



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL
MESTRADO**

JONAS ALVES CARDOSO

**LIMITAÇÃO DE ATIVIDADE FUNCIONAL E PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM
HANSENÍASE: FATORES ASSOCIADOS EM ÁREA HIPERENDÊMICA DO
NORDESTE BRASILEIRO**

**TERESINA (PI)
2018**

JONAS ALVES CARDOSO

LIMITAÇÃO DE ATIVIDADE FUNCIONAL E PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM
HANSENÍASE: FATORES ASSOCIADOS EM ÁREA HIPERENDÊMICA
DONORDESTE BRASILEIRO

Dissertação de mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - UFPI, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Telma Maria Evangelista de Araújo

Área de concentração: A enfermagem no contexto social brasileiro.

Linha de pesquisa – Políticas e Práticas socioeducativas em Enfermagem.

JONAS ALVES CARDOSO

LIMITAÇÃO DE ATIVIDADE FUNCIONAL E PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM
HANSENÍASE: FATORES ASSOCIADOS EM ÁREA HIPERENDÊMICA
DONORDESTE BRASILEIRO

Dissertação de mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - UFPI, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/20___.

BANCA EXAMINADORA

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

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

Prof^ª. Dr^ª. Lídy Tolstenko Nogueira - 2^º Examinador
Universidade Federal do Piauí

Prof^º. Dr. José Wictor Pereira Borges - Suplente
Universidade Federal do Piauí

Dedico esse trabalho a meus pais
Elias e Amparo, fontes de dedicação.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por conforto espiritual de onde peço força e proteção que me fizeram conquistar mais uma etapa.

Aos Meus Pais, Maria do Amparo e Elias, por todo apoio incondicional que me deram em todos os dias de minha vida e meu irmão Lucas Soares pelo incentivo.

A Minha Orientadora, Prof^a Dr^a Telma Maria Evangelista de Araújo, fonte de sabedoria, exemplo e inspiração profissional, muito obrigado por cada momento de construção que passamos juntos.

Aos professores Dr^o Alberto Novaes Ramos Junior, Dr^a Lídyia Tolstenko Nogueira e Dr^o José Wictor Pereira Borges, membros da banca examinadora por compartilharem conhecimentos e contribuição.

A Professora e amiga Dr^a Giovanna de Oliveira Libório Dourado, que me abraçou desde os primeiros dias de experiência acadêmica em Floriano e me socorre em momentos difíceis, assim como aos demais professores da UFPI/CAFS.

A professora Dr^a Olívia Dias de Araújo, ao qual tenho admiração por sua dedicação, intelectualidade e coração.

As Amigas Me. Joelma Maria Costa e Me. Erica de Alencar Rodrigues e ao Me. Armano Lennon Gomes, pelos ensinamentos, companheirismo e momentos de discussão tão importantes para crescimento acadêmico e profissional.

Aos inúmeros amigos construídos durante o IntegraHans em Floriano (Simone Rego, Felipe, Daniela, Manoel, Francimar, Mavia, Marcianildes) e outros tantos que contribuíram durante a pesquisa. Também aos colegas de Fortaleza que contribuíram com discussões (Rosa Maria, Reagan, Andreson).

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, por proporcionar a oportunidade de crescimento profissional, assim como aos funcionários que fazem parte da manutenção, administração e corpo docente do programa.

As instituições que colaboraram com o projeto macro, ao qual esse estudo está aninhado. *A Netherlands Hanseniasis Relief* - NHR-Brasil, *Compagne International de L'Ordre de Malte Control aLépre* - CIOMAL, Universidade Estadual do Piauí - UESPI, Faculdade de Ensino Superior de Floriano - FAESF, Universidade Federal do Ceará - UFC, Secretária Municipal de Saúde de Floriano, Secretária de Estado da Saúde do Piauí - SESAPI.

As pessoas que tiveram hanseníase e participaram deste estudo, obrigado pela contribuição com a ciência.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A hanseníase é uma doença negligenciada, cuja carga de preconceito e estigma afetam a vida nos aspectos físicos, psicológicos, econômicos e sociais. Milhares de pessoas são acometidas pela hanseníase no mundo e muitas sofrem com o estigma e o preconceito associados às incapacidades físicas e deficiências provocadas pela doença.

OBJETIVO: Analisar a limitação de atividade, grau de restrição à participação social e fatores associados em pessoas acometidas pela hanseníase. **MÉTODO:** Estudo transversal, analítico, o qual buscou abordar toda a população diagnosticada com hanseníase residente no município de Floriano-PI e incluídas no SINAN, no período de 2001 a 2014. Foram avaliadas 228 pessoas. Para as análises estatísticas, utilizou-se o SPSS, versão 20.0. Foram realizadas análises univariadas e para as bivariadas foi utilizado o teste Qui-quadrado. As variáveis que na análise bivariada apresentaram valor de $p < 0,20$ foram submetidas à regressão logística por meio da *Odds Ratio* ajustado (ORa).

RESULTADOS: Houve predominância de pessoas do sexo feminino, faixa etária economicamente ativa, pretos/pardos, de religião católica, casadas, com ensino fundamental, renda entre um a dois salários mínimos. Foi observado maior proporção de paucibacilares (57,89%), forma clínica indeterminada (41,23%), com grau 1 de incapacidade física (60,09%). A maior parte das pessoas não possuía limitação de atividade funcional (53,51%) e a expressiva maioria não apresentou restrição (81,5%). A limitação da atividade foi associada a faixa etária de 20 a 29 anos e 60 anos ou mais; situação conjugal separado; ocupação aposentado; ter grau 1 ou grau 2 de incapacidade física ($p < 0,05$); diabetes; depressão; incapacidade de longa duração; receber ajuda; e apresentaram como fator de proteção a qualidade de vida após hanseníase boa e muito boa. A restrição à participação social foi associada ao desemprego, acesso a programas sociais, receber ajuda e qualidade de vida boa e muito boa após hanseníase. Verificou-se associação significativa entre limitação de atividade e participação social ($p < 0,000$). **CONCLUSÃO:** Observou-se que o contexto de desigualdade social instalado e a presença de graus de incapacidades física contribuem efetivamente para a limitação da atividade e restrição à participação social. Neste sentido, entende-se que a instituição do diagnóstico precoce da hanseníase, do tratamento oportuno e do monitoramento do paciente tanto durante o tratamento, quanto no pós-alta, tem a possibilidade de minimizar a instalação de danos não só físicos, mas também sociais e financeiros e psicológicos.

Descritores: Hanseníase, Vulnerabilidade, Atividades Cotidianas, Participação Social.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Leprosy is a neglected disease whose burden of prejudice and stigma affects life in physical, psychological, economic and social aspects. Thousands of people are affected by leprosy worldwide and many suffer from the stigma and prejudice associated with physical disabilities and disabilities caused by the disease. **OBJECTIVE:** To analyze the limitation of activity, degree of restriction to social participation and associated factors in people affected by leprosy. **METHODS:** This cross-sectional, analytical study aimed to address the entire population diagnosed with leprosy residing in the municipality of Floriano-PI and included in SINAN, from 2001 to 2014. A total of 228 people were evaluated. For the statistical analysis, *SPSS*, version 20.0 was used. Univariate analyzes were performed and the chi-square test was used for the bivariate analyzes. The variables that showed a $p < 0.20$ value in the bivariate analysis were submitted to logistic regression using the Adjusted Odds Ratio (ORa). **RESULTS:** There were predominantly female, economically active, black / brown, Catholic, married, with elementary education, income between one and two minimum wages. A greater proportion of paucibacillary patients (57.89%), an undetermined clinical form (41.23%) and a physical disability grade of 1 (60.09%) were observed. Most of the people did not have functional activity limitation (53.51%) and the expressive majority did not present restriction (81.5%). The activity limitation was associated with the age group of 20 to 29 years and 60 years or more; separate marital status; retired occupation; having grade 1 or degree 2 of physical disability ($p < 0.05$); diabetes; depression; long-term disability; receive help; and presented as a factor of protection the quality of life after good and very good leprosy. The restriction on social participation was associated with unemployment, access to social programs, receiving help and a good and very good quality of life after leprosy. There was a significant association between activity limitation and social participation ($p < 0.000$). **CONCLUSION:** It was observed that the context of social inequality and the presence of degrees of physical disability effectively contribute to the limitation of activity and restriction of social participation. In this sense, it is understood that the institution of early diagnosis of leprosy, timely treatment and monitoring of the patient both during treatment and post-discharge has the possibility of minimizing the installation of not only physical but also social damages and financial and psychological.

Keywords: Leprosy, Vulnerability, Daily Activities, Social Participation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Diagrama dos componentes da classificação internacional de funcionalidade na hanseníase	28
Figura 2	Organização territorial do local de estudo. Floriano-PI, 2018.	32
Figura 3	Fluxograma de localização, abordagem e avaliação da população de estudo. Floriano-PI, 2018.	34
Quadro 1	Descrição, categorias e classificação das variáveis do estudo. Floriano-PI, 2018.	35
Quadro 2	Grau de limitação de atividade de vida diário mensurado pela escala Salsa. Floriano-PI, 2018.	38
Quadro 3	Grau de restrição à participação social. Floriano-PI, 2018.	39
Gráfico 1	Número de notificações de casos novos de hanseníase no Piauí e Floriano, 2011-2017, Floriano-PI, 2018.	22
Gráfico 2	Correlação entre escore SALSA e escore de Participação Social na população de estudo. Floriano-PI, 2018. (n=228)	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Descrição dos fatores sociodemográficos e econômico da população de estudo. Florianópolis-PI, 2018. (n=228)	43
Tabela 2	Caracterização dos padrões clínicos associados à hanseníase na população de estudo. Florianópolis-PI, 2018. (n=228)	45
Tabela 3	Classificação dos participantes com relação a escala Salsa e de Participação Social. Florianópolis-PI, 2018. (n=228)	46
Tabela 4	Domínios da escala Salsa com fatores sociodemográficos e econômicos na população de estudo. Florianópolis-PI, 2018. (n=228)	46
Tabela 5	Domínios da escala Salsa com padrões clínicos da hanseníase. Florianópolis-PI, 2018. (n=228)	47
Tabela 6	Domínios da escala de Participação Social com fatores sociodemográficos e econômicos. Florianópolis-PI, 2018. (n=228)	48
Tabela 7	Domínios da Participação Social com as variáveis clínicas. Florianópolis-PI, 2018. (n=228)	50
Tabela 8	Regressão logística entre limitação de atividade, fatores sociodemográficos e padrão clínico associado a hanseníase. Florianópolis-PI, 2018. (n=228)	52
Tabela 9	Análise de regressão logística da participação social com fatores sociodemográficos e econômicos. Florianópolis-PI, 2018. (n=228)	53

