possa ser executado por qualquer nação, trazendo entre os seus objetivos a erradicação da pobreza, acesso à educação com qualidade, inclusiva e igualitária, assegurar bem-estar e promover vida saudável para todos, com acesso universal à saúde, proteção social e enfrentamento de doenças negligenciadas (NAÇÕES UNIDAS, 2015).

No Brasil, houve melhora dos indicadores sociais e acesso à saúde até o início da última década (NAÇÕES UNIDAS, 2013). A renda domiciliar per capita aumentou entre 2000 e 2014, com redução da proporção de pessoas vulneráveis à pobreza. No entanto, instalou-se uma crise econômica a partir do ano de 2014 e já em 2015, observa-se o inverso, redução da renda e aumento do número de pessoas vulneráveis a pobreza (IPEA; FJP; PNUD, 2015). Com a crise, houve aumento do desemprego e como consequência o alargamento das desigualdades sociais (IBGE, 2017).

Como medida para contenção de despesas o governo brasileiro aprovou a emenda constitucional nº 95, que institui um novo regime fiscal (BRASIL, 2016c) e prevê congelamento de gastos por 20 anos, o que afeta diretamente investimentos sociais em saúde e educação. Tal medida contribui para aumento de desigualdades sociais e podem acelerar o processo de deterioração de saúde da população. Destarte, os grupos sociais mais vulneráveis são os que mais sofrem os efeitos de uma medida de austeridade fiscal em meio a crises econômicas (IPEA, 2016).

A redução da renda impacta no sistema público de saúde. Há aumento de demanda e as famílias diminuem sua capacidade de compra de medicamentos e pagamento de serviços privados. Diante disso, optar por reduzir o gasto com saúde é o mesmo que reduzir a capacidade de resposta do sistema público no que se refere a acesso e qualidade dos serviços e contribui para o agravamento do estado de saúde das pessoas. Cortar gastos com serviços essenciais e programas sociais é promover o aumento de iniquidades (IPEA, 2016).

O corte no financiamento da saúde é uma grave tentativa de retirada de direitos. Essa situação, associada a outros fatores, como a aprovação de uma reforma trabalhista precarizante, crise política e corrupção, podem dificultar a manutenção das melhorias já obtidas e alcance de mais avanços sociais, fazendo o Brasil andar na contra-mão do que foi pactuado na agenda 2030 e piorar o controle das doenças mais presentes principalmente nos níveis sociais mais pobres.

No que se refere ao estado conjugal dos casos-referência, ser casado teve associação significativa com escore ótimo para vigilância de contatos, aumentando

em 2,53 vezes as chances da vigilância ser classificada com esse escore quando comparados aos solteiros. Isso pode estar relacionado à constituição familiar recente, em que os contatos geralmente são crianças ou adolescentes ou os próprios pais, refletindo o cuidado natural com a família. Outro fato é que no matrimônio a mulher tem papel fundamental nesse cuidado e pode estimular a procura ao serviço de saúde para avaliação dermatoneurológica.

Outros estudos mostram que, especialmente nos anos de maior maturidade e velhice, a saúde e qualidade de vida estão associados ao relacionamento conjugal (SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2010). Porém, não se conhece a origem da proteção a que as pessoas casadas estão submetidas no que diz respeito a determinados desfechos de saúde. O estado conjugal representa algo mais complexo e instável do que se pode concluir e essa limitação é reconhecida, mas nem sempre explicitada pelos epidemiologistas. Classificar a “conjugalidade” como fator de proteção ou risco não ampara a orientação de que indivíduos se unam com finalidades preventivas correspondentes (CASTIEL, 1999).

A presença de mais pessoas solteiras entre os contatos domiciliares está em consonância com outros estudos (DESSUNTI et al., 2008; LEITE et al., 2009; SANTOS; CASTRO; FALQUETO, 2011) e é importante ressaltar que alguns autores apontam que contatos com companheiros aderem melhor ao controle da hanseníase (AQUINO; SANTOS; COSTA, 2003; FEMINA et al. 2007), o que também pode ter influenciado no baixo número de examinados encontrados neste estudo e corrobora a importância do estado conjugal na vigilância.

A zona de residência mais observada foi a urbana, assim como em outras pesquisas (QUEIRÓS et al., 2016; SILVA et al., 2015). Neste estudo, tal característica pode ser reflexo da migração em busca de melhores condições de trabalho, já que os municípios estudados sofrem longos períodos de seca que dificultam agricultura e pecuária, além de serem polos comerciais. Além disso, considerando o município de Florianópolis, esse achado acompanhou a tendência demográfica do município, em que há baixa extensão da área rural e a população é predominantemente urbana.

A zona de residência teve associação significativa com os escores ruim e regular para vigilância de contatos. Considerando que a maioria dos casos referência residiam em zona urbana, esse resultado mostra que a cobertura da Estratégia Saúde da Família para 100% da população não traduz acesso e qualidade da atenção e piora

quando se refere à hanseníase, principalmente considerando a centralização do diagnóstico em serviços de referência que ocorre em ambos os municípios.

5.2 Características clínicas dos casos-referência e serviços de saúde que fazem o diagnóstico da hanseníase

Quanto às características clínicas dos casos-referência, o fato de as formas paucibacilares se apresentarem em maior proporção que as multibacilares e a forma clínica Indeterminada ter sido a mais prevalente pode significar diagnóstico oportuno, com a doença em fase inicial, além de boa capacitação dos profissionais de saúde que os avaliaram, pois, segundo Talhari, Talhari e Penna (2015), o diagnóstico da forma indeterminada pode se mostrar difícil, sendo muitas vezes usados outros mecanismos para auxílio do diagnóstico, além dos testes de sensibilidade, como o teste de Mitsuda.

Por outro lado, a permanência em nível de alta endemicidade a hiperendêmico para hanseníase nos municípios nos quais foi realizada essa pesquisa, pode levar ao questionamento sobre erro diagnóstico quanto às formas clínicas, levando-se em consideração a extrema relevância da forma multibacilar para manutenção da cadeia de transmissão (ILEP, 2016; BRASIL, 2017b).

Apesar de estudo recente ter demonstrado risco real de transmissão entre casos paucibacilares e seus contatos (ARAÚJO et al., 2016), pessoas com poucos bacilos muitas vezes podem se auto curar, pois têm uma forte imunidade celular, enquanto que nos multibacilares a carga bacteriana é altíssima, podendo ser encontrados cerca 7 milhões de bacilos em um grama de tecido e com números elevados na mucosa nasal (MOET, 2007; EICHELMANN; GONZÁLEZ, 2013; DAVEY; REES, 1974).

Outro fato importante é que as classificações operacionais multibacilar e paucibacilar adotadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde brasileiro, as quais são definidas de acordo com o número de lesões, é um sistema potencialmente falho, pois ao desprezar o número de nervos afetados ou tamanho da lesão, um largo número de casos MB é classificado como PB, com repercussões no tratamento (EICHELMANN; GONZÁLEZ, 2013), inclusive com alto potencial para desenvolvimento de resistência medicamentosa, recidivas e prolongamento do tempo de infecção (MUNGRUE, 2017).

Em contraponto à suposição de que esteja havendo detecção precoce pela presença de mais casos paucibacilares está também a presença de grau de incapacidade 2 no diagnóstico em 7,42% dos casos-referência avaliados neste estudo. O Ministério da Saúde recomenda que entre os avaliados o grau de incapacidade 2 esteja abaixo de 5%, pois é um parâmetro que avalia a efetividade das ações de detecção precoce de casos (BRASIL, 2016b).

A centralização da suspeita e diagnóstico de hanseníase referida pela maioria dos casos-referência neste estudo reflete má gestão dos serviços de saúde, falta de capacitação ou compromisso dos profissionais, pois são atribuições da atenção básica que não estão sendo efetivadas, dificultando acesso e consequentemente potencializando o número de casos com diagnóstico tardio e com incapacidades, assim como prejudica a vigilância dos contatos fundamental para o controle da hanseníase. Cenários como esse se repetem em todo o Brasil (MARTINS; IRIART, 2014; ALENCAR et al. 2012) e podem ser uma das explicações para a dificuldade de controle da endemia no país.

A falta ou a inadequação de capacitação teórico-prática para suspeição e diagnóstico da hanseníase podem estar presentes desde a graduação. Alves et al. (2016) observaram em seu estudo que a maioria dos estudantes em internato de medicina afirma que o tema foi abordado, mas a prática foi insuficiente. Isso gera insegurança, e os profissionais formados acabam por delegar o diagnóstico a pessoas mais experientes e sobrecarregar os serviços de referência, desviando-os de sua real função que é conduzir casos mais complicados e graves.

Quando o diagnóstico é feito em serviço de referência, a tendência é que ocorra falha na vigilância epidemiológica e o vínculo à atenção básica seja prejudicado. As próprias pessoas quando conhecem os sintomas e acham que estão com hanseníase, ou quando já têm passado por vários especialistas, até mesmo dermatologistas, e por vários tratamentos com diagnósticos equivocados, acabam por procurar os serviços de referência por demanda espontânea (MARTINS; IRIART, 2014).

Tal situação vira uma rotina que prejudica as ações de controle da hanseníase, como verificado por Lanza (2014) em municípios do interior de Minas Gerais. Segundo esse autor, para que as ações sejam efetivas é preciso que a atenção primária organize o cuidado e que, de preferência, a atenção secundária funcione mediante encaminhamentos de curta duração.