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ANS	Avaliação Neurológica Simplificada
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CADSUS	Sistema de Cadastramento de Usuários do Sistema Único de Saúde
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAESF	Faculdade de Ensino Superior de Floriano
GIF	Grau de incapacidade Física
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC95%	Intervalo de confiança de 95%
IILEP	<i>International Federation of Anti-Leprosy Associations</i>
MB	Multibacilar
MDT	Terapia com Multidrogas
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis
OMS	Organização Mundial da Saúde
ORa	<i>Odds Ratio</i> ajustada
PACS	Programa de Agentes Comunitários de saúde
PB	Paucibacilar
PBC	Programa Bolsa Família
PI	Piauí
PSF	Programa de Saúde da Família
SALSA	<i>Screening of activity Limitation and Safety Awareness</i>
SESAPI	Secretária de Estado da Saúde do Piauí
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de notificação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
UESPI	Universidade Estadual do Piauí
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Objetivos	15
1.1.1	Objetivo Geral	15
1.1.2	Objetivos Específicos	15
2	MARCO REFERENCIAL	17
2.1	Hanseníase: contexto histórico	17
2.2	Aspectos epidemiológicos da hanseníase	20
2.3	Aspectos clínicos da hanseníase	23
2.4	Reações, incapacidades físicas e limitação de atividade relacionada à hanseníase	25
2.5	Ações de saúde para o controle da hanseníase: o papel da enfermagem	29
3	MÉTODO	32
3.1	Tipo de Estudo	32
3.2	Local de estudo	32
3.3	População de estudo	33
3.3.1	Critérios de exclusão	34
3.3.2	Descrição de variáveis	34
3.4	Instrumentos de coleta de dados	37
3.5	Coleta de dados	39
3.6	Análise dos dados	41
3.7	Aspectos éticos	41
4	RESULTADOS	43
4.1	Caracterização sociodemográfica e econômica	43
4.2	Padrão clínico relacionado à hanseníase	44
4.3	Análise bivariada de fatores sociodemográficos e clínicos associados a limitação de atividade e participação social	46
4.4	Regressão logística	51
5	DISCUSSÃO	55
5.1	Aspectos sociodemográficos e econômicos	55
5.2	Padrão clínico associado à hanseníase	57
5.3	Limitação de atividade e restrição a participação social	59
5.4	Limitações do estudo	62

6	CONCLUSÕES	63
6.1	Recomendações	63
	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICES	77
	APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	78
	APÊNDICE B – Termo de assentimento para adolescentes	81
	APÊNDICE C – Produções vinculadas ao IntegraHans-PI	84
	ANEXOS	87
	ANEXO A – Abordagem do domicílio	88
	ANEXO B – Aspectos sociodemográficos	90
	ANEXO C – Avaliação neurológica simplificada	92
	ANEXO D – Escala SALSA	96
	ANEXO E – Escala de Restrição à Participação Social	98
	ANEXO F – Parecer do comitê de ética e pesquisa	101

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de caráter crônico, porém curável, considerada no Brasil um problema de saúde pública prioritário entre as doenças negligenciadas, termo que se aplica às enfermidades transmissíveis-endêmicas com indicadores inaceitáveis e deficiência no acesso a serviços de saúde. Sua etiologia está ligada ao *Mycobacterium leprae*, que tem afinidade por células da pele e nervos periféricos e pode ocasionar sérios danos se não diagnosticado em tempo oportuno (LUSTOSA *et al.*, 2011).

A transmissão da hanseníase se dá a partir de pacientes bacilíferos sem tratamento, fato que está diretamente relacionado com o diagnóstico tardio da doença. Porém, o mecanismo exato de transmissão da doença ainda é desconhecido. A explicação mais aceita por estudiosos é que a doença seja adquirida através de contato prolongado com casos de hanseníase, com dispersão de bacilos pelo ar (OMS, 2017).

Após a transmissão, o período de incubação da doença é de 2 a 12 anos, o que pode torná-la silenciosa por até uma década e contribuir para o surgimento de incapacidades físicas. O diagnóstico é baseado em sinais clínicos e informações epidemiológicas relacionadas a distribuição da doença e os casos são classificados, operacionalmente, em Paucibacilar (PB apresentando até 5 lesões) e Multibacilar (MB mais de 5 lesões). Casos MB tem epidemiologicamente maior risco de transmissão associados (RIBEIRO *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2015).

Outros fatores contribuem para a ocorrência de incapacidades físicas, como a falta de tratamento em tempo oportuno, acompanhamento/vigilância inadequado, a inexistência de seguimento após término de tratamento medicamentoso, dentre outros, que também sustentam a endemia oculta (MANTELLINI; GONÇALVES; PADOVANI, 2009). Esses fatores influenciam os indicadores epidemiológicos da doença.

Segundo dados da OMS, em 143 países pelo mundo, foram notificados 214.783 casos novos de hanseníase em 2016, o que corresponde a aproximadamente a 95% da estimativa total de casos novos no mundo. Para a região das Américas, no mesmo ano, foram detectados 27.356 casos novos de hanseníase (WHO, 2017).

O Brasil ocupa o segundo lugar no *ranking* mundial em relação ao número de casos novos detectados e juntamente com a Índia e a Indonésia concentram mais de 82% dos casos da doença (RIBEIRO *et al.*, 2014). Em 2016, foram 25.218 casos novos no Brasil, sendo 7,9% destes com Grau II de incapacidade física (BRASIL, 2017; OMS, 2017).

Na região Nordeste, no ano de 2017, foram detectados 11.451 casos novos de hanseníase e 6,7% apresentaram Grau II de incapacidade física. Dentre os Estados do Nordeste, o Piauí notificou 1.049 casos novos e 5,6% dos casos com Grau II de incapacidade física (BRASIL, 2016; 2017).

Inserida neste contexto, a cidade de Floriano-PI, configura-se como uma das cidades do Estado do Piauí com elevada ocorrência de hanseníase e é classificada pelo Ministério da Saúde (MS) como Cluster 1 para hanseníase. Esse termo é utilizado para definir áreas com maior risco e onde se encontram a maioria dos casos. Os clusters variam de um a dez, sendo que quanto menor o número maior o risco (BRASIL, 2008). Em 2016, foram detectados 27 casos novos de hanseníase (coeficiente geral de detecção = 45,75/100.000 hab), com 1,69% de Grau II de Incapacidade Física (ARAÚJO *et al.*, 2016).

A presença de Grau II de Incapacidade Física indica fragilidade no processo de diagnóstico da doença, tratamento e vigilância epidemiológica. Nesses casos são perceptíveis sinais de lagofalmo e/ou ectrópio, triquíase, opacidade corneana, acuidade visual menor que 0,1 ou não conta os dedos a 6m de distância; lesões tróficas e/ou lesões traumáticas nas mãos e pés, garras; reabsorção e pé caído (BRASIL, 2016).

Nesse cenário a busca por estratégias de controle torna-se substancialmente relevante para a saúde global, nacional, regional e local. Pensando nessa perspectiva, a OMS, em 2016, reeditou e lançou as recomendações da Estratégia Global contra a Hanseníase para o quadriênio 2016-2020, com o tema: “aceleração rumo a um mundo sem hanseníase”, visando revigorar os esforços para controle da doença e prevenção de incapacidades físicas. Assim, tem como objetivo atingir maior integração entre os serviços da rede de atenção à hanseníase, estabelecendo como pilares, fortalecer o controle, a coordenação e a parceria do governo; combater a hanseníase e as suas complicações; combater a discriminação e promover a inclusão. Tem também como um de seus principais objetivos que até 2020 não se encontre nenhum caso de incapacidade em jovens com idade inferior a 15 anos recém-diagnosticados (OMS, 2016).

Os desafios para superar o cenário de magnitude da hanseníase são múltiplos. Para tanto, dentro dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), alguns se relacionaram às doenças negligenciadas, dentre as quais, encontra-se a hanseníase. O Objetivo três, expressa claramente: “acabar com a epidemia de doenças tropicais negligenciadas, até 2030”. O objetivo dez já aborda as questões de desigualdades econômicas e sociais e busca equilíbrio interno dos países e igualdade entre eles, o que melhora a qualidade de vida das pessoas, contribuindo para o controle das doenças negligenciadas (ONU, 2016).

A redução do número de incapacidades físicas decorrente da hanseníase sempre foi objetivo de destaque, uma vez que essa situação traz grandes perdas na qualidade de vida das pessoas e está impregnado de estigma social e individual. A nova estratégia global dá ênfase na detecção antes do surgimento de incapacidades visíveis (OMS, 2016).

Na hanseníase, o estigma e o preconceito estão associados às incapacidades físicas e deficiências advindas da doença que, mesmo com a possibilidade de cura, atualmente ainda se faz presente em nossa cultura, o que pode afetar a realização das atividades de vida diárias (dificuldade na realização de tarefas) e a participação social (situações de vida) de uma pessoa (BAIALARDI, 2007; BRASIL, 2008).

Aben-Athar *et al.* (2017), afirmaram em estudo desenvolvido no Pará, que as deficiências físicas, tornam as pessoas acometidas pela hanseníase quatro vezes mais propensas a limitações da atividade, o que ocorre predominantemente entre os que desenvolvem reações hansênicas.

Além das deformidades físicas produzidas pela hanseníase, fatores biopsicossociais e culturais podem estar associados à doença e a sua repercussão na funcionalidade e atividade. A funcionalidade compreende funções do corpo, atividade e participação, representando um *continuum* de estado de saúde. Cabe mencionar, que na hanseníase, as limitações na capacidade funcional podem surgir mesmo após o tratamento ter sido concluído (OMS, 2015; PIERI *et al.*, 2012). Por isso, é tão importante o atendimento longitudinal.

A longitudinalidade da assistência irá garantir acompanhamento ao longo do tempo, porém Souza *et al.* (2018) e Araújo (2017), apontaram fragilidades dos serviços de saúde em realizar acompanhamento das pessoas que já foram acometidas por hanseníase, o que leva se tornarem desassistidas e, portanto, demora no diagnóstico precoce de possíveis incapacidades.

As incapacidades podem aumentar com o surgimento de reações hansênicas tipo 1 ou tipo 2, principalmente no pós-alta, que se não tratadas em tempo oportuno causam danos severos. A primeira ocorre em pessoas com imunidade celular específica preservada contra o *M. leprae* e a outra ocorre em pessoas com esta imunidade pouco presente ou ausente, chamada de Eritema Nodoso Hansênico (ENH) (URA, 2007).

Diante dessa constatação, surge a necessidade de dimensionar e avaliar a limitação de atividades funcional e a restrição à participação social. As atividades funcionais correspondem às tarefas pessoais de autocuidado (escovar os dentes, tomar banho, vestir-se, alimentar-se e outros) e também a outras habilidades diárias do cotidiano de uma pessoa (cozinhar, lavar louça, varrer casa, escrever, manipular livros, transferir-se de um lugar ao outro, dentre outros) (BRASIL, 2010).