Dessa forma, a centralização do diagnóstico caracteriza a atenção à saúde nos municípios de Picos e Floriano como o que Mendes (2011) chama de sistemas fragmentados de atenção à saúde, ou seja, prestam uma atenção descontinuada à população por se organizarem a partir de pontos de atendimentos isolados e não intercomunicados. Um modelo fortemente hegemônico em que atenção básica não se comunica com os níveis de atenção secundária e terciária e nem com sistemas de apoio e de logística.

5.3 Características da vigilância de contatos domiciliares

A divergência entre os dados encontrados no SINAN e os desta pesquisa suscita algumas questões. A presença de campos em branco referentes a contatos registrados no SINAN gera dúvidas quanto à confiabilidade do sistema para avaliar um parâmetro essencial de qualidade do serviço de atenção à hanseníase. E, apesar de outros Estados também apresentarem problemas semelhantes nesse sistema (GALVÃO et al., 2009; BOVENDORP et al., 2014), é preciso investigar o que ocorre localmente, observar quais fatores têm contribuído para isso e atuar para minimizar os erros. Seria um mero problema de preenchimento de fichas? Falta de gerência? ou está havendo dificuldade para alcançar os contatos?

. Outro ponto é que em geral o percentual de examinados nos municípios estudados esteve em situação precária ou regular na maioria dos anos desde que o SINAN foi lançado (ARAÚJO et al., 2016a; ARAÚJO et al., 2016b). Com isso, percebe-se que o bom percentual de examinados encontrados no SINAN dos casos-referência avaliados especificamente nesta pesquisa não condiz com os dados operacionais apresentados pelos municípios estudados nos últimos anos, não podendo ser tomados como referência para avaliação do indicador.

Picos e Floriano são municípios com ampla cobertura de equipes da Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2018), com isso espera-se que ações de vigilância sejam efetivadas a contento e haja controle da endemia (PENNA et al., 2008). Porém, os dados encontrados sob a perspectiva dos participantes são piores ainda que os encontrados no SINAN ao longo dos anos. Apenas 37,76% dos contatos referiram ter realizado o exame dermatológico e neurológico, situação que se agrava quando se nota que destes, 17,46% referiram ter sido incompleto.

Ressalta-se que tão importante quanto o número de contatos domiciliares examinados é a forma como se deu esses exames, ou seja, a qualidade com que foram realizados. O exame dermatoneurológico deve ser feito de forma minuciosa, com inspeção de toda a superfície corporal, desde a face e orelhas até os pés. Para isso, as pessoas devem ser despidas e o ambiente deve estar claro a fim de que manchas discretas possam ser detectadas e testadas quanto às sensibilidades térmica, tátil e dolorosa. Com mesmo detalhamento os nervos devem ser avaliados, observando-se alterações como madarose, triquíase, lagoftalmia, diminuição de força motora nas pálpebras, membros superiores e inferiores, garras, espessamentos, neurites, entre outras (BRASIL, 2016; CURITIBA, 2018).

A maioria dos estudos sobre a vigilância de contatos tem apontado fragilidades na avaliação e busca ativa dessas pessoas em outras partes do Brasil (OLIVEIRA, 2014; LOBATO; NEVES; XAVIER, 2016; PEIXOTO et al, 2011; LIMA et al., 2014), o que pode justificar a falta de controle da doença no país. No entanto, são poucos os que analisam a avaliação de contatos sob a ótica da qualidade dos exames.

Nesse sentido, o escore IntegraHans fornece uma aproximação do tema, justamente porque reflete, não apenas número de pessoas examinadas, mas se foram examinadas por completo, e ainda adiciona questões relacionadas à imunização com BCG e educação. O escore ruim para vigilância apresentado pela maioria dos contatos domiciliares aponta a baixa qualidade dos exames dermatoneurológicos. Apenas 20,30% tiveram exame dermatoneurológico completo, com maior deficiência no exame neurológico.

Resultado semelhante foi encontrado em Cacoal/Rondônia, que, assim como neste estudo, também encontrou como motivo facilitador para realização do exame o fato de ter sido orientado para isso ou a família estar envolvida (ROMANHOLO et al., 2018), refletindo mais uma vez a constituição familiar como um fator de proteção para avaliação de contatos e a importância dos profissionais que acompanham essas pessoas no seu papel de educadores em saúde.

Porém, além de a maioria não ter passado por exame dermatoneurológico completo, um percentual significativo dos contatos não foi orientado sobre o retorno para avaliações posteriores nem para chamar outros contatos para serem avaliados. A precariedade da avaliação dermatoneurológica referida pelos participantes desta pesquisa também indica deficiências no seguimento durante os cinco anos preconizados pelo Ministério da Saúde, pois foram entrevistados contatos de casos-

referência que foram diagnosticados com hanseníase em um tempo anterior ao momento desta pesquisa maior que cinco anos e mesmo assim nunca tinham sido avaliados.

A deficiência na atuação dos profissionais de saúde parece estar associada ao diagnóstico tardio, pois há relatos de pessoas sobre a demora no diagnóstico e que muitos só ocorreram após avaliação em serviços de referência (MARTINS, 2013). Treinamentos na prática e informações sobre os dados epidemiológicos locais para os profissionais da atenção básica podem favorecer a efetivação da educação em saúde voltada para hanseníase, minimizar essas deficiências e favorecer o diagnóstico precoce.

Os enfermeiros foram os profissionais mais citados como realizadores dos exames. Apesar das deficiências aqui encontradas na execução dos exames dermatoneurológicos, a enfermagem tem apresentado papel essencial nas ações de vigilância epidemiológica da hanseníase (LANZA; LANA, 2011b; OLIVEIRA 2008). Esses profissionais têm o conhecimento sobre a doença (RIBEIRO et al., 2017; CABRAL et al. 2016) mas, por serem muitas vezes sobrecarregados pelos outros programas da atenção básica e supervisão de Agentes Comunitários de Saúde, se atêm ao atendimento clínico assistencial, limitando-se ao acompanhamento quando a doença já está instalada. Sob outra ótica, tanto os enfermeiros como os médicos podem ter o conhecimento, mas não se dispõem a atuar sobre a doença, isso seria parte de um perfil profissional (LANA; LANZA, 2011c).

O baixo número de examinados e/ou qualidade dos exames ao longo dos anos pode ter contribuído para a permanência dos municípios em altos níveis de endemicidade para hanseníase. Durante a pesquisa, foi realizado exame dermatoneurológico em todos os contatos e foram diagnosticados mais 15 casos novos. A importância da vigilância contínua de contatos para interrupção da cadeia de transmissão já foi demonstrada em diversas pesquisas. Estudo de coorte realizado no Rio de Janeiro por Hacker et al. (2012) mostrou que, entre 1987 e 2010, de 414 contatos, 286 foram diagnosticados no exame inicial e 128 desenvolveram a doença durante o acompanhamento. Em toda a Indonésia, 29,8% de todos os novos casos de hanseníase foram encontrados entre os contatos de casos índice (SMITH; AERTS, 2014). No Nepal, apesar da declaração de eliminação da hanseníase no país, a doença entre os contatos ainda é alta (RIJAL, AGRAWAL, BHATTARAI, 2012). Portanto, tanto profissionais de saúde quanto as pessoas que convivem com os

casos-referência têm que estar continuamente atentos aos sinais e sintomas da hanseníase, por mais tênues ou duvidosos que possam parecer.

Quanto à imunização com BCG, foi observado que a maioria dos contatos domiciliares recebeu orientação sobre a vacina. Mas, em pouco mais da metade não foi administrada, o que pôde ser confirmado pela ausência de cicatrizes vacinais em algumas pessoas. Além disso, um percentual significativo de pessoas que não fizeram o exame dermatoneurológico completo tomaram a vacina, podendo já estar doentes ao receber o imunobiológico. Embora a apresentação de sinais da doença não seja uma contraindicação para a vacina (BRASIL 2014), é recomendado que contatos de hanseníase só sejam vacinados após o exame e descarte do diagnóstico de hanseníase (BRASIL, 2016b).

Por fim, levando-se em consideração que a coleta de dados deste estudo foi realizada em um momento anterior às novas diretrizes de controle da hanseníase no Brasil, quando ainda se adotava o conceito de contato intradomiciliar como pessoas que residiam ou residiram com o caso índice em um período de até cinco anos anteriores ao diagnóstico, conforme consta na portaria nº 3.125 de 2010, provoca-se outra reflexão no sentido de como operacionalizar a vigilância de contatos, a partir das novas diretrizes. Estas, lançadas no ano 2016, ampliam o conceito de contato domiciliar para as pessoas que residem ou residiram em qualquer tempo e acrescentam a recomendação de avaliar os contatos sociais, dentre os quais se incluem vizinhos, colegas de escola e de trabalho, entre outros, que tiveram contato prolongado e próximo com pessoas doentes e não tratadas (BRASIL, 2016). Observa-se que as novas diretrizes não deixam claro o que seria forma próxima e prolongada nem como operacionalizar a avaliação dessas pessoas, o que induz o pensamento de que não haverá mudanças nos padrões de vigilância. Se os próprios contatos domiciliares, que, por estarem no mesmo domicílio, teoricamente seriam mais facilmente avaliados não estão sendo examinados, como alcançar tantas pessoas?

5.4 Limitações do estudo

Neste estudo houve limitações no que se refere à localização dos casos-referência, devido às inconsistências e campos em branco ou incompletos no SINAN referentes aos endereços. Além disso, ao abordar pessoas que tiveram hanseníase entre 2001 e 2014, isto é, em um espaço de tempo de até 14 anos do diagnóstico, é

natural que tenha havido mudanças de endereços e um número considerável de óbitos. O tempo também foi um fator que pode ter influenciado tanto na perda de contatos, quanto nos vieses de memória.

Na tentativa de minimizar as perdas, os dados do SINAN foram relacionados com o banco de dados populacional CADSUS. Ainda assim, houve casos-referência que foram localizados e avaliados, mas os contatos não compareceram, o que pode refletir as dificuldades na realização da vigilância, pelo não entendimento dessas pessoas e até mesmo pelo estigma e preconceito que ainda permeiam na população.

CONCLUSÃO

A hanseníase persiste em ambos os municípios como um problema concreto, real e ativo, que atinge pessoas e famílias com grande vulnerabilidade individual, verificada por meio de dados sociodemográficos e clínicos dos contatos domiciliares e casos-referência.

Na população estudada a maioria das pessoas era adulta com idade entre 20 e 59 anos, do sexo feminino, negra ou parda, com apenas ensino fundamental, renda individual entre um e dois salários mínimos, moravam em zona urbana e havia mais casados entre os casos referência e mais solteiros entre os contatos.

Entre as características clínicas dos casos referência por ocasião do diagnóstico estavam mais presentes a classificação operacional paucibacilar, com prevalência da forma indeterminada e grau zero de incapacidade, o que indica diagnóstico precoce e destoa da situação de hiperendemicidade dos municípios estudados.

A detecção de 15 casos novos neste estudo, o percentual de grau de incapacidade 2 acima do esperado, aliados a ações de vigilância deficitárias e níveis hiperendêmicos para hanseníase nos municípios, indicam que há transmissão ativa com provável presença de endemia oculta, ou seja, existem pessoas doentes sem diagnóstico, o que leva a crer que a presença de mais casos paucibacilares entre os casos-referência não traduz qualidade da atenção e que a situação epidemiológica da doença nos municípios estudados é mais alarmante que o registrado e divulgado pelo Ministério da Saúde.

A maioria dos contatos apresentou escore ruim para vigilância e reflete a baixa qualidade dos exames dermatoneurológicos e orientações ou ausência destas. Há significativa vulnerabilidade programática/institucional/operacional na abordagem de contatos que, apesar de relativa cobertura populacional da ESF, possui baixa qualidade em termos das abordagens preconizadas no país, com não alcance dos referenciais estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em termos da longitudinalidade do cuidado e da questão da abordagem em equipe, considerando que a maioria dos exames são realizados apenas por enfermeiros ou na unidade de referência. A centralização da atenção à saúde na unidade de

referência certamente gera problemas de acesso e justifica os problemas da vigilância.

Escolaridade e estado conjugal interferiram no desempenho da vigilância de contatos. Ter ensino fundamental aumenta as chances do desempenho da vigilância ser regular e ser casado apresentou-se como um fator que aumenta as chances de desempenho ótimo para vigilância.

As condições sociais dos casos-referência apresentaram influência no desempenho da vigilância de contatos domiciliares. Isso reflete a importância de uma abordagem diferenciada para os casos de hanseníase, já que todo o plano terapêutico e vigilância epidemiológica dependem do entendimento das informações recebidas e autorização para abordagem familiar. Ademais, as variáveis explicativas para o desempenho da avaliação de contatos no contexto analisado indicam caminhos importantes para se reajustar as estratégias locais de vigilância, fortalecendo elementos de vigilância sentinela em áreas mais vulneráveis.

A piora dos indicadores sociais no país e ampliação das desigualdades ocorrida nos últimos anos, gera preocupação com o conseqüente aumento das vulnerabilidades e responsabilidade dos serviços de atenção básica à saúde em ambos os municípios, que não têm sido plenos na atenção à hanseníase em cenários sociais mais amenos. Espera-se que, com a atual situação social do país, haja aumento das demandas de saúde em geral na atenção básica e os profissionais de saúde deverão estar mais atentos e se organizarem para atender a todos os preceitos da vigilância epidemiológica de hanseníase.

Foi demonstrada a importância de que, além de capacitados clinicamente, os profissionais de saúde devem se disponibilizar para agir em prol do controle da doença, perceber as vulnerabilidades individuais e seguir um protocolo diferenciado para essas pessoas, considerando suas dificuldades, utilizando linguagem clara e fazendo um acompanhamento mais criterioso.

REFERÊNCIAS

- ALOTAIBI, M. H. et al. The demographic and clinical characteristics of leprosy in Saudi Arabia. **Journal of Infection and Public Health**. v. 9, n. 5, p. 611-617, 2016. Disponível em: <[http://www.jiph.org/article/S1876-0341\(16\)00006-X/fulltext](http://www.jiph.org/article/S1876-0341(16)00006-X/fulltext)>. Acesso em: 18 mar. 2017.
- ALENCAR, C. H. M. et al. Diagnóstico da hanseníase fora do município de residência: uma abordagem espacial, 2001 a 2009. **Cad. Saúde Pública**. v. 28, n. 9, p. 1685-1698, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 dez. 2017.
- ALVES, C. R. P. et al. Evaluation of Teaching on Leprosy by Students at a Brazilian Public Medical School. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 40, n. 3, p. 393-400, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022016000300393&script=sci_arttext>. Acesso em: 5 jan. 2018.
- ANDRADE, A. R. C.; NERY, J. A. C. **Episódios reacionais da hanseníase**. In: ELIOENAI et al. Hanseníase, avanços e desafios. Brasília: NESPROM, 2014. Disponível em: <<http://www.morhan.org.br/views/upload/hanseniasadvancoes.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2017.
- AQUINO, D.M.C.; SANTOS, J.S.; COSTA, J.M.L. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 119-125, 2003. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/han-18495>>. Acesso em: 20 jan. 2018.
- ARAÚJO, O. D. **Vulnerabilidades relacionadas à hanseníase entre contatos /coabitantes e sua interface com a detecção de casos novos**. 2017. 224 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)– Universidade federal do Piauí. Teresina, 2017. Disponível em: <<http://repositorio.ufpi.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/921/TESE%20DOUTORADO%20OL%C3%8DVIA%20DIAS%20DE%20ARA%C3%9AJO%202017.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 28 jul. 2018.
- ARAUJO, S. et al. Molecular Evidence for the Aerial Route of Infection of Mycobacterium leprae and the Role of Asymptomatic Carriers in the Persistence of Leprosy. **Clinical Infectious Disease**. v. 63, n. 11, p. 1412-1420, 2016. Disponível em: <<https://academic.oup.com/cid/article/63/11/1412/2526215>>. Acesso em: 20 jan. 2018.
- ARAÚJO, T. M. E. et al. **Boletim de vigilância em saúde do município de Floriano: Hanseníase 2014**. Teresina: EDUFPI, 2016a.
- ARAÚJO, T. M. E. et al. **Boletim de vigilância em saúde do município de Picos: Hanseníase 2014**. Teresina: EDUFPI, 2016b.

ARAÚJO, T. M. E. et al. **Boletim de vigilância em saúde do estado do Piauí: Hanseníase 2014**. Teresina: EDUFPI, 2016c.

ARAÚJO, S. et al. Risk-benefit assessment of Bacillus Calmette-Guérin vaccination, anti-phenolic glycolipid I serology, and Mitsuda test response: 10-year follow-up of household contacts of leprosy patients. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 48, n. 6, p. 739-745, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822015000600739>. Acesso em: 20 abr. 2017.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal a saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/48z26>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

BARBOSA, J. C. B. et al. Pós-alta em Hanseníase no Ceará: limitação da atividade funcional, consciência de risco e participação social. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, p. 727-733, 2008. Número especial. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/12889/art_CASTRO_Pos-alta_em_Hanseníase_no_Ceara_limitacao_da_2008.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 abr. 2017.

BARBOSA FILHO, F. H. A crise econômica de 2014/2017. **Estud. av.** v 31, n. 89, p. 51-60, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142017000100051>. Acesso em: 20 mar. 2018.

BITTENCOURT, L.P. et al., Estigma, percepções sociais reveladas por pessoas acometidas por hanseníase. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 18, n. 2, p. 185-90, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a04.pdf>>. Acesso em 19 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Leprologia**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1960. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_leprologia.pdf>. Acesso em: 30 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Sistema de Informação de Agravos e Notificação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0098_M.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cab_n21_vigilancia_saude_2ed_p1.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Diário Oficial da União, 2009. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html>. Acesso em: 09 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase.** Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Brasília: Diário Oficial da União, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html>. Acesso em: 22 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ofício 2142/2010/GAB/SVS/MS. Despacho nº 25/2010/CGPNCH/DEVEP/SVS/MS. **Informações sobre o Programa Nacional de Controle da Hanseníase e o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio pelo Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/institucional/grupos-de-trabalho/saude/temas-trabalhados/hanseníase/atuacao-do-gt-1/oficio-2142>>. Acesso em: 1 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) (Séries Pactos pela Saúde 2006). Disponível em: <<http://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/17144933-diretrizes-nacionais-vigilancia-em-saude.pdf>> Acesso em: 20 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano Integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíase: plano de ação 2011-2015.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_acoes_estrategicas_2011_2015.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf> Acesso em: 7 maio. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Registro ativo:** número e percentual, Casos novos de hanseníase: número, coeficiente e percentual, faixa etária, classificação operacional, sexo, grau de incapacidade, contatos examinados, por estados e regiões, Brasil,

2015. Disponível em:

<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/julho/07/tabela-geral-2015.pdf>>. Acesso em 24 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Boletim epidemiológico. **Hanseníase, verminoses e tracoma têm cura: a experiência de uma campanha integrada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/maio/12/2015-038---Campanha-publica----o.pdf>>. Acesso em 19 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública**: Manual técnico operacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes_para_.elim_inacao_hanseniase_-_manual_-_3fev16_isbn_nucom_final_2.pdf> Acesso em: 20 fev. 2016.