A participação social representa o envolvimento dos indivíduos em alguma situação de vida com interação ou participação nos mais diversos aspectos intrafamiliares ou comunitários. A restrição a essa ação afeta a saúde mental de pessoas e envolve alguns dos motivos potenciais que são: incapacidade/limitação na realização de atividades, doenças auto estigmatizantes, problemas financeiros, ambiente, apoio/relacionamentos, atitudes e sistemas/políticas/leis. Alguns desses fatores estão envoltos com o processo de adoecimento em hanseníase (PARTICIPATION SCALE USERS MANUAL, 2005).

Frente ao exposto, emergiu a seguinte questão de pesquisa: As pessoas apresentam limitação de atividades decorrente da hanseníase? Elas apresentam restrição à participação social? Delimitou-se como objeto de pesquisa, a limitação de atividade de vida diária, a participação social e fatores associados em pessoas que foram acometidas pela hanseníase.

A cidade de Florianópolis, neste contexto, configura-se como um *locus* para a realização de estudos avaliativos em saúde, devido a sua situação epidemiológica. O desenvolvimento deste estudo justifica-se pela possibilidade de se discutir a intensificação de ações que visem diminuir os efeitos psicossociais da restrição a atividades de vida diária e estigma causado pela doença, de modo a provocar impactos positivos na atenção às pessoas com hanseníase. Nessa perspectiva, a utilização da escala SALSA e de participação social potencializam o planejamento e desenvolvimento de ações.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar a limitação de atividade funcional, o grau de restrição à participação social e os fatores associados em pessoas acometidas pela hanseníase.

1.1.2 Objetivos específicos

Descrever os aspectos socioeconômicos e demográficos;

Caracterizar os padrões clínicos associados a hanseníase;

Identificar a limitação de atividade funcional;

Estimar o grau de restrição à participação social;

Identificar possível correlação entre a limitação de atividades e a participação social;

Verificar associação entre limitação de atividade e dados sociodemográficos e clínicos;

Verificar a relação entre grau de restrição a participação social com os dados sociodemográficos e clínicos.

2 MARCO REFERENCIAL

2.1 Hanseníase: contextualização histórica

Um importante marco rumo a redução social do estigma envolto da denominação “lepra” no Brasil, foi a adoção por força da Lei nº 9.010, de 29 de março de 1995, da palavra “Hanseníase” em todos os documentos oficiais da administração centralizada e descentralizada do território nacional, mesmo a doença sendo conhecida mundialmente por lepra, morfêia ou mal de Lázaro (BRASIL, 1995; CUNHA, 1997).

Ao longo do tempo a hanseníase adquiriu significados diferentes, frente a atitudes individuais e enfrentamentos sociais diversos e, também, equivalente ao desenvolvimento científico e propriedades intelectuais de cada época (LEANDRO, 2013).

No período da Idade Média, segundo Rosen (1994), a doença era conhecida com a “Grande Praga”. Neste período a propagação da doença era relacionada à hereditariedade, clima e alimentação inadequada e gerava inúmeras rejeições por conta do medo associado à punição divina, o que passa a ser substituído pelo temor de contágio a partir da Idade Contemporânea.

Provavelmente o medo, incertezas sobre o modo de transmissão e falta de tratamento da hanseníase contribuíram para que ela fosse considerada sombria pelos povos medievais (CUNHA, 2002). Fato que ainda se torna fruto de mitos acerca da doença, que contribuem com a difusão de sentimentos estigmatizantes, como medo, sensação de isolamento e de castigo divino.

As primeiras evidências científicas da hanseníase tratam de estudos descritivos da doença encontrados na Índia e Egito por volta do século 7 a. C. (FROHN, 1933). Porém, o termo lepra (usado na época), até o século 14, era associado a diversas dermatoses/lesões que acometiam a população, tais como: lesões provocadas por queimaduras, escamações, escabiose, câncer de pele, lúpus, escarlatina, eczemas e sífilis (CUNHA, 2002).

O desenvolvimento do diagnóstico diferencial levou décadas para ser aprimorado e o ponto de partida no interesse relacionado à hanseníase, sua etiologia e tratamento passou a ser evidenciado somente em meados do século XVII com o surgimento dos primeiros leprosários na Europa. O interesse na pesquisa e em novas descobertas sobre a doença desenvolveu-se muito tempo depois com a descoberta do agente etiológico da doença (CUNHA, 2002).

Com a exploração intensiva de novas terras, proporcionada pelas grandes navegações portuguesas e espanholas, a disseminação da hanseníase foi facilitada. No Brasil, os primeiros casos foram identificados por volta de 1600 no Rio de Janeiro, porém, não foi dada importância

ao fato. Somente em meados da Primeira República (1889), que o poder público passou a ver a doença como problema de saúde pública (SANTOS, 2004).

A descoberta de pressupostos bacteriológicos associando-a *Mycobacterium leprae*, em 1873, pelo médico norueguês Gehard Armauer Hansen, despertou uma nova percepção sobre a hanseníase e abriu debates sobre a doença em todo o mundo. Tais inquietações foram intensificadas após a Primeira Conferência Internacional Sobre Lepra, realizada em 1897 em Berlim. Neste momento oficializou-se a notificação obrigatória e o isolamento dos doentes como estratégia de controle (FORTALEZA, 2011; COSTA, 2007).

O fim do século XIX e início do século XX marcaram o Brasil por modernização da estrutura econômica e administrativa dos Estados. Nesse contexto, e impulsionado pela primeira reforma sanitária no país, Oswaldo Cruz inclui, em 1904, a hanseníase como doença de notificação compulsória em todo território nacional, sendo, portanto, um marco nacional (CUNHA, 2005).

O Decreto nº 5.156 de 8 de março de 1904, legitimou tal ação ao aprovar o novo Regulamento Sanitário da União e inseriu ações para a hanseníase. Este decreto trouxe informações referente a medidas profiláticas de combate da hanseníase para a época, a considerar: doença de notificação compulsória; isolamento domiciliar do doente; proibição de residência em casas de habitações coletivas; e desinfecção do domicílio, principalmente nos espaços domiciliares da pessoa doente, bem como nos objetos e roupas que tivessem tido contato direto ou indireto com o mesmo (PINTO NETO *et al.*, 2000).

Em meados de 1915, foi organizada a criação da Comissão de Profilaxia da Lepra. As conclusões alcançadas pela comissão serviriam de base para um projeto de lei e de ações adotadas pelo governo para o controle da lepra a partir da década de 1920 (BENCHIMOL; SÁ, 2018).

Em 1923, a regulamentação passou a ser definitiva com a sanção do decreto nº.16.300 de 31 de dezembro. No texto era reforçada a notificação obrigatória de todos os casos de hanseníase em âmbito nacional, assim como para outras doenças infecciosas; versava, ainda, no exame periódico dos comunicantes, como meio de descobrir novos casos; e no isolamento nosocomial em colônias agrícolas, asilos, hospitais ou mesmo em domicílio, desde que cumprindo uma série de condições (BRASIL, 1923).

Com esse decreto, as atividades de combate à hanseníase passaram a ser realizadas formalmente como uma estratégia de fortalecimento da saúde pública, o que culminou em 1927 com a sistematização do processo de isolamento social dos doentes (LEANDRO, 2013; ARAÚJO, 1946). No período de 1930 a 1945, houve crescimento exponencial do número de

leprosários do tipo colônia de isolamento compulsório por todo o país, iniciado pelos estados de Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Piauí e Rio Grande do Norte, com incentivos federais do governo brasileiro e administração das esferas estaduais, além do apoio da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus (MONTEIRO, 2003).

Nesse período de ascensão dos leprosários, a filantropia feminina teve destaque rumo à valorização de ações que preconizavam o isolamento dos doentes, seja domiciliar ou nosocomial. Partindo desse incentivo, estabeleceu-se no final da década de 30 o modelo tripé que relacionava: o leprosário para realizar o isolamento e tratar o doente; o dispensário voltado para os comunicantes (familiares e os contatos); e, por último, o preventório, que separava, desde o nascimento, se possível, os filhos dos pacientes isolados (MACIEL, 2007).

Esse modelo perdurou no Brasil até a década de 60, onde novas Políticas de Controle da Hanseníase começaram a ser implementadas no território nacional, advindas de experiências internacionais e críticas ao tratamento segregacionista implementado até o momento. Desde então, pensou-se no combate fosse realizado com o desenvolvimento de atividades por profissionais de qualquer unidade sanitária brasileira (SAVASSI, 2010).

O decreto 968, de 7 de maio de 1962, revogou o isolamento compulsório e recomendou o preparo de pessoal técnico, desenvolvimento de estudos e pesquisa, inquéritos epidemiológicos, procura sistêmica de doentes, tratamento, educação sanitária, assistência social, limitação de movimentos das fontes de contágio e vigilância sanitária (FIOCRUZ, 2008).

Desde 1976, por força do decreto 77.513 de 29 de abril do mesmo ano, o Ministério da Saúde expede normas técnicas para o controle da hanseníase. E desde então, pode-se citar dois importantes marcos, que são: 1 a implantação oficial da Polioquimioterapia (PQT) no Brasil, em 1991; e 2 a adoção de uma nova classificação dos casos da doença para fins operacionais para tratamento em 1994: paucibacilares (formas clínicas indeterminada e tuberculoide) e multibacilares (formas clínicas dimorfa e virchowiana), aliado ao processo de implementação de programas de atenção à saúde de base comunitária, como Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1994; LANA *et al.*, 2014).

Atualmente, esses serviços tem importância ímpar, pois o diagnóstico e tratamento da doença passa obrigatoriamente por esse serviço, porém, diversos fatores dificultam o cuidado a pessoa com hanseníase, onde destacam-se a presença e o conseqüente sentimento de estigma dentro dos centros de tratamento especializados, a falta de linhas de cuidados com atuação efetiva guiada por protocolos e organogramas nas redes de atenção à saúde, o que faz aumentar

a insegurança dos profissionais para lidar com o paciente, principalmente com os que necessitam de encaminhamento para atenção especializada (SAVASSI; MODENA, 2015). Dessa forma, o atendimento integral e a longitudinal são prejudicados sobremaneira.

Na discussão para alcançar uma atenção integral, o MS recomendou a utilização das escalas SALSA e de restrição à participação social, visando avaliação de aspectos ligados a dificuldades funcionais ou relacionadas a interação intrafamiliar e comunitária. A partir de 2008 todos os serviços de atenção primária em saúde devem aplica-las no momento do diagnóstico, alta e quando da realização de intervenções no paciente. Para fins de subsídios tecnológicos, foi publicada uma série de manuais com vistas a prevenção de incapacidades, condutas em amplos aspectos e para auxiliar a reabilitação em hanseníase para orientar profissionais na aplicação das escalas e a fazer recomendações (BRASIL, 2008).

Em 2016, entrou em vigor a portaria 149, de 03 de fevereiro do mesmo ano, que aprova as diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, orientando gestores e profissionais de saúde em prol do controle e manejo adequado da hanseníase (BRASIL, 2016).