_____. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2016c. Disponível em:

<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=16/12/2016&jornal=1&pagina=2&totalArquivos=368>>. Acesso em: 18 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. 2017a. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>. Acesso em 18 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviço. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2017b. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/05/Guia-de-Vigilancia-em-Saude-2017-Volume-2.pdf>>. Acesso em: 7 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura Saúde da Família**. 2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em 31 jan. 2018.

BRITO, K. K. G. et al. Análise epidemiológica da hanseníase em um estado endêmico do nordeste brasileiro. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, p. 24-30, 2015. Número especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/0102-6933-rgenf-36-spe-0024.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2017.

CABRAL, C. V. S. et al. O papel do enfermeiro na prevenção de incapacidades e deformidades no portador de hanseníase. **R. Interd.**, v. 9, n. 2, p. 168-177, 2016. Disponível em:

<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1047/pdf_324>. Acesso em: 20 jan. 2018.

CASTIEL, L. D. **A medida do possível: Saúde, risco e tecnobiociências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

CORTELA, D. C. B. Inflammatory Mediators of Leprosy Reactional Episodes and Dental Infections: A Systematic Review. **Mediators of Inflammation.**, v. 2015, ID 548540, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4539113/pdf/MI2015-548540.pdf>>. Acesso em 29 jul. 2018.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. **Protocolo de atenção à hanseníase em Curitiba**. Curitiba: Secretaria de Saúde, [entre 1997 e 2005]. Disponível em: <http://aew.org.br/wp-content/uploads/2013/01/Protocolo-de-Atencao-a-Hansenise_Curitiba.pdf>. Acesso em: 2 mar 2016.

DAKO-GYEK, M. Courtesy stigma: A concealed consternation among caregivers of people affected by leprosy. **Social Science & Medicine.**, n. 196, p. 190-196, 2018. Disponível em: <https://ac-els-cdn.ez17.periodicos.capes.gov.br/S0277953617306950/1-s2.0-S0277953617306950-main.pdf?_tid=3934bf0f-4a5e-44a7-bf28-2c16c38b927b&acdnat=1532791302_4ad4eb410cf78fc769c691a684a842cc>. Acesso em: 28 jul. 2018.

DAVEY, T. F.; REES R. J. The nasal discharge in leprosy: clinical and bacteriological aspects. **Lepr Rev.**, v. 45, n. 2, p. 121-134, 1974. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/ez17.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC5011946/pdf/12879_2016_Article_1798.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2018.

DAXBACHER, E. L. R.; FERREIRA, I. N. Epidemiologia da hanseníase. In: ELIOENAI et al. **Hanseníase, avanços e desafios**. Brasília: NESPROM, 2014. Disponível em: <<http://www.morhan.org.br/views/upload/hanseniseavancoes.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

DESSUNTI, E. M. et al. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, p. 689-693, 2008. Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 26 mar. 2017.

EICHELMANN, K.; GONZÁLEZ, S. E. G. Leprosy . An Update: Definition, Pathogenesis, Classification, Diagnosis, and Treatment. **Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition)**, v. 104, n. 7, p. 554-563, 2013. Disponível em: <[http://www.elsevier.es/en/linksolver/pdf/pii/S1578-2190\(13\)00143-1](http://www.elsevier.es/en/linksolver/pdf/pii/S1578-2190(13)00143-1)>. Acesso em: 15 jan. 2018.

FERREIRA, Â. M. R. et al. Relatório de Pesquisa Operacional. **Hanseníase: a vigilância dos contatos no município de Belém na perspectiva dos profissionais de saúde e usuários**. Fortaleza, 2009. Disponível em: <http://english.aifo.it/research/leprosy/pesquisa_para_belem_vigilancia_contactos.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2017.

FEMINA, L.L. et al. Lepra para hanseníase: a visão do portador sobre a mudança de terminologia. **Rev Hansen. Int.**, v. 32, n. 1, p. 37-48, 2007. Disponível em: <<http://www.ilsl.br/revista/imageBank/302-863-1-PB.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

HACKER, M. A. et al. Characteristics of leprosy diagnosed through the surveillance of contacts: a comparison with index cases in Rio de Janeiro, 1987-2010. Rio de Janeiro. **Mem Inst Oswaldo Cruz**, v. 107, p. 49-54, 2012. Suplemento. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762012000900009>. Acesso em: 22 jan. 2018.

HOLT, F.; GILLAM, S. J.; NGONDI, J. M. Improving access to medicines for neglected tropical diseases in developing countries: Lessons from three emerging economies. **PLoS Negl Trop Dis.**, v. 6, n. 2, p. 1-3, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3289611/pdf/pntd.0001390.pdf>>. Acesso em: 8 dez. 2017.

HOUWELING, T. A. J. et al. Socioeconomic Inequalities in Neglected Tropical Diseases: A Systematic Review. **PLoS Negl Trop Dis.**, v. 10, n. 5, p. 1-28, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4865383/pdf/pntd.0004546.pdf>>. Acesso em: 8 dez. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População residente, total, urbana total e urbana na sede municipal, em números absolutos e relativos, com indicação da área total e densidade demográfica, segundo as Unidades da Federação e os municípios – 2010**. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=1&uf=22>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

_____. Sistema IBGE de recuperação automática. **População residente, por cor ou raça, segundo a situação do domicílio, sexo e idade**. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/3175#resultado>>. Acesso em: 12 ago. 2018.

_____. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2016**. Brasília: IBGE, 2016. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_dou.shtm>. Acesso em: 10 jan. 2018.

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101459.pdf>>. Acesso em 22 mar. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Nota técnica nº 26, de agosto de 2016. **Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas?** Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160822_nt_26_disoc.pdf>. Acesso em 18 ago. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Radar IDHM.**, 2015. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/data/rawData/RadarIDHM_VERSAO_Final.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2018.

INTERNATIONAL FEDERATION OF ANTI-LEPROSY ASSOCIATIONS. **About Leprosy.** 2016. Disponível em: <<http://www.ilepfederation.org/about-leprosy/leprosy-facts/>>. Acesso em: 22 mar. 2016.

INTERNATIONAL FEDERATION OF ANTI-LEPROSY ASSOCIATIONS. **Classification of Leprosy.** 2016. Disponível em: <<http://www.ilepfederation.org/about-leprosy/leprosy-facts/the-classification-of-leprosy/>>. Acesso em: 22 mar. 2016.

LANZA, F. M. **Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase: validação de instrumentos e análise do desempenho de municípios endêmicos do Estado de Minas Gerais.** 2014. 311 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)– Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, 2014. Disponível em <<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/625D.PDF>>. Acesso em: 27 mar 2017.

LANZA, F. M.; LANA F. C. F. Acesso às ações de controle da hanseníase na atenção primária à saúde em uma microrregião endêmica de Minas Gerais. **Rev APS.** v. 14, n. 3, p. 343-353, 2011a. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1312/513>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

LANZA, F. M.; LANA F. C. F. Descentralização das ações de controle da hanseníase na microrregião de Almenara, Minas Gerais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 1, p.187-194, 2011b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100025&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 mar. 2017.

LANZA, F. M.; LANA F. C. F. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. **Texto contexto – enferm.**, v. 20, p. 238-246, 2011c. Número especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea30.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2017.

LEITE, K. K. C. et al. Epidemiological profile of the contacts of Hansen´s disease cases in a hyperendemic area in Maranhão's Amazon, Brazil. **Cad. Saúde Colet.**, v. 17, n. 1, p. 235-249, 2009. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/9799/2/Leite%20K%20K%20C%20Perfil%20epidemiologico....pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1263-1274, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01263.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

LIMA, C. S. O. et al. Hanseníase: Vigilância dos comunicantes. **Rev Enferm UFPE online**, v. 8, n. 5, p. 1136-1141, 2014. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9791/9947>>. Acesso em: 11 jan. 2018.

LIMA, A. S. et al. Leprosy in a University Hospital in Southern Brazil. **An. Bras. Dermatol.**, v. 90, n. 5, p. 654-659, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962015000500654>. Acesso em 22 abr. 2017.

LINS, A. U. F. A. Representações sociais e hanseníase em São Domingos do Capim: um estudo de caso na Amazônia. **Physis**, v. 20, n. 1, p. 171-194, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100010>. Acesso em: 20 maio 2017.

LOBATO, D. DA C.; NEVES, D. C. DE O.; XAVIER, M. B. Avaliação das ações da vigilância de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 7, n. 1, p. 45-53, 2016. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000100006>. Acesso em: 22 abr. 2017.

LOPES, V.A.S.; RANGEL, E.M. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. **Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 817-829, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0817.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2017.

LOUREIRO, L. A. **Terapia ocupacional e hanseníase – reabilitação e seus Significados**. 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/images/Documentos/dissertacoes/disserta%C3%A7%C3%B5es%202013/DISSERTACAO%20Luisa%20Arantes%20Loureiro%20-%20Jun%202012.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2017.

MARTINS, P. V. **Hanseníase**: um estudo sobre a experiência da enfermidade de pacientes em Salvador/ Bahia. 2013. 87f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/11478>>. Acesso em: 27 mar. 2017.

MARTINS, P. V.; IRIART, J. A. B. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase e Salvador, Bahia. **Physis**, v. 24, n. 1, p. 273-289, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100273&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 05 jan. 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>. Acesso em: 13 ago. 2018.

MOET, F. J. **Contacts of Leprosy Patients: Occurrence and Prevention of the Disease**. 2007. 131f. Thesis (Doctored of Public Health)–Erasmus Universiteit Rotterdam. Rotterdam, 2007. Disponível em: <<https://repub.eur.nl/pub/10513>>. Acesso em: 07 jan. 2018.

MOET, F. J. et al. Physical distance, genetic relationship, age, and leprosy classification are independent risk factors for leprosy in contacts of patients with leprosy. **The Journal of Infectious Diseases**. v. 193, n. 3, p. 346-353, 2006. Disponível em:<<https://academic.oup.com/jid/article-lookup/doi/10.1086/499278>>. Acesso em: 20 set. 2017.

MONTE, R. S.; PEREIRA, M. L. D. Hanseníase: representações sociais de pessoas acometidas. **Rev Rene**. v. 16, n. 6, p. 863-871, 2015. Disponível em:<http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14772/1/2015_art_rsmonte.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2017.

MONTEIRO, C. N. Et al. Socioeconomic inequalities in dental health services in São Paulo, Brazil, 2003–2008. **BMC Health Services Research**, v. 16, p. 683, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/ez17.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC5142432/>>. Acesso em: 29 jul. 2018.

MONTEIRO, L. D. et al. Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. **Cad. Saúde Pública.**, v. 29, n. 5, p. 909-920, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n5/09.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2017.

MORENO C. M. C.; ENDERS, B. C.; SIMPSON, C. A. Avaliação das capacitações de Hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, p. 671-675, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 02 ago. 2016.

MOTA, A. C. F. et al. Could leprosy reaction episodes be exacerbated by oral infections? **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 44, n. 5, p. 633-635, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822011000500022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 jul. 2018.

MOURA, E. C.; GOMES, R.; PEREIRA, G. M. C. Perceptions about men's health in a gender relational perspective, Brazil, 2014. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 1, p. 291-300, 2017.

MUNGRUE, K. The Lingering Occurrence of Leprosy in Trinidad in To the 21st Century. **J Infec Dis Preve Med**. v. 5, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://www.omicsonline.org/open-access/the-lingering-occurrence-of-leprosy-in-trinidad-in-to-the-21st-century-2329-8731-1000153.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

NAÇÕES UNIDAS. **População e direitos: CIPD para além de 2014**. Brasília: Nações Unidas no Brasil, 2013. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/06/UN-Position-Paper-Population-Rights.pdf>>. Acesso em: 20

mar. 2018.

NAÇÕES UNIDAS. Objetivos de desenvolvimento sustentável. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

OLIVEIRA, L. A. **Hanseníase entre contatos domiciliares no município de Maracaçumé-MA. 2014**. 2014. 81f. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde da Família)–Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2014. Disponível em: <https://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/disseracoes/2014_UFMA_Luciana%20Albuquerque%20de%20Oliveira.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2018.

OLIVEIRA, M. L. W. O papel estratégico do enfermeiro no controle da Hanseníase. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, p. 668, 2008. Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700002>. Acesso em: 12 jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_global_aprimorada_reducao_hanseniase.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

PEIXOTO, B. K. S. et al. Aspectos epidemiológicos dos contatos de hanseníase no Município de São Luís - MA. **Hansen Int**. v. 36, n. 1, p. 23-30, 2011. Disponível em: <http://www.ils.br/revista/detalhe_artigo.php?id=11559>. Acesso em: 20 mar. 2016.

PENNA, M. L. F.; PENNA, G. O. Trend of case detection and leprosy elimination in Brazil. **Tropical Medicine and International Health**, v. 12, n. 5, p. 647-650, 2007. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2007.01837.x/epdf>>. Acesso em: 2 abr. 2016.

PENNA, M. L. F.; OLIVEIRA, M.L.V.; PENNA, G. O. Spatial distribution of leprosy in the Amazon region of Brazil. **Emerging Infectious Disease**, v. 15, n. 4, p. 650-652, 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2671445/>>. Acesso em: 2 abr. 2016.

PINTO NETO, J. M. **A percepção dos comunicantes intradomiciliares de hanseníase sobre a doença o convívio com o doente, e o controle realizado pelo serviço de saúde**. 2004. 229 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-22072005-224651/pt-br.php>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Relatório do Desenvolvimento Humano 2014. **Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência**. Disponível em: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2014_pt_web.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2017.

QUEIRÓS, M. I. et al. Clinical and epidemiological profile of leprosy patients attended at Ceará, 2007-2011. **An. Bras. Dermatol.**, v. 91, n. 3, p. 311-317, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4938275/pdf/abd-91-03-0311.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

RIBEIRO, G. C. **Fatores relacionados à prevalência de incapacidades físicas em Hanseníase na microrregião de Diamantina, Minas Gerais.** 2012. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012. Disponível em <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-8TXNKU/gabriela_de_c_ssia_ribeiro.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 mar. 2017.

RIBEIRO, M. D. A. et al. A visão do profissional enfermeiro sobre o tratamento da hanseníase na atenção básica. **Rev Bras Promoç Saúde.** v. 30, n. 2, p. 221-228, 2017. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6349/pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

RICHARDUS, J.H. et al. Close Contacts with Leprosy in Newly Diagnosed Leprosy Patients in a High and Low Endemic Area: Comparison between Bangladesh and Thailand. **International Journal of Leprosy.** v.73, n. 4, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16830634>>. Acesso em: 12 maio 2016.

RICHARDUS, J. H.; OSKAM, L. Protecting people against leprosy: Chemoprophylaxis and immunoprophylaxis. **Clinics in Dermatology.** v. 33, p. 19-25, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X14001515?via%3Dihub>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

RIDLEY, D. S.; JOPLING, W. H.A. Classification of leprosy for research purposes. **Lepr Rev.** v. 33, n. 2, p.119-128,1962. Disponível em: <<http://leprev.ilsl.br/pdfs/1962/v33n2/pdf/v33n2a05.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2016.

RIJAL, A.; AGRAWAL. S; BHATTARAI S. Do contacts have a Role in the Transmission of Leprosy?. **Nepal Journal of Dermatology, Venereology & Leprology.**, v. 10, n. 1, 2012. Disponível em: <<https://www.nepjol.info/index.php/NJDVL/article/view/6418/5221>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

SALES, M. S. et al. Leprosy among Patient Contacts: A Multilevel Study of Risk Factors. **PLoS Negl Trop Dis.**, v. 5, n. 3, e1013, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3057944/pdf/pntd.0001013.pdf>> . Acesso em: 21 out. 2016.

SAMPAIO, P. P. et al. Programa de Controle da Hanseníase no Brasil: avaliação por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Colet.**, v. 17, n. 1, p. 273-287, 2009. Disponível

em:

<http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2009_1/artigos/Art_19CSC09_1.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2017

SANTOS, A. S.; CASTRO, D. S; FALQUETO, A. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, p. 738-743, 2008. Número especial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a14v61esp.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. Satisfação Conjugal: Revisão Integrativa da Literatura Científica Nacional. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 26, n. 3, p. 525-532, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000300015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 jan. 2018.

SCHMITT, J. V. et al. Armadillo meat intake was not associated with leprosy in a case control study, Curitiba (Brazil). **Mem. Inst. Oswaldo Cruz.** v. 105, n. 7, p. 857-862, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762010000700003&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 10 jan. 2018.

SMITH, W. C. A. S.; AERTS, A. Role of contact tracing and prevention strategies in the interruption of leprosy transmission. **Lepr Rev.** n. 85, p. 2-17, 2014. Disponível em: <<https://www.lepra.org.uk/platforms/lepra/files/lr/Mar14/1928.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

SILVA, M. E. G. C. Epidemiological aspects of leprosy in Juazeiro-BA, from 2002 to 2012. **An. Bras. Dermatol.**, v.90, n. 6, p. 799-805, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962015000600799>. Acesso em: 25 jan. 2018.

SOARES, L.B.C. **Hanseníase e condições de vida no município de Ji-Paraná - Rondônia/2001-2009**. 2011.131f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca-ENSP. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2687>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HANSENOLOGIA. **Manifesto das sociedades e associações médicas contra a implantação do esquema único de 6 doses (MDT-U) para tratamento de pacientes de hanseníase no Brasil**. 2018. Disponível em: <<http://www.sbhansenologia.org.br/noticia/manifesto-das-sociedades-e-associacoes-medicas-contra-a-implantacao-do-esquema-unico-de-6-doses-mdt-u-para-tratamento-de-pacientes-de-hansenise-no-brasil>>. Acesso em: 21 jul. 2018.

SUCHONWANIT, P. et al. Leprosy reaction in Thai population: A 20-year retrospective study. **Dermatology and Research and Practice**, v. 2015, 2015. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/rdp/2015/253154/>>. Acesso em: 8 ago. 2016.

TALHARI, C.; TALHARI S.; PENNA, G. O. Clinical aspects of leprosy. **Clinics in Dermatology**. v.33, n. 1, p. 26-37, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X14001448?via%3Dihub>>. Acesso em: 12 jan. 2018.