2.2 Aspectos epidemiológicos da hanseníase

A hanseníase é uma doença que acomete o homem há diversos séculos e passou por um processo evolutivo lento relacionado a definição, diagnóstico diferencial e processos de transmissão da doença, assim como fixação da forma de tratamento. Tem distribuição universal e está inserida no rol das doenças tropicais negligenciadas, com maior prevalência nas regiões de clima quente no país e onde se concentram bolsões de pobreza e marginalização, o que torna mais difícil a ação dos serviços de saúde, cuja função essencial é voltada para a promoção da saúde, prevenção, cura e reabilitação de doenças. Contudo, há uma dificuldade em termos de recursos para atuar sobre os determinantes sociais e ambientais que sustentam os problemas de saúde (BARRETO, 2017).

Com raras exceções, a ocorrência dos mais diversos problemas de saúde é mais frequente entre os grupos sociais que estejam vivendo em situações socialmente desfavoráveis, ou seja, entre populações de baixa renda e baixa escolaridade, grupos étnicos minoritários ou grupos que sofrem qualquer tipo de discriminação.

Embora o enfoque biológico tenha avançado no século XX, iniciou-se certo conflito entre essa concepção e o enfoque social, mas somente com a Conferência de Alma-Ata, em

1978, que o debate sobre os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) ganha notoriedade. Considerando que Buss e Pellegrini Filho, (2007) conceituam os DSS como “ fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população” é fundamental investigar quais determinantes estão influenciando a ocorrência da hanseníase em determinado local e período, com vistas a respaldar as ações de controle (SOUSA *et al.*, 2013).

O fenômeno da desigualdade global, tem contribuído fortemente para que a hanseníase permaneça como um sério problema de saúde em diversas partes do mundo, embora a Índia apresente o maior número absoluto de casos novos, seguida pelo Brasil e Indonésia, os quais sustentaram 82,6% de todos os casos mundiais em 2016 (WHO, 2017).

A hanseníase está ligada a situações de vulnerabilidade, situação principalmente em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento. As notificações de casos novos em 2016 foram de aproximadamente 214 mil casos. Esse resultado foi observado em quase todas as regiões do planeta e é apontado como resultado do aumento da busca ativa de casos e melhoria no processo de avaliação/diagnóstico adotado por diversos países. Ainda como reflexo dessas medidas, no primeiro semestre de 2017, foi atingido cerca de 80% (171 mil) do número de notificações de 2016. Nas Américas, esse cenário já representa mais de 96% das notificações de 2016. Nesse ritmo, espera-se aumento global do número de notificações de casos novos da doença (WHO, 2017).

A situação brasileira mostrada em uma serie história de 10 anos (2005 a 2015) por Ribeiro, Silva e Oliveira (2018) revela tendência de queda da prevalência de hanseníase. Porém, isso só foi observado em algumas regiões brasileiras. As regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste apresentaram coeficientes elevados, o que faz manter o Brasil entre os países que mais fazem-se diagnóstico da doença.

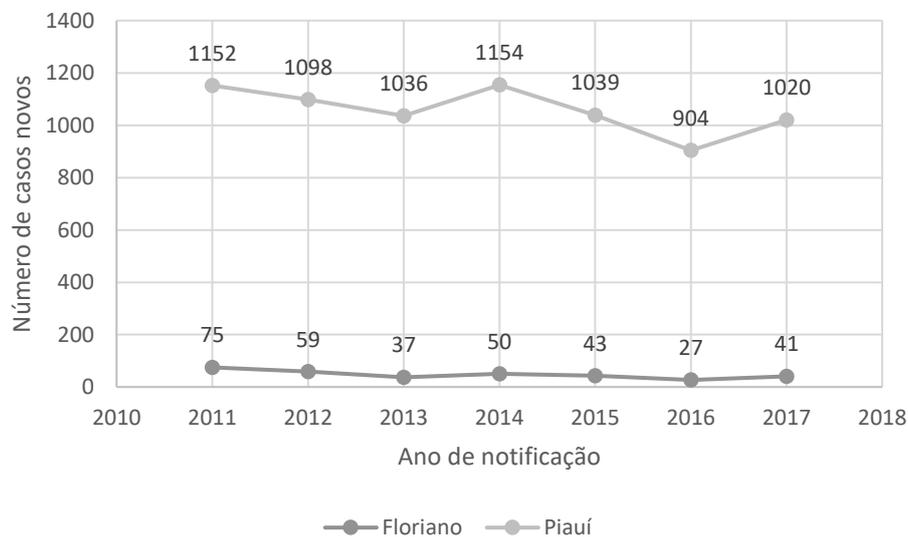
A detecção de casos novos em uma serie temporal de 5 anos (2012 a 2016), mostrou taxa de detecção de 14,97 casos por 100 mil habitantes, mesmo assim é apontado como em conformidade com as recomendações da Estratégia Global para Hanseníase (2016-2020), ancorado no fortalecimento do controle da doença e criação de parcerias governamentais, combate a hanseníase e complicações e com o enfrentamento das discriminações (BRASIL, 2018).

O Piauí tem diminuído seu número de notificação de casos novos em uma série histórica dos últimos 6 anos (2011 a 2016), e já em 2017 houve aumento de aproximadamente 12% no número de notificações (Gráfico 1), resultado de esforços acadêmicos e profissionais na implementação abordagens inovadoras para avaliação de pessoas, principalmente contatos de

hanseníase, por serviços, pautado na busca ativa para diagnóstico de casos novos (ARAÚJO, 2017; ARAÚJO *et al.*, 2018; BRASIL, 2018).

A cidade de Floriano no período de 2010 a 2016 tem apresentado queda do número de notificações de casos novos de hanseníase, com pico em 2014. Em 2017 apresentou crescimento de cerca de 51% em relação a 2016 (gráfico 1) (ARAÚJO *et al.*, 2018; BRASIL, 2018). Estudo de Neri (2018), no qual foram avaliados contatos de pessoas que tiveram hanseníase no período de 2001 a 2014, identificou casos novos da doença entre essa população, o que indicou processo de transmissão ativa na cidade e possivelmente endemia oculta.

Gráfico 1 - Número de notificações de casos novos de hanseníase no Piauí e Floriano, 2011-2017. Floriano-PI, 2018.



Fonte: SINAN/SVS-MS

Além das vulnerabilidades individuais e sociais, tem contribuído para a perpetuação da endemia hanseníase no Brasil o modelo de atenção à saúde vigente, que quase invariavelmente, coloca na situação de condição aguda, todas as doenças transmissíveis. As condições agudas, quase sempre se iniciam de forma abrupta apresentando uma causa simples e facilmente diagnosticada; são de curta duração; e respondem bem a tratamentos específicos. O ciclo típico das condições agudas é sentir-se mal por algum tempo, ser tratado e recuperar-se. A atenção às condições agudas depende dos conhecimentos e das experiências profissionais (MENDES, 2012).

Por outro lado, as condições crônicas, e nelas se insere a hanseníase, são diferentes. Elas se iniciam e evoluem lentamente. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais, sociais e a

fatores fisiológicos. Normalmente, faltam padrões regulares ou previsíveis para as condições crônicas. Ao contrário das condições agudas levam a mais sintomas e à perda de capacidade funcional. Cada sintoma pode levar a outros, num ciclo vicioso que realimenta a condição crônica (MENDES, 2012).

A Atenção Básica em Saúde (APS) dispõe de importante estratégia, para as ações de controle de condições tanto agudas, quanto crônicas, a exemplo da hanseníase, considerando-se que está fundamentada por práticas que garantem a promoção de saúde, continuidade/longitudinalidade e integralidade da atenção, prevenção de doenças e agravos (ARAÚJO, 2017; LANZA, 2014). Contudo, há que se destacar que muitos processos de trabalho dentro da APS como estão organizados deixam a desejar, comprometendo seus princípios básicos e atributos e, por conseguinte, o controle das doenças.

2.3 Aspectos clínicos da hanseníase

Clinicamente, a hanseníase é considerada uma doença infectocontagiosa de evolução crônica que se manifesta, principalmente, por lesões cutâneas com diminuição de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, mas também acometimento neural, e tem como etiologia a infecção causada pela *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) (BRASIL, 2017).

O *M. leprae* tem alta infectividade e baixa patogenicidade, fato relacionado fortemente com questões extrínsecas ao hospedeiro, como o grau de endemicidade presente no meio em que este convive, condições sociais e econômicas. A transmissão da doença ocorre por contato direto e prolongado de uma pessoa susceptível com um doente bacilífero, e o bacilo é passado, principalmente, por tosse, secreção nasal, fala, espirro, contato direto com soluções de continuidade e espirro (FIGUEIREDO; SILVA, 2003; OLIVEIRA; MACEDO, 2012).

O domicílio é considerado um importante local de transmissão da doença, pelo fato das pessoas que moram neste compartilharem o ambiente para atividades de lazer, descanso e alimentação, associado a grande período de divisão de espaço fechado.

A doente pode entrar em um grande período de incubação, momento caracterizado pela presença de bacilos e pouca ou nenhuma manifestação clínica da doença. Esse período pode ser crucial para o doente, visto que durante esse tempo pode-se aumentar o número de bacilos no indivíduo, o que provoca maiores reações de pele e nervos. A demora no diagnóstico, que envolve outros fatores além do período de incubação, contribui com a instalação de incapacidades físicas de olhos, mãos e pés, resultado do comprometimento de nervos periféricos (ARAÚJO *et al.*, 2014; GOULART; PENNA; CUNHA, 2002).

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico epidemiológico, realizado nos serviços de Atenção Básica de Saúde em todo o Brasil, com a aplicação do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos. Operacionalmente, no momento do diagnóstico faz-se a classificação operacional para fins de tratamento, Paucibacilar (PB) para pessoas que apresentam até 5 lesões, e Multibacilar (MB), pessoas que apresentam 6 ou mais lesões (BRASIL, 2017).

Desde 1981, com a instituição da Poliquimioterapia (PQT) pela OMS, diversas recomendações foram lançadas afim de minimizar as Reações Adversas as medicações, diminuir a longa duração ao tratamento, dificuldade de implementação em serviços de saúde e adesão das pessoas ao tratamento (CRUZ *et al.*, 2018). O tratamento passa por recentes discussões nas recomendações da PQT, com proposições de tratamento único para a ambas as classificações.

A falta de tratamento precoce leva à evolução lenta e progressiva da doença e, quase sempre, ao acometimento dermatoneurológico, caracterizado pelas manifestações clínicas na pele e/ou em nervos periféricos dos olhos, membros superiores e inferiores. O resultado destes sintomas define as formas clínicas, determinadas de acordo com níveis de resposta imune-celular da pessoa a bactéria, classificadas como: indeterminada, tuberculoide, dimorfa e virchowiana (BRASIL, 2017).

As lesões características da forma clínica indeterminada podem surgir após o período de incubação da doença, onde aparecem manchas hipocrômicas que apresentam alterações de sensibilidade ou hipoanestesia. Geralmente as lesões são únicas e pequenas, podendo surgir em qualquer região do corpo. A baciloscopia mostrar-se negativa, mas essa condição não invalida o diagnóstico da doença. Esse estágio é transitório, proveniente de uma resposta imune não definida (OPROMOLLA, 2000).

A forma clínica tuberculoide é considerada bem localizada e mais benigna, geralmente as pessoas com essa forma apresentam alta resistência ao bacilo. As lesões são poucas (ou única), de limites bem definidos e um pouco elevados e com ausência de sensibilidade (dormência). Pode haver o comprometimento simétrico de troncos nervosos, provocando a dor, fraqueza e atrofia muscular. Os nervos podem apresentar-se espessados próximo às lesões em placa e pode haver perda total da sensibilidade térmica, tátil e dolorosa, ausência de sudorese e/ou alopecia. No diagnóstico, a clínica caracteriza-se por lesões papulosas ou nodulares, únicas ou em pequeno número, principalmente na face (SANTA CATARINA, 2018).

A forma neural pura, caracterizada por espessamento, dor e parestesia de nervos periféricos sem o aparecimento de lesões cutâneas. O diagnóstico desta forma ainda é de difícil manejo na realidade atual, visto que o foco são as lesões de pele. Suas manifestações são classificadas como forma clínica tuberculoide (CASTRO, 2012).

A forma clínica dimorfa tem como principal característica a instabilidade imunológica, encontrada entre as manifestações das formas clínicas ora tuberculoide e ora virchowiana. As lesões mais delimitadas, anestésicas e de superfície seca se aproximam das características observadas em pacientes com classificação tuberculoide, já quando observado lesões mais numerosas, brilhantes, com menor definição de limites, cuja perda de sensibilidade não é tão intensa caracteriza-se semelhante aos casos virchowianos (FADEL, 2007).

Na forma virchowiana, a bactéria multiplica-se e propaga-se por via hematogênica, pela ausência de resposta imunocelular do hospedeiro. As lesões cutâneas, apresentam-se múltiplas e simétricas, caracterizada por máculas hipocrômicas, eritematosas ou acastanhadas, com bordas mal definidas, geralmente sem anestesia. O espessamento neural pode ocorrer quando na evolução para a forma dimorfa. Clinicamente, pode ocorrer edema dos membros inferiores formação de nódulos pelo corpo e a fácies leonina, com infiltração e queda dos supercílios (madarose). O comprometimento dos ossos, perda dos dentes incisivos centrais superiores e perfuração do septo nasal é menos frequente (LASTÓRIA; ABREU, 2012).

De forma geral, as lesões em terminações nervosas provocam a perda de sensibilidade em todas as formas clínicas, principalmente a sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. Nenhum diagnóstico laboratorial é suficiente para classificar a hanseníase, porém, a ultrassonografia e ressonância magnética auxiliam no diagnóstico diferencial de formas neural pura e presença de neurites (PEREIRA *et al.*, 2006).

2.4 Reações, incapacidades físicas e limitação de atividade relacionada à hanseníase

A hanseníase apresenta uma expressão epidemiológica de tipo polar, entre uma doença incidente em países do hemisfério sul, doença escassa e importada para países do hemisfério norte. Com a sua evolução podem surgir as lesões nos nervos, principalmente nos periféricos, trazendo como consequências as incapacidades físicas e deformidades, as quais resultam em prejuízos de ordem econômica, psicológica e social aos acometidos, especialmente em preconceito que recai sobre eles (CRUZ, 2016; QUEIROZ *et al.*, 2015’).

Respostas inflamatórias agudas conhecidos como reações hansênicas ou estados reacionais podem surgir no curso da doença, até mesmo antes, durante ou após o tratamento

poliquimioterápico, como uma resposta imunológica do hospedeiro ao *M. leprae*, as quais em alguns casos, conduzem a lesões graves e irreversíveis no sistema nervoso periférico. Para os quadros reacionais, as únicas drogas disponíveis são os corticoides e a talidomida, que comportam sérios efeitos iatrogênicos (QUEIROZ *et al.*, 2015).

Os estados reacionais podem acometer uma grande proporção de pessoas que fizeram ou estão em tratamento da doença e que se caracterizando por uma resposta de hipersensibilidade imunomediada do hospedeiro ao patógeno da doença (MASTRANGELO, 2011).

O risco de desenvolvimento de sequelas está relacionado com a precocidade ou morosidade do diagnóstico e início do tratamento. A relação intrínseca entre o diagnóstico precoce e a prevenção de sequelas, associadas às reações hansênicas, leva a uma discussão sobre o acesso funcional à saúde que se encontra dependente tanto de fatores institucionais, quanto extra institucionais (TEIXEIRA, SILVEIRA, FRANÇA, 2010).

As reações hansênicas são classificadas em tipo I ou reversa (RR), que envolve a imunidade celular, e a reação hansênica tipo II com os tipos eritema nodoso hansênico (ENH), com participação da imunidade humoral, como resposta imunológica do hospedeiro ao *Mycobacterium leprae* (POLYCARPOU; WALKER; LOCKWOOD, 2017).

A causa principal de incapacidades permanentes na hanseníase são os episódios inflamatórios da reação tipo 1 ou reversa (RR). Eles podem acometer cerca de 10 a 33% dos pacientes com hanseníase e surgem, geralmente durante o tratamento ou após o primeiro ano da alta, expressos principalmente pela exacerbação do tronco nervoso e da pele, levando a alterações sensoriais e motoras. Apresenta as seguintes características clínicas: infiltração de lesões antigas associada ao surgimento de novas lesões em forma de manchas ou placas infiltradas, eritema, dor, alterações de cor e edema nas lesões já existentes, lesões vesículo-bolhosas, ulcerações, hiperestesia, parestesia, mal estar, dor ou espessamento de nervos periféricos com perda da função sensitivo-motora e, mais raramente, febre, déficit da função neural na ausência de sintomas (neuropatia silenciosa), acometendo principalmente os nervos ulnar e tibial posterior (FAVA *et al.*, 2017; QUEIROZ *et al.*, 2015).

As reações do tipo II são caracterizadas pelo surgimento abrupto de nódulos que podem variar de poucos a inúmeros, de coloração rósea, que podem evoluir para necrose, nas formas mais graves do ENH. Também, vem acompanhadas de sintomatologia relacionada ao acometimento ocular, hepático, esplênico, de linfonodos, peritônio, testículos, articulações, tendões, músculos, ossos e rins. Pode haver febre, leucocitose e, geralmente apresentam-se em múltiplos episódios (TEIXEIRA, SILVEIRA, FRANÇA, 2010; QUEIROZ *et al.*, 2015).

Por se tratarem de respostas imunes, o tratamento das reações visa eliminar essa resposta imune ocasionada pelo bacilo. Os corticoides são os medicamentos mais eficientes no tratamento das reações, incentivando a redução da permeabilidade vascular e da vasodilatação através da inibição de mediadores. Eles alteram o curso das reações hansênicas reduzindo o edema intraneural e cutâneo, o que produz uma melhoria rápida dos sintomas e reduzem a cicatrização pós-inflamatória. Seu principal efeito é a supressão da resposta imune inflamatória aos antígenos de *M. leprae* na pele e nos nervos, provavelmente por interferência com a ativação de resposta celular imune (NERY *et al.*, 2013; ANDRADE *et al.*, 2015).

O manejo do paciente com reações hansênicas implica em profissionais qualificados para tal e exige acompanhamento continuado pelo serviço para monitorar o sucesso do tratamento ou descobrir precocemente a sua falha, promovendo os ajustes necessários, para evitar a instalação de incapacidades físicas.

As reações hansênicas possuem elevado potencial de produzir incapacidades físicas, cuja ocorrência é em média de 23,3% das pessoas acometidas pela hanseníase. Todavia, é importante ressaltar que as incapacidades se instalam, quando o diagnóstico é tardio e/ou o tratamento é realizado de forma inadequada. A avaliação neurológica permite identificar se há comprometimento neurológico. É realizada a partir da inspeção da face, olhos, nariz, membros superiores e inferiores, palpação dos troncos nervosos, força muscular, e avaliação de sensibilidade nas mãos e pés. Na avaliação neurológica geralmente se examina os nervos: ulnar, mediano, radial e radial cutâneo, o tibial posterior e o fibular comum; o grande auricular e o nervo facial, o qual é motor e não é possível a palpação (BRASIL, 2017).

A avaliação da integridade neurológica e GIF devem ocorrer no momento do diagnóstico de hanseníase, durante a PQT, no momento da alta e em episódios de reação hansênica. Utiliza-se um conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein. A gravidade do comprometimento físico provocado pela hanseníase pode ser verificada por meio do escore olhos, mãos, pés, o qual pode variar de 0 a 12, e identificado, após a avaliação neurológica, com o somatório do grau máximo (0, 1 e 2) para cada olho, mão e pé. O escore OMP é considerado mais sensível para a identificação das alterações nas deficiências do que o grau de incapacidades físicas (GIF) (VAN BRAKE; REED; REED, 1999; BRASIL, 2008c).

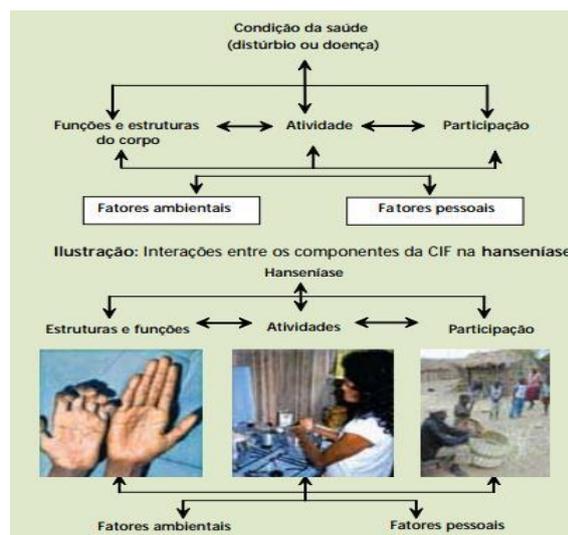
Os GIF são classificados em zero, I e II, em que o zero indica que não há nenhum problema com os olhos, as mãos e os pés provocados pela hanseníase; o grau I significa a diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos e da sensibilidade protetora nas mãos e/ou nos pés. Contudo, a Portaria nº 149, de 03 de fevereiro de 2016, passou a considerar GIF I, as

seguintes características: diminuição da força muscular sem deficiências visíveis das pálpebras (olho), mãos e pés (BRASIL, 2016).

O GIF II apresenta lagoftalmo e/ou ectrópio, triquiase, opacidade da córnea central; acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a 6 metros de distância, as mãos apresentam lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída, e os pés, lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído e contratura do tornozelo (BRASIL, 2017).