TEMOTEO, R. C. A. et al. Hanseníase: avaliação em contatos intradomiciliares. **ABCS Health Sci**. v. 38, n. 3, p.133-141, 2013. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/18/617>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

TRINDADE, L.C. **Avaliação da ocorrência de hanseníase entre os contatos intradomiciliares de pacientes diagnosticados em 2012 no município de João Pessoa/PB**. 2015.117f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Universidade Católica de Santos, Santos, 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.unisantos.br:8181/bitstream/tede/1421/2/Luciana%20Trindade.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC). **Atenção à saúde para hanseníase em áreas de alta endemicidade: nos estados de Rondônia, Tocantins e Bahia: Abordagem Integrada de Aspectos Operacionais, Epidemiológicos (espaço-temporais), clínicos e psicossociais**. Fortaleza: Conselho Nacional de Pesquisa (Relatório de Pesquisa). 2014.

VAN BEERS, S. M.; HATTA, M.; KLATSER, P. R. Patient contact is major determinant in incident Leprosy: Implications for future control. **Int J Lepr Other Mycobact Dis**, v. 67. n. 2., p. 119-128,1999. Disponível em: <http://www.leprosy-ila.org/leprosyjournal/gn1/detalhe_artigo.php?id=MzE3>. Acesso em: 02 fev. 2017.

VIEIRA, C. S. C. A et al. Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com Hanseníase. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, p. 682-688, 2008. Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700005>. Acesso em: 20 mar. 2017.

WAGENAAR, I. et al. Diet-Related Risk Factors for Leprosy: A Case-Control Study. **PLoS Negl Trop Dis**, v. 9, n. 5, e0003766, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4428634/pdf/pntd.0003766.pdf>>. Acesso em: 6 abr. 2017.

WILLIAMS, D. R. Miles to go before we sleep: racial inequities in health. **J Health Social Behav**, v. 53, n. 3, p. 279-95, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3712789/>>. Acesso em: 7 dez. 2017

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Healthy Promotion Glossary**. Geneva, 1998. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

_____. Leprosy Situation, 2012. **Weekly epidemiological Record**. v. 87, n. 34. p. 317-328. Geneva, 2012a. Disponível em: <<http://www.who.int/wer/2012/wer8734.pdf?ua=1>>. Acesso em: 30 mar. 2016.

_____. WHO Expert Committee on Leprosy. **WHO Technical Report Series**, n. 968, 8th. Geneva, 2012b. Disponível em: <http://www.searo.who.int/entity/global_leprosy_programme/publications/8th_expert_comm_2012.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2016.

_____. **Cluster analysis of the overall detection rate of leprosy in Brazil for the triennium 2011-2013**. 2013. Disponível em: <http://www.who.int/lep/news/Cluster_analysis/en/>. Acesso em: 08 ago. 2017.

_____. **Global Leprosy Strategy. 2016–2020: Accelerating towards a leprosy-free world**. SEA-GLP-2016. Geneva, 2016a. Disponível em: <http://www.searo.who.int/entity/global_leprosy_programme/documents/global_leprosy_strategy_2020/en/>. Acesso em: 30 mar. 2016.

_____. **Global leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion**. Weekly Epidemiological Record. v. 91, n. 35, p. 405-420, Geneva, 2016b. Disponível em: <<http://www.who.int/wer/2016/wer9135/en/>>. Acesso em: 02 abr. 2016.

_____. Leprosy elimination. **What is leprosy?**. 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/lep/disease/en/>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

_____. **Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of leprosy executive summary**. Disponível em: <http://www.searo.who.int/entity/global_leprosy_programme/approved-guidelines-leprosy-executives-summary.pdf?ua=1>. Acesso em: 21 jul. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO*

*casos-referência, CONTATOS E COABITANTES

Prezado(a) Sr./Sra.,

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa **“Atenção à saúde para hanseníase em áreas de alta endemicidade nos municípios de Floriano e Picos: abordagem integrada de aspectos operacionais, epidemiológicos (espaço-temporais), clínicos e psicossociais” – IntegraHans Piauí**. Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Nesta pesquisa pretendemos reavaliar as pessoas que já tiveram hanseníase e seus familiares e coabitantes (pessoas que moram ou moraram junto e que frequentam o domicílio), com o objetivo de descrever a situação atual de quantas pessoas têm ainda a doença (ou suas sequelas/complicações/reações da hanseníase), incluindo qual a situação clínica real delas em relação à doença, como foi a abordagem da família (contatos) pelos serviços de saúde, se todas tiveram garantido o direito ao exame clínico e ao tratamento/vacinação (quando aplicável). A pesquisa avalia também como os serviços de saúde e o programa de controle da hanseníase estão funcionando no desenvolvimento destas ações. Além disso, visando caracterizar melhor a situação de sua vida atual das pessoas que tiveram ou têm hanseníase, serão verificadas as necessidades atuais de atenção pelos serviços de saúde por questões físicas ou psicológicas. Para estas pessoas, serão abordados temas como qualidade de vida, condições sociais e econômicas (envolvendo também o domicílio e contatos/coabitantes), estigma (qualquer característica, não necessariamente física ou visível, que não se combina com as expectativas sociais acerca de uma determinada pessoa) e sua participação na sociedade.

Endereço do responsável pela pesquisa

Instituição: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí

Pesquisador Responsável: Prof. Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo e demais pesquisadores incluídos no estudo

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Bairro Ininga – Teresina/PI CEP: 64049-550

Telefones para contato: (86)3237-1683

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se/contate

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Bairro Ininga.
Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ.CEP: 64.049-550 – Teresina – PI.

Telefone para contato:(86) 3237-2332

Antes de decidir a respeito de sua participação, é importante que você saiba o motivo da realização deste estudo e o que ele envolverá. Pergunte-nos, caso haja algo que não esteja claro ou caso necessite de maiores informações. Você dispõe de tempo para pensar e avaliar se desejará participar ou não do estudo. Os pesquisadores e profissionais envolvidos neste estudo não estarão sendo remunerados para a realização da pesquisa por nenhuma agência fomentadora de pesquisas. O estudo foi revisado por um Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Responsável, conforme endereço acima.

Neste estudo serão realizadas entrevistas e serão aplicados questionários. Além disso, será feito exame clínico (físico) da pele e também da face (exame dos olhos e do nariz); palpação de nervos dos braços e pernas e avaliação da função sensitiva-motora desses nervos através do exame dos pés e das mãos. Em todas as etapas estarão envolvidos profissionais treinados para cada atividade.

RISCOS E BENEFÍCIOS:

- Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc.
- Nesse estudo, NÃO haverá coleta de sangue, fezes, urina, pele ou qualquer material biológico por meio de procedimentos invasivos que gerem riscos diretos ao participante. Caso você concorde em participar desta pesquisa você não estará sujeito a nenhum risco.
- Você não receberá nenhum pagamento por participar deste estudo.

DIREITOS DOS PARTICIPANTES:

- A garantia de receber a resposta ou esclarecimento a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa.
- A liberdade do responsável por você retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso traga prejuízo a você.
- A segurança de que não será identificado(a) e que será mantido o caráter confidencial de toda a informação relacionada com minha privacidade com padrões profissionais de sigilo.
- A garantia de que você não será identificado(a) em nenhuma publicação.
- A garantia de receber informações atualizadas durante o estudo e em sua finalização, ainda que este possa afetar a minha vontade do participante de continuar na pesquisa.
- Os instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco (5) anos, e após esse tempo serão destruídos.

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO OU
DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE:**

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica:

- CONCORDO em participar e DOU O MEU CONSENTIMENTO, SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO(A) OU OBRIGADO(A).
- NÃO CONCORDO em participar.

_____, _____, ____/____/_____.
(Município, Estado, Dia, Mês e Ano)

<p>_____ <i>Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal</i></p>	<p>_____ Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo Coordenadora Geral Projeto IntearaHans Piauí</p> <p>_____ <i>Nome do profissional que aplicou o TCLE (POR EXTENSO)</i></p>
<p>Nome do voluntário: _____</p> <p>Endereço: _____ Nº _____</p> <p>Complemento : _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____</p> <p>Ponto de referência: _____ CEP _____</p> <p>Telefone(s) para contato (DDD): _____</p>	

APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO PARA ADOLESCENTE



TERMO DE ASSENTIMENTO (TA) PARA ADOLESCENTE*

*casos-referência, CONTATOS E COABITANTES

Adolescentes entre 12 e 18 anos, segundo a classificação do Estatuto da Criança e do Adolescente

Prezado(a),

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: “**Atenção à saúde para hanseníase em áreas de alta endemicidade nos municípios de Floriano e Picos: abordagem integrada de aspectos operacionais, epidemiológicos (espaço-temporais), clínicos e psicossociais**” – IntegraHans Piauí. Sua participação é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam devidamente esclarecidos.