Com vistas a trabalhar a incapacidade e deficiência, avaliar as condições de vida e elaborar estratégias com foco para promoção de políticas voltadas para inclusão social, a OMS desenvolveu o modelo de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), o qual substituiu para positivo o enfoque negativo que a deficiência possui, visto que abrange sua participação social, indo além das atividades que a pessoa com alterações de função ou de estrutura possa realizar. Entende-se a partir da CIF que a funcionalidade e a incapacidade dos indivíduos dependem dos fatores contextuais em que estão inseridas (ambientais e pessoais). Desse modo, quando o indivíduo é exposto à infecção por hanseníase, os fatores pessoais e ambientais influenciam a funcionalidade e a incapacidade (deficiências, limitação da atividade, restrição de participação). (OMS, 2004; BRASIL, 2008). A Figura que segue, resume os componentes da CIF:

Figura 1 - Diagrama dos Componentes da Classificação Internacional de Funcionalidade na Hanseníase.



Fonte: Brasil, 2008.

2.5 Ações de saúde para o controle da hanseníase: o papel da enfermagem

O comprometimento físico e as alterações psicossociais na vida social e no trabalho podem ser reduzidos para uma pessoa com hanseníase se o diagnóstico da doença for realizado o mais breve possível. As ações de controle da doença, na conjuntura do sistema de saúde brasileiro atual, são priorizadas para serem realizados a nível de Atenção Básica em Saúde (ABS), através das atividades realizadas pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Segundo estudo de Malta *et al.* (2016), metade da população brasileira relata estar cadastrada em uma Unidade de Saúde da Família (USF), sendo que a região Nordeste apresentou maiores percentuais de cobertura, com destaque para o Piauí (proporções acima de 80%).

Atendendo aos princípios da atenção básica, com destaque para as ESF, os serviços devem trabalhar com a perspectiva de atendimento integral (integralidade), ou a capacidade de lidar com todos os problemas de saúde, resolvendo mais de 85% das demandas ou problemas na área (STARFIELD, 2002). Para tal, é necessário o desenvolvimento de ações que envolvam diferentes públicos e com diversas abordagens, inclusive inovadoras para a inclusão de população com maior resistência à procura de serviços de saúde.

As ações voltadas para o controle da hanseníase envolvem a detecção ativa e passiva de casos novos, com a investigação epidemiológica e exames de demanda espontânea, mobilização comunitária, assim como, monitoramento e tratamento dos casos diagnosticados e de seus comunicantes e orientações (BRASIL, 2008b). O sucesso dessas ações é um determinante para o alcance do controle e prevenção da hanseníase, sendo necessário articulação e envolvimento dos membros da equipe para tal.

O enfermeiro configura-se como elemento importante para a eliminação da hanseníase no Brasil, sendo considerado como integrante com histórico de atuar na prevenção, tratamento e controle da doença (FREITAS *et al.*, 2008). Segundo esses mesmos autores, a população mostra-se satisfeita com a consulta de enfermagem realizada por profissionais enfermeiros, mesmo diante de dificuldades encontradas nos serviços.

A consulta de enfermagem a pessoa com hanseníase, inclui a busca e suspeição diagnóstica de casos, seguimento terapêutico de pessoas com a doença, prevenção e tratamento de incapacidades, gerenciamento de atividades de controle, orientações, além da atividade de registro e vigilância epidemiológica dos casos sob sua adstrição (BRASIL, 2008b).

É importante o enfermeiro questionar o paciente sobre questões relacionadas a dificuldade que ele possa ter para comparecer ao serviço de saúde. A distância, obstáculos

geográficos e financeiros, assim como o horário de funcionamento da unidade de saúde podem ocasionar mudanças na regularidade do tratamento e acompanhamento da pessoa com hanseníase (LANZA, 2014).

Para manutenção do atendimento continuado o enfermeiro, deve manter uma boa relação e produzir vínculo terapêutico com a pessoa em tratamento e/ou acompanhamento. Esse processo é adquirido com o estímulo a troca de ideias sobre a doença ao qual estar passando no momento, enfatizando crenças, pré-conceitos e dúvidas acerca da doença; promover autocuidado; conhecer a situação sócio trabalhista do paciente, a fim de identificar estilo de vida; identificar atitudes negativas; e detectar complicações da doença (OMS, 2010; LANZA, 2014).

Durantes as consultas mensais (preconizadas a serem realizadas a cada 28 dias), seja por orientação do enfermeiro ou médico, o paciente irá tomar a dose supervisionada no serviço e receberá a cartela para autoadministração em domicílio. Esse momento é ideal para realização da avaliação do estado de saúde do paciente, esclarecendo dúvidas e prestando orientações, inclusive sobre efeitos colaterais das medicações e reações hansênicas, além de enfatizar a importância do exame de contatos, exame clínico e encaminhamento para vacinação quando necessário (BRASIL, 2010).

O caderno de atenção básica número 21 (BRASIL, 2008b), que trata sobre a vigilância de saúde de dengue e algumas doenças negligenciadas, incluindo a hanseníase, traz as atribuições específicas do enfermeiro dentro desse espectro para a vigilância e controle da doença, são eles:

1. Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão;
2. Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
3. Realizar assistência domiciliar, quando necessário, e orientar auxiliares/técnicos de enfermagem, ACS e ACE para o acompanhamento dos casos em tratamento e/ou tratamento supervisionado, mesmo em domicílio.
4. Enviar mensalmente ao setor competente as informações epidemiológicas referentes às doenças/agravo na área de atuação da UBS e analisar os dados para possíveis intervenções;
5. Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica e controle das doenças.

Essas atribuições visam qualificar no sentido operacional a atuação específica do enfermeiro diante da demanda de cuidados com a pessoa em tratamento da doença ou em atividades relacionadas a vigilância de contatos e comunicantes. É imprescindível a reflexão sobre essas atividades por cada profissional, assim como a busca melhorias na atuação, a fim de contemplar a atenção integral e longitudinal que possa desenvolver ações e repassa orientações para o paciente, família e comunidade com a finalidade de controle da doença.

O planejamento de ações de assistência e controle, como a busca ativa na comunidade, escola, ambientes sociais aliado a educação em saúde é uma das atividades de maior impacto para a sensibilização das pessoas sobre a importância do diagnóstico precoce, tratamento, avaliação de contatos, acompanhamento e quebra de estigma vivido pelas pessoas que foram acometidas pela hanseníase.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, analítico, inserido em um macro estudo intitulado: IntegraHans Piauí: abordagem integrada de aspectos clínicos, epidemiológicos (espaço-temporais), operacionais e psicossociais da hanseníase em municípios piauienses de alta endemicidade, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI.

3.2 Local de estudo

O local de estudo foi a cidade de Floriano, Estado do Piauí. O município de Floriano está localizado na região Nordeste do Brasil e possui relevância cultural, econômica, acadêmica e demográfica para o Estado do Piauí. Possui 121 anos de emancipação política, que remonta o final do século XIX (Figura 1).

Figura 2 - Organização territorial do local de estudo. Floriano-PI, 2018.



Fonte: IBGE, 2016.

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população era de 57.690 habitantes (16,92 hab/km), sendo 27.309 (47,3%) homens e 30.381 (52,7%) mulheres, com 86,6% dos habitantes concentrados na Zona Urbana. O perfil demográfico demonstra renda média mensal de trabalhadores formais de 1,6 salários mínimos (IDH=0,700), taxa de escolaridade de 6 a 14 anos de estudo, com esgotamento sanitário adequado em 32,9% de sua área e 7,7% de vias públicas urbanizadas. Quanto a religião, 47,372 pessoas declararam pertencer a católica apostólica romana, 7,073 a evangélicos e 274 ao espiritismo (IBGE, 2012). A estrutura de saúde municipal conta com 40 estabelecimentos conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e com 24 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) distribuídas em 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2018a).

O município apresentou entre 2015 e 2016, cobertura de 100% da Estratégia Saúde da Família, correspondendo em número absoluto a 58.158 pessoas cobertas. Em 2018 a estimativa da população coberta é de 58.892 com 26 equipes da ESF (BRASIL, 2018b). Floriano integrou o grupo de 253 municípios brasileiros considerados prioritários para vigilância em hanseníase pelo Ministério da Saúde, conforme o Plano Integrado de Ações Estratégicas 2011-2015 (BRASIL, 2012a)

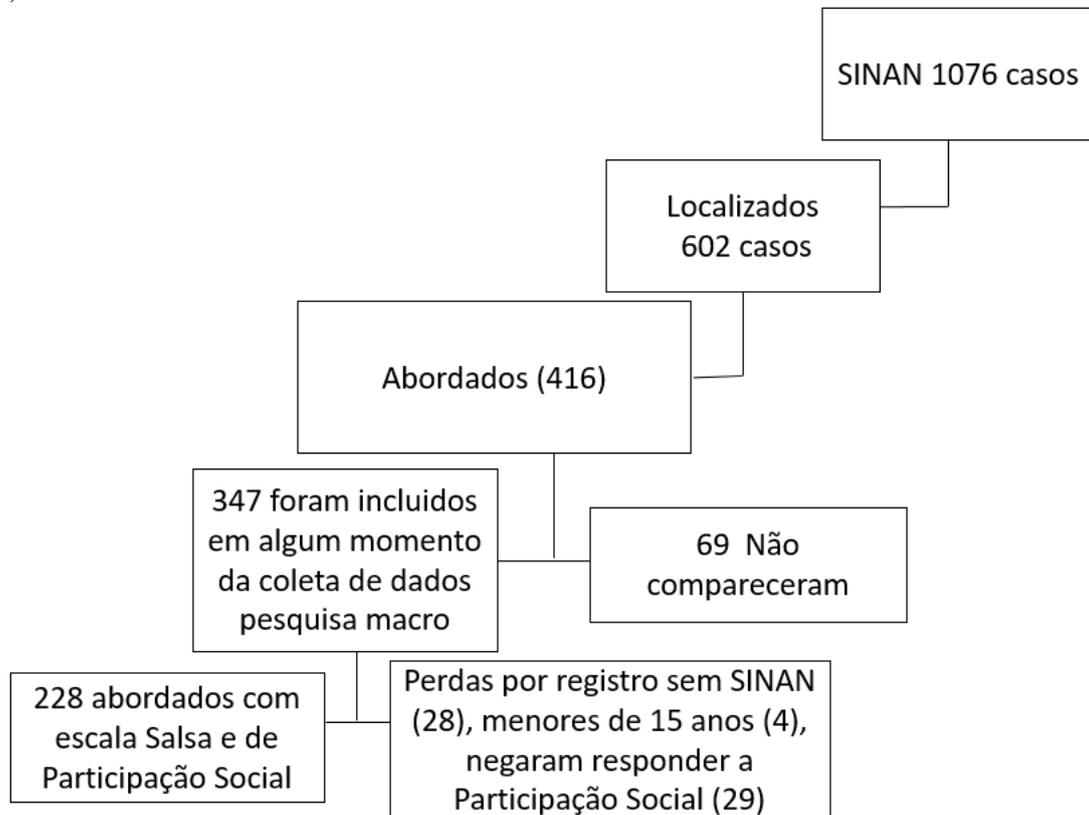
3.3 População de estudo

O estudo foi composto pelo universo dos casos com diagnóstico confirmado de hanseníase, residentes em Floriano e notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período de janeiro de 2001 a dezembro de 2014 (n= 1.076 pessoas).

Definiu-se o início a partir de 2001 por se tratar do ano em que o MS incorporou a alimentação permanente e continua de dados nacionais, estaduais e municipais no SINAN por meio de processo informatizado. E delimitou-se 2014, por ser o último ano anterior a coleta dos dados do macro estudo, com o banco encerrado.

Dentre as 602 pessoas que tiveram endereço localizado, 186 não foram abordadas, 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 416 pessoas que foram abordadas, 69 faltaram ao agendamento marcado para avaliação, a despeito de terem sido lembradas desse compromisso em dias anteriores, por meio de contato telefônico, assim 334 foram avaliados. Foram abordados com a escala Salsa e de Participação Social 228, conforme fluxograma que segue:

Figura 3 - Fluxograma de localização, abordagem e avaliação da população do estudo. Florianópolis, 2018.



Fonte: Integrahans-PI, 2018.

3.3.1 Critérios de exclusão

Foram excluídos os casos sem endereço informado no SINAN, duplicidades, migrações e endereços não localizados no território, óbitos e menores de 15 anos de idade.

3.3.2 Descrição de variáveis

As variáveis desfecho (dependentes) são: limitação de atividade e participação social. As variáveis explicativas são todas as demais, as quais foram classificadas como sociodemográficas (idade, sexo, Etnia/raça, Escolaridade, Situação conjugal, Religião, Ocupação, Renda mensal individual, Situação de moradia, Acesso a Programas Sociais), e clínicas (Classificação operacional, Forma clínica da doença, Grau de incapacidade física,

Acuidade visual, Diabetes, Depressão, Uso de álcool, Uso de cigarro). O quadro 1 apresenta descrição, categorias e classificação destas variáveis.

Quadro 1 - Descrição, categorias e classificação das variáveis do estudo. Floriano-PI, 2018.

VARIÁVEIS DESFECHO			
Variáveis	Descrição	Categorias	Classificação
Limitação de atividade	Caracterização da limitação de atividade de vida diária	Sem Limitação (SL) 0-24 Leve Limitação (LL) 25-39 Moderada Limitação (ML) 40-49 Grande Limitação (GL) 50-59 Extrema Limitação (EL) 60-80	Catagórica Ordinal
Limitação de atividade	Limitação de atividade de vida diária dicotomizada	Sem Limitação 0-24 Com limitação de atividade 25-80	Catagórica Ordinal
Participação social	Grau de participação social	Nenhuma restrição significativa 0 -12 Leve restrição 13 – 22 Moderada restrição 23 – 32 Grande restrição 33 – 52 Extrema restrição 53 – 90	Catagórica Ordinal
Participação social	Grau de participação social dicotomizada	Nenhuma restrição significativa 0 -12 Com restrição 13 - 90	Catagórica Ordinal
VARIÁVEIS INDEPENDENTES			
Variáveis	Descrição	Categorias	Classificação
Idade	Faixa etária (em anos)	Adolescente: 15-19; Adulto: 20-59 Idoso: 60 ou mais	Catagórica Ordinal
Sexo	Sexo	Masculino Feminino	Catagórica Nominal
Etnia/Raça	Etnia (autorreferida)	Negra/Parda Branca Amarela Outras	Catagórica Nominal
Escolaridade	Nível de instrução	Sem escolaridade Fundamental Ensino Médio Ensino Superior Não sabe/ Não quer responder	Catagórica Ordinal
Situação conjugal	Convive com companheiro(a) autorreferido	Solteiro(a)/nunca foi casado(a) Casado(a)/Unido(a) Separado(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a)	Catagórica Nominal
Religião	Religião	Cristão evangélico Cristão católico Não tem	Catagórica Nominal

Ocupação	Ocupação atual principal referida	Estudante Dona de casa/do lar Aposentado Desempregado Outros	Categórica Nominal
Renda mensal individual	Faixa de remuneração renda mensal em salário mínimo	<1 salário mínimo 1 a 2 salários mínimos + 2 salários mínimos Sem renda	Categórica Ordinal
Propriedade da moradia atual	Tipo de moradia (autorreferida)	Casa própria Casa alugada	Categórica Nominal
Acesso a Programas Sociais	Acesso ao Programa sociais do governo federal, estadual ou municipal	Sim Não	Categórica Nominal
Recebe ajuda	Ajuda com dinheiro, roupa, remédios, comida, tarefas fora de casa e domésticas, companhia ou outras	Sim Não	Categórica Nominal
Classificação operacional	Caracterização da classificação operacional	Paucibacilar Multibacilar	Categórica Nominal
Forma clínica	Caracterização da forma clínica	Indeterminada Tuberculóide Dimorfa Virchowiana	Categórica Nominal
Grau de incapacidade física	Caracterização do grau de incapacidade física	GIF 0- nenhum problema com olhos, mãos e pés devido a hanseníase; GIF I- diminuição da força muscular sem deficiências visíveis das pálpebras; O GIF II- apresenta lagoftalmo e/ou ectrópio, triquíase, opacidade da córnea central; acuidade visual menor que 0,1	Categórica Ordinal

		ou incapacidade de contar dedos a 6 metros de distância, as mãos apresentam lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída, e os pés, lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído e contratura do tornozelo.	
Diabetes	Doenças autorreferida	Sim Não	Categórica Nominal
Depressão	Doenças autorreferida	Sim Não	Categórica Nominal
Qualidade de vida após hanseníase	Autopercepção da qualidade de vida após a hanseníase	Muito ruim Ruim Nem ruim nem boa Boa Muito boa	Categórica Nominal
Incapacidade de longa duração	Doença autorreferida	Sim Não	Categórica Nominal

Fonte: autor, 2018.

3.4 Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos utilizados nesse estudo foram: Abordagem Domiciliar do Caso Referência (ANEXO A), Perfil sociodemográfico (ANEXO B); Avaliação Dematoneurológica Simplificada (ANEXO C); Escala SALSA (ANEXO D); Escala de Participação Social (ANEXO E). Todos estes instrumentos foram validados pela equipe da Universidade Federal do Ceará durante o projeto IntegraHans Norte/Nordeste em 2014.

O instrumento Abordagem domiciliar do caso referência foi utilizado para levantar dados de localização da residência sobre o caso referência (pessoa que teve hanseníase) e os contatos. Na ocasião fez-se convite para avaliação de saúde dos mesmos e assinatura de termo de autorização de avaliação de contatos/coabitantes. O perfil sociodemográfico foi utilizado para obter dados relacionados ao sexo, etnia/cor, idade, escolaridade, estado civil, religião atual, contexto geral de trabalho atual, renda média mensal individual, diabetes, depressão e qualidade de vida após a hanseníase. A Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) foi utilizada para realizar a avaliação do grau de incapacidade física das pessoas, classificação operacional e forma clínica.

Para avaliar a limitação de atividades funcional e a restrição à participação social utilizaram-se duas escalas, ambas desenvolvidas com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e avaliam componentes importantes da situação de saúde de uma pessoa.

A escala SALSA foi desenvolvida por colaboração internacional entre cinco países (Brasil, China, Índia, Israel e Nigéria) no período de 2000 a 2006, e em contexto transcultural para avaliar limitação de atividade em hanseníase, diabetes e outras neuropatias periféricas, com o intuito que pudesse ser de fácil aplicação, utilizada em serviços da rede básica de saúde do mundo e que retratasse a autopercepção das pessoas sobre a doença (SALSA COLLABORATIVE STUDY GROUP, 2010).

A escala SALSA versão 1.1 é composta por 20 itens, medidos a partir de dois tipos de resposta: positiva (sim), em escala do tipo Likert de 3 pontos, cujos níveis são (1) fácil, (2) um pouco difícil e (3) muito difícil. A resposta negativa (não) pode receber as pontuações zero (0) para “eu não preciso fazer isso” ou quatro para “eu fisicamente não consigo” ou “evito por causa do risco”. O escore final é obtido pelo somatório dos valores dos itens podendo variar de 0 a 80 pontos, conforme Quadro 2.

Quadro 2 - Grau de limitação de atividade de vida diário mensurado pela escala Salsa. Florianópolis, 2018.

Graus de limitação de atividade				
Sem limitação	Limitação leve	Limitação moderada	Limitação severa	Limitação muito severa
0-24	25-39	40-49	50-59	60-80

Fonte: SALSA COLLABORATIVE STUDY GROUP, 2007.

A escala de participação social foi desenvolvida em colaboração internacional de 2000 a 2006 por diversas instituições, conduzida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em diferentes países pelo mundo, incluindo o Brasil, baseada em oito das nove principais áreas da vida traçada pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF. Seu objetivo é identificar a restrição à participação de pessoas com 15 ou mais anos de idade, diagnosticadas com hanseníase, permitindo a quantificação desse processo percebido ou experimentado por pessoas atingidas pela doença, assim como é utilizada com o mesmo princípio para pessoas com deficiência ou por outro problema estigmatizante (ILEP, 2008).

Os princípios são explicitados a seguir:

a) aprendizado e aplicação dos conhecimentos (compartilhar habilidades e conhecimento, resolver problemas etc);

b) comunicação (conversação, expressão de necessidades e ideias, participação em discussões etc);

- c) mobilidade (usar o transporte público, frequentar lugares públicos, caminhar, capacidade de se deslocar, etc);
- d) cuidado pessoal (nutrição, higiene, roupas e aparência);
- e) vida doméstica (serviços de casa, ajuda a outros etc);
- f) interações interpessoais (relacionamentos);
- g) principais áreas da vida (educação, emprego, vida econômica etc);
- h) vida comunitária, social e cívica (vida em comunidade, recreação, lazer, religião, vida política).

A Escala de Participação Social versão 4.6 é constituída por uma entrevista com 18 itens, cujas pontuações já vem nos respectivos quadros de resposta. Tem escore total que varia de zero a 90, sendo que o ponto de corte considerado normal é 12. Os graus de restrição são classificados como seguem no Quadro 3:

Quadro 3 - Grau de restrição à participação social. Floriano-PI, 2018.

Sem restrição significativa	Leve restrição	Moderada restrição	Grande restrição	Extrema Restrição
0 – 12	13 – 22	23 – 32	33 – 52	53 – 90

Fonte: PARTICIPATION SCALE USERS MANUAL, 2005.