Nesta pesquisa pretendemos reavaliar as pessoas que já tiveram hanseníase e seus familiares e coabitantes (pessoas que moram ou moraram junto), com o objetivo de descrever a situação atual de quantas pessoas têm ainda a doença (ou suas sequelas/complicações/reações da hanseníase), incluindo qual a situação clínica real delas em relação à doença, como foi a abordagem da família (contatos) pelos serviços de saúde, se todas tiveram garantido o direito ao exame clínico e ao tratamento/vacinação (quando aplicável). A pesquisa avalia também como os serviços de saúde e o programa de controle da hanseníase estão funcionando no desenvolvimento destas ações. Além disso, visando caracterizar melhor a situação de sua vida atual das pessoas que tiveram ou têm hanseníase, serão verificadas as necessidades atuais de atenção pelos serviços de saúde por questões físicas ou psicológicas. Para estas pessoas, serão abordados temas como qualidade de vida, condições sociais e econômicas (envolvendo também o domicílio e contatos/coabitantes), estigma (qualquer característica, não necessariamente física ou visível, que não se combina com as expectativas sociais acerca de uma determinada pessoa) e sua participação na sociedade.

Endereço do responsável pela pesquisa

Instituição: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí

Pesquisador Responsável: Prof. Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo e demais pesquisadores incluídos no estudo

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Bairro Ininga – Teresina/PI CEP: 64049-550

Telefones para contato: (86)3237-1683

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se/contate

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga.
Pró Reitoria de Pesquisa – PROPESQ.CEP: 64.049-550 – Teresina – PI.

Telefone para contato:(86) 3237-2332

Antes de decidir a respeito de sua participação, é importante que você saiba o motivo da realização deste estudo e o que ele envolverá. Pergunte-nos caso haja algo que não esteja claro ou caso necessite de maiores informações. Você dispõe de tempo para pensar e avaliar se desejará participar ou não do estudo. Os pesquisadores e profissionais envolvidos neste estudo não estarão sendo remunerados para a realização da pesquisa por nenhuma agência fomentadora de pesquisas. O estudo foi revisado por um Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Responsável, conforme endereço acima.

Neste estudo serão realizadas entrevistas e serão aplicados questionários. Além disso, será feito exame clínico (físico) da pele e também da face (exame dos olhos e do nariz); palpação de nervos dos braços e pernas e avaliação da função sensitiva-motora desses nervos através do exame dos pés e das mãos. Em todas as etapas estarão envolvidos profissionais treinados para cada atividade.

RISCOS E BENEFÍCIOS:

- Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc.
- Nesse estudo, NÃO haverá coleta de sangue, fezes, urina, pele ou qualquer material biológico por meio de procedimentos invasivos que gerem riscos diretos ao participante. Caso você concorde em participar desta pesquisa você não estará sujeito a nenhum risco.
- Você não receberá nenhum pagamento por participar desse estudo.

DIREITOS DOS PARTICIPANTES:

- A garantia de receber a resposta ou esclarecimento a qualquer pergunta ou dúvida junto dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa.
- A liberdade do responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso traga prejuízo a você.
- A segurança de que não será identificado(a) e que será mantido o caráter confidencial de toda a informação relacionada com minha privacidade com padrões profissionais de sigilo.
- A garantia de que você não será identificado(a) em nenhuma publicação.
- A garantia de receber informações atualizadas durante o estudo e em sua finalização, ainda que este possa afetar a minha vontade do participante de continuar na pesquisa.
- Os instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco (5) anos, e após esse tempo serão destruídos.

ASSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO:

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento livre e esclarecido.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci

minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar, se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

- CONCORDO em participar e DOU O MEU CONSENTIMENTO, SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO(A) OU OBRIGADO(A).
- NÃO CONCORDO em participar.

<p>_____</p> <p><i>Assinatura ou impressão datiloscópica do responsável legal pelo adolescente</i></p> <p>_____</p> <p><i>Assinatura ou impressão datiloscópica do adolescente voluntário ou responsável legal</i></p>	<p>_____</p> <p>Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo</p> <p>Coordenadora Geral</p> <p>_____</p> <p><i>Nome do profissional que aplicou o TA</i></p> <p><i>(POR EXTENSO)</i></p>
<p>Nome: _____</p> <p>Endereço: _____ nº _____</p> <p>Complemento : _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____</p> <p>Ponto de referência: _____ CEP _____</p> <p>Telefone(s) para contato(DDD): _____</p>	

ANEXOS



ANEXO A – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS CASOS-REFERÊNCIA

Município: 1– Picos 2 – Floriano

Nº ID caso referência: _____

Nº SINAN: _____

1) Sexo:

1. Masculino
2. Feminino

2) Qual a sua raça/cor? [auto referida]

1. Branca
2. Parda
3. Negra/Preta
4. Amarela
5. Indígena
6. Outra _____
9. Não sabe / Não quer responder

3) Idade (em anos) _____

4) Grau de escolaridade

1. Analfabeto
2. 1º até o 5º ano incompleto
3. 5º ano completo
4. Fundamental completo (9º ano completo)
5. Ensino Médio incompleto
6. Ensino Médio completo
7. Ensino Superior completo
8. Ensino Superior incompleto
9. Não sabe / Não quer responder

5) Situação conjugal

1. Solteiro(a) / Nunca foi casado(a)
2. Casado(a) / Unido(a)
3. Separado(a) / divorciado(a) / Viúvo(a)
4. Outro _____
5. Não sabe/ Não quer responder

6) Qual a sua renda mensal média [Em R\$] _____ 88 – Não sabe 99 – Não se aplica

7) Renda Mensal média total de sua família _____



ANEXO B – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS CONTATOS DOMICILIARES

Município: 1 – Picos 2 – Floriano Nº ID contato intradomiciliar: _____

1) Sexo:

1. Masculino
2. Feminino

2) Qual a sua raça/cor? [auto referida]

1. Branca
2. Parda
3. Negra/Preta
4. Amarela
5. Indígena
6. Outra _____
9. Não sabe / Não quer responder

3) Idade (em anos) _____

4) Grau de escolaridade

1. Analfabeto
2. 1º até o 5º ano incompleto
3. 5º ano completo
4. Fundamental completo (9º ano completo)
5. Ensino Médio incompleto
6. Ensino Médio completo
7. Ensino Superior completo
8. Ensino Superior incompleto
9. Não sabe / Não quer responder

5) Situação conjugal

1. Solteiro(a) / Nunca foi casado(a)
2. Casado(a) / Unido(a)
3. Separado(a) / divorciado(a) / Viúvo(a)
4. Outro _____
5. Não sabe/ Não quer responder

6) Qual a sua renda mensal média [Em R\$] _____ 88 – Não sabe 99 – Não se aplica

7) Renda Mensal média total de sua família _____



ANEXO C – PERFIL CLÍNICO DOS CONTATOS DOMICILIARES

Município: 1– Picos 2 – Floriano **Nº ID contato intradomiciliar:** _____

1) Foi submetido(a) ao exame dermatológico (pele) por ter tido caso de hanseníase na família?

- 0. Nunca teve caso de hanseníase na família
- 1. Sim, completo (todo o corpo)
- 2. Sim, incompleto (parte do corpo)
- 3. Sim, não sabe se completo ou incompleto
- 4. Não realizado
- 9. Não sabe / Não quer responder

2) Foi submetido(a) ao exame neurológico (nervos) por ter tido caso de hanseníase na família?

- 0. Nunca teve caso de hanseníase na família
- 1. Sim, completo (face e membro superior e inferior)
- 2. Sim incompleto (face ou membro superior ou inferior)
- 3. Sim, não sabe se completo ou incompleto
- 4. Não realizado
- 9. Não sabe / Não quer responder

3) Recebeu vacinação com BCG por ter tido caso de hanseníase na família?

- 0. Nunca teve caso de hanseníase na família
- 1. Sim, 1 dose
- 2. Sim, 2 doses
- 3. Sim, não se lembra número de doses
- 4. Teve caso de hanseníase, mas não recebeu BCG
- 9. Não sabe / Não quer responder

4) Apresenta cicatriz da vacina BCG? [Verificar se tem 1 ou 2 cicatrizes – Registrar observação – verificar região inferior deltoide do braço direito]

- 0. Não possui cicatriz
- 1. Sim, 1 cicatriz
- 2. Sim, 2 cicatrizes
- 3. Sim, mais de 2 cicatrizes

5) Recebeu orientação da equipe de saúde da família para mobilizar outros contatos/pessoas/coabitantes na família para a realização do exame/avaliação por ter tido caso de hanseníase na família?

- 0. Nunca teve caso de hanseníase na família
- 1. Sim
- 2. Não
- 9. Não sabe / Não quer responder

6) Recebeu orientações para retornos à UBS para realizar avaliações/exames posteriores (mensais, semestrais, anuais) como contato de caso de hanseníase na família?

- 0. Nunca teve caso de hanseníase na família
- 1. Sim, liberado após primeira avaliação
- 2. Não
- 3. Sim, retorno se surgirem sinais ou sintomas
- 4. Sim, agendado retorno para reavaliação (nova)
- 5. Sim, não sabe / não lembra
- 9. Não sabe / não quer responder se recebeu

7) Que fatores / razões / motivos facilitaram a realização do seu exame por ter tido caso de hanseníase na família?

- 0. Nunca teve caso de hanseníase na família
- 1. Não realizou o exame
- 2. Não sabe dizer
- 3. Vontade pessoal de realizar
- 4. Família envolvida
- 5. Compatibilidade de tempo com o do serviço
- 6. Foi orientado para isto
- 7. Realização de visita domiciliar
- 8. Outro _____
- 9. Não sabe / Não quer responder

8) Que fatores / razões / motivos dificultaram a realização do seu exame por ter tido caso hanseníase na família?

- 0. Nunca teve caso de hanseníase na família
- 1. Não realizou o exame
- 2. Não sabe dizer
- 3. Não quis realizar
- 4. Família não se envolveu
- 5. Incompatibilidade de tempo com o do serviço
- 6. Não foi orientado para isto
- 7. Não realização da visita domiciliar
- 8. Outro _____
- 9. Não sabe / Não quer responder



ANEXO D – TRIAGEM CLÍNICA DERMATONEUROLÓGICA DOS CONTATOS DOMICILIARES

Município: 1– Picos 2 – Floriano **Nº ID contato intradomiciliar:** _____

1. Existem alterações dermatológicas (infiltrações, manchas, placas, nódulos, lesões residuais)?

- 0. Não
- 1. Sim
- 2. Duvidoso

2. Existem alterações neurológicas sensitivas (térmica/dolorosa/tátil)?

- 0. Não
- 1. Sim
- 2. Duvidoso

3. Existe Espessamento de tronco nervoso?

- 0. Não
- 1. Sim
- 2. Não palpável, mas com dor

4. Se há suspeita ou confirmação de hanseníase, qual a classificação operacional?

- 0. Não é hanseníase
- 1. MB
- 2. PB
- 3. Não se aplica

5. Confirmado como Hanseníase? (Após avaliação médica)

- 0. Não
- 1. Sim
- 2. Duvidoso



ANEXO E – PERFIL CLÍNICO DOS CASOS-REFERÊNCIA

Município: 1– Picos 2 – Floriano **Nº ID caso referência:** _____ **Nº SINAN:** _____

Preenchimento com verificação de dados do caso [1] / prontuário [2] / SINAN [3]

1) Qual foi o local/profissional/serviço/meio principal onde foi realizada a suspeita do diagnóstico da hanseníase?

[Inserir aqui o nome do serviço de saúde / local / meio onde foi realizado a suspeita do diagnóstico:] _____

1. No domicílio, pelo agente comunitário de saúde
2. No domicílio, pelo médico
3. No domicílio, pelo enfermeiro
4. Farmácia
5. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
6. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
7. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
8. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)
10. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
11. Serviço de referência municipal
12. Serviço de referência estadual
13. Serviço de referência (outros estados / municípios)
14. Ambulatório de hospital público
15. Consultório particular
16. Ambulatório ou consultório de clínica privada
17. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
18. Outro _____
9. Não sabe / Não quer responder

2) Qual foi o local/profissional/ serviço/meio principal onde foi realizado o diagnóstico definitivo da hanseníase?

[Inserir aqui o nome do serviço de saúde / local / meio onde foi realizado o diagnóstico definitivo:] _____

1. No domicílio, pelo agente comunitário de saúde
2. No domicílio, pelo médico
3. No domicílio, pelo enfermeiro

4. Farmácia
5. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
6. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
7. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
8. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)
10. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
11. Serviço de referência municipal
12. Serviço de referência estadual
13. Serviço de referência (outros estados / municípios)
14. Ambulatório de hospital público
15. Consultório particular
16. Ambulatório ou consultório de clínica privada
17. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
18. Outro _____
9. Não sabe / Não quer responder

ABORDAGEM DO PRONTUÁRIO / SINAN

1) Foi realizada a Classificação operacional no diagnóstico?

1. PB
2. MB
0. Não Avaliado
9. Ignorada

2) Foi descrita Forma clínica no diagnóstico?

1. Indeterminada
2. Tuberculoide
3. Dimorfa
4. Virchowiana
0. Não Avaliado
9. Ignorada

3) Foi descrita o grau de incapacidade no diagnóstico?

1. Grau zero
2. Grau 1
3. Grau 2
0. Não avaliado
9. Ignorado

4) Qual número de contatos familiares registrados? _____

5) Qual número de contatos familiares examinados? _____




ANEXO F – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

Município: 1– Picos 2 – Florianó Nº ID caso referência: _____ Nº SINAN: _____

FACE	1ª		2ª		3ª	
Nariz	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ressecamento (S/N)						
Ferida (S/N)						
Perfuração de septo (S/N)						
Olhos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Fecha olhos s/ força (mm)						
Fecha olhos c/ força (mm)						
Triquiase (S/N) / Ectrópio (S/N)						
Diminuição da sensibilidade da córnea (S/N)						
Opacidade córnea (S/N)						
Catarata (S/N)						
Acuidade Visual						







Membros Superiores	1ª		2ª		3ª	
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ulnar						
Mediano						
Radial						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª		2ª		3ª	
	D	E	D	E	D	E
Abrir dedo mínimo						
Abdução do 5º dedo (nervo ulnar)						
Elevar o polegar						
Abdução do polegar (nervo mediano)						
Elevar o punho						
Extensão de punho (nervo radial)						

Legenda: F=Forte D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Forte, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

Inspeção e Avaliação Sensitiva



1ª		2ª		3ª	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda: Caneta/filamento lilás (2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção:  Ferida: 


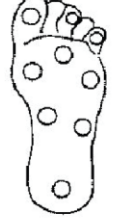
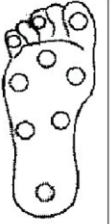



MEMBROS INFERIORES	1ª	/	/	2ª	/	/	3ª	/	/
Queixa principal									
Palpação de nervos	D		E	D		E	D		E
Fibular									
Tibial									

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª	/	/	2ª	/	/	3ª	/	/
	D		E	D		E	D		E
Elevar o hálux Extensão de hálux (nervo fibular) 									
Elevar o pé Dorsiflexão de pé (nervo fibular) 									

Legenda: F=Forte D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Forte, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª		/	/	2ª		/	/	3ª		/	/
D	E			D	E			D	E		
											

Legenda: Caneta/filamento lilás (2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores
Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção: // Ferida: ◻

GRAU (GI)	OLHO									MÃO									PÉ														
	Sinais e sintomas	1ª			2ª			3ª			Sinais e sintomas	1ª			2ª			3ª			Sinais e sintomas	1ª			2ª			3ª					
		D	E		D	E		D	E			D	E		D	E		D	E			D	E		D	E		D	E				
0	Nenhum problema com os olhos, devido à hanseníase									Nenhum problema com as mãos, devido à hanseníase										Nenhum problema com os pés, devido à hanseníase													
1	Diminuição ou perda de sensibilidade									Diminuição ou perda de sensibilidade										Diminuição ou perda de sensibilidade													
2	Lagofalmo e/ou ectrópio									Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas										Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas													
	Triquiase									Garra										Garra dos artelhos													
	Opacidade corneana central									Reabsorção										Reabsorção e/ou contração de tornozelo													
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m									Mão caída										Pé caído													

Data da avaliação	Grau de Incapacidade (GI)	Olhos	Mãos	Pés	Maior Grau (GI)	Escore OMP (OD + OE + MD + ME + PD + PE)	Assinatura
1ª ___/___/___	Grau Soma OMP	D E	D E	D E			
2ª ___/___/___	Grau Soma OMP	D E	D E	D E			
3ª ___/___/___	Grau Soma OMP	D E	D E	D E			

Legenda: Grau máximo de incapacidade (OMS): registrar o maior Grau encontrado em qualquer das estruturas (olhos, mãos, pés) [opções: 0,1 ou 2].
Escore OMP: Soma do maior Grau atribuído para cada uma das estruturas examinadas (OD + OE + MD + ME + PD + PE), valor de 0 a 12.

ANEXO G – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTEGRANS PIAUI: abordagem integrada de aspectos clínicos, epidemiológicos (espaço-temporais), operacionais, e psicossociais da hanseníase em municípios piauienses de alta endemicidade

Pesquisador: TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46169715.2.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: PIAUI SECRETARIA DE SAUDE
MUNICIPIO DE PICOS - SECRETARIA DE SAUDE
NEDERLANDSE STICHTING VOOR LEPRABESTRIJDING
FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.115.818

Data da Relatoria: 17/07/2015

Apresentação do Projeto:

O protocolo de pesquisa é um Projeto de Pesquisa Operacional do Programa de Pós graduação em Enfermagem – Mestrado e doutorado, da Universidade Federal do (PPGEnf/UFPI), o qual está sendo desenvolvido nos municípios de Teresina, Floriano e Picos, com apoio financeiro da Nederlandse Stichting Voor Leprabestrijding (NHR Brasil), Secretaria de Estado da Saúde do Piauí, UFPI (Floriano e Picos) e parceria (técnico/científica) com a Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Piauí, Faculdade de Ensino Superior de Floriano, Estratégia Saúde da Família de Floriano e Picos. O objetivo é avaliar os aspectos operacionais, epidemiológicos (espaço-temporais), clínicos e psicossociais que influenciam a atenção à saúde para o controle da hanseníase em municípios de alta endemicidade para doença do estado do Piauí, relativo ao período de 2001 a 2014. Realizar-se coleta de dados no período de agosto/2015 a março/2016 por meio de levantamento dos casos referência de hanseníase e dos seus contatos na base de dados do SINAN; inquérito epidemiológico e exame clínico da população do estudo. Participarão da pesquisa 5.000 casos de hanseníase, 3.000 contatos e 6.000 coabitantes além de 150 profissionais e 02 gestores municipais de saúde.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550

UF: PI **Município:** TERESINA

Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.115.818

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão anexados ao protocolo.

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

O protocolo de pesquisa está aprovado, porque encontra-se elaborado segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-UFPI/CMPP está aguardando os relatórios parciais e final da pesquisa.

TERESINA, 19 de Junho de 2015

Assinado por:
Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Profª Adrianna de Alencar Setubal Santos
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria Propeq N° 16/2014