Cabe mencionar que estas duas escalas avaliam o contexto transcultural e foram construídas de forma simples o suficiente para serem utilizadas na Atenção Básica (AB), sem subsídio de equipamentos tecnológicos. São baseadas na percepção que as pessoas têm de sua limitação ou restrição. A sua utilização é recomendada para triagem, comparação de uma pessoa com grupo ou entre si, mesmo em diferentes momentos, assim como, entre grupos, estabelecer intervenções individuais, realizar planejamento de projetos e para pesquisa em diferentes âmbitos (BRASIL, 2008).

3.5 Coleta de dados

O trabalho de campo foi realizado em duas etapas, pelo autor deste estudo, em conjunto com uma equipe interdisciplinar de profissionais da ESF, docentes e discentes da área de saúde da Universidade Federal do Piauí e de outras Instituições de Ensino Superior de Floriano, tendo se iniciado em junho de 2015 e concluído em junho de 2016.

Na primeira etapa, 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, bem como os docentes e alunos das IES.

Os profissionais da ESF e docentes foram treinados para abordagem domiciliar dos casos-referências e seus contatos, para efetuarem a busca ativa de casos no pós-alta e casos ativos registrados na sua área adstrita, em parceria com toda a equipe da atenção básica de 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, visando um alinhamento na coleta dos dados. Todavia, 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 Contrel aLépre* – 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 de hanseníase do estudo, os mesmos foram convidados, a se apresentarem em locais e data estabelecidos, para a coleta de dados por meio de inquérito clínico-epidemiológico (Unidade Básica de Saúde mais próxima do domicílio ou outro equipamento social, onde a equipe da pesquisa se instalava no momento, uma vez que a citada equipe se instalou nos equipamentos sociais das diversas áreas da cidade, de modo a se tornar mais próxima das residências a serem visitadas), 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) e ainda buscou-se confrontar endereços junto ao Programa Bolsa Família (PBF).

O inquérito e 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 adolescentes (APÊNDICE B), explicando-se de que risco em participar era mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc.

Os dados sobre a forma clínica e classificação operacional no diagnóstico foram extraídos do SINAN. Nos casos em que não houve registro no sistema foi realizado exame neurológico simplificado para avaliação do grau de incapacidade física atual.

3.6 Análise dos dados

Foi utilizada a técnica de digitação dupla no software *Epi Info TM*, versão 7.1.3 do *Center for Disease Control and Prevention-CDC*, com vistas à limpeza e validação do banco. Posteriormente, exportou-se para o *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 20.0. Foram realizadas as análises descritivas simples das variáveis por meio de distribuição de frequências com medidas de tendência central e de dispersão.

A amostra teve aderência não normal, conforme teste Kolmorov-Smirnov. Para fazer a associação entre as variáveis qualitativas (limitação da atividade, segundo dados sociodemográficos, classificação clínica e operacional), foi utilizado o teste de qui-quadrado (χ^2) e quando o pressuposto não foi obedecido (25% dos resultados esperados < 5 e qualquer resultado = zero) utilizou-se o teste exato de *Fisher*.

Para análise bivariada, optou-se por agrupar os domínios “Leve Limitação (LL) 25-39”, “Moderada Limitação (ML) 40-49”, “Grande Limitação (GL) 50-59” e “Extrema Limitação (EL) 60-80” em “com limitação de atividade” na escala SALSA e para a escala de participação social, foram agrupados os domínio “Leve restrição 13 – 22”, “Moderada restrição 23 – 32”, “Grande restrição 33 – 52” e “Extrema restrição 53 – 90” em “Com restrição”, mantendo-se a ausência de limitação e restrição conforme a classificação do instrumento. Método de recategorização é semelhante ao utilizado por Reis, Castro e Fernandes (2017) em análise de limitação de atividade e participação social de pessoas com hanseníase.

Foi gerado gráfico de dispersão com coeficiente de correlação linear (r^2) entre os escores das escalas Salsa com a Participação social para medir o relacionamento linear entre as variáveis.

Para explicar o efeito conjunto das variáveis sobre os desfechos utilizou-se a regressão logística, por meio da *Odds Ratio* ajustada (ORa). O critério para inclusão de variáveis no modelo logístico foi a associação ao nível de $p < 0,200$ na análise bivariada (HOSMER; LEMESHOW, 2000). Todavia o critério de significância das variáveis no modelo foi a associação em nível de $p < 0,05$.

3.7 Aspectos éticos

O macro estudo obteve autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e do Estado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/UFPI (CAAE: 46169715.2.0000.5214; parecer n.º 2.573.958) (ANEXO F).

Os participantes foram convidados a participar e ao concordarem assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no caso dos maiores de 18 anos (APÊNDICE A) e responsáveis por menores de 12 anos, e Termo de Assentimento para os adolescentes entre 12 e 17 anos (APÊNDICE B). O estudo segue os princípios éticos conforme Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). A pesquisa envolve riscos mínimos, não envolveu coleta de materiais biológicos e foi dado o máximo de atenção e cuidado com todas as informações necessárias. Foi assegurado direito de ausentar-se e/ou negar responder as perguntas a qualquer momento da pesquisa e manteve-se confidencialidade/sigilo sobre o diagnóstico da doença durante todo o processo.

O benefício direto para população está relacionado com a avaliação de funcionalidade e da restrição no pós-alta de polioquimioterapia, fato que contribui tanto com direito social de atendimento integral das pessoas que tiveram hanseníase assim como com a gestão municipal ao realizar a atividade e dispor os dados para estes elaborarem intervenções nesse aspecto. Outro benefício foi o encaminhamento das pessoas que se encontravam com alguma GIF ou reação hansênica no momento da pesquisa para a referência do município.

4 RESULTADOS

Os resultados são apresentados em quatro seções. A primeira trata da caracterização sociodemográfica e econômica da população de estudo; a segundo refere-se aos fatores clínicos; a terceira traz a verificação da associação das variáveis de desfecho (Limitação de atividade e participação social) com as variáveis independentes, assim como, as correlações aplicadas no estudo e a quarta, apresentando a regressão logística das variáveis que obedeceram a critérios de análise estatística para tal.

4.1 Caracterização sociodemográfica e econômica

A população do estudo foi constituída por 228 pessoas com idade mínima de 16 anos e máximo de 92 anos (média=49 anos; desvio-padrão= 17 anos) que tiveram hanseníase entre 2001 e 2014. Prevaleram neste estudo pessoas do sexo feminino (51,75%) etnia/raça preta/parda (73,68%), idade entre 20 e 59 anos (63,16%), religião cristão católicos (75,44%), casados (50,00%) e com no mínimo ensino fundamental (54,82%). Os dados econômicos mostraram que a maioria ganha entre 1 e 2 salários mínimos (40,35%), ocupação diversas caracterizadas como outros (56,58%), que possuem moradia própria (87,28%), não tem acesso a programas sociais do governo federal, estadual ou municipal (69,30%) e não recebem ajuda (70,61%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Descrição dos fatores sociodemográficos e econômico da população de estudo. Florianópolis-PI, 2018. (n=228)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	110	48,25
Feminino	118	51,75
Etnia/raça		
Preta/parda	168	73,68
Branca	19	8,34
Outras	41	17,98
Faixa Etária¹		
15 a 19 anos	15	6,58
20 a 59 anos	144	63,16
60 ou mais	69	30,26
Religião		
Cristão evangélico	39	17,11
Cristão Católico	172	75,44
Nenhum/não tem	17	7,45

Continuação Tabela 1 - Descrição dos fatores sociodemográficos e econômico da população de estudo. Floriano-PI, 2018. (n=228)

Variáveis	n	%
Situação Conjugal		
Solteiro	68	29,82
Casado	114	50,00
Separado/Viúvo	46	20,18
Nível de Instrução		
Sem Escolaridade	30	13,16
Fundamental	125	54,82
Ensino Médio	60	26,32
Ensino Superior	13	5,70
Faixa de Remuneração²		
Nenhuma	55	24,12
<1 Salário Mínimo	58	25,44
1 a 2 Salários Mínimos	92	40,35
+2 Salários Mínimos	23	10,09
Ocupação		
Estudante	9	3,95
Dona de casa/do lar	46	20,18
Aposentado	32	14,04
Desempregado	12	5,26
Outros	129	56,57
Propriedade de Moradia atual		
Própria	199	87,28
Alugada	29	12,72
Acesso a programa sociais do governo federal, estadual ou municipal		
Sim	70	30,70
Não	158	69,30
Recebe ajuda (familiares/amigos)		
Sim	67	29,39
Não	161	70,61

¹média: 49; mínimo: 16; máximo: 92; Desvio-padrão: 17.

²salário mínimo vigente durante a pesquisa de 788,00 reais. Média: 728,62; Mínimo: 0,00; máximo: 4000,00; desvio-padrão:686,88.

4.2 Padrão clínico relacionado à hanseníase

Na avaliação clínica prevaleceram pessoas classificadas operacionalmente como paucibacilares (57,89%), a forma clínica indeterminada (41,23%), o grau 1 de incapacidade física (60,09%). Com relação a comorbidades, a maioria negou a existência de diabetes (88,60%), depressão (88,60%) e incapacidade de longa duração (87,28%) (Tabela 2).

Quanto a qualidade de vida autoreferrida após a hanseníase, houve prevalência da avaliação como boa (52,2%). No quesito participação de atividades desenvolvidas pela equipe de saúde, a maioria não participa (87,5%), nunca recebeu materiais informativos sobre hanseníase (63,4%) e não participa de grupo de mútuo ajuda organizado por pessoas acometidas por hanseníase (98,7%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil clínicos associados à hanseníase na população de estudo. Floriano-PI, 2018. (n=228)

Variáveis	n	%
Classificação Operacional		
Paucibacilar	132	57,89
Multibacilar	96	42,11
Forma Clínica		
Indeterminada	94	41,23
Tuberculóide	35	15,35
Diforma	61	26,75
Virchowiana	27	11,85
Não definida	11	4,82
Grau de incapacidade física		
Grau 0	53	23,25
Grau 1	137	60,09
Grau 2	38	16,66
Diabetes		
Sim	26	11,40
Não	202	88,60
Depressão		
Sim	26	11,40
Não	202	88,60
Incapacidade de longa duração		
Sim	29	12,72
Não	199	87,28
Qualidade de Vida após Hanseníase		
Muito ruim	11	4,82
Ruim	26	11,40
Nem ruim nem boa	57	25,00
Boa	119	52,19
Muito boa	15	6,59

A limitação de atividade funcional avaliada pela escala Salsa mostrou que a maioria das pessoas não possuíam limitação (53,51%), seguido de leve limitação (33,33%), moderada limitação (5,70%), grande limitação (4,82%) e extrema limitação (2,63%). Com relação ao grau de restrição à participação social, prevaleceu a classificação em nenhuma restrição (81,5%),

seguido de leve restrição (10,8%), moderada restrição (1,7%), grande restrição (3,4%) e extrema restrição (2,6%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Classificação dos participantes com relação a escala salsa e de participação social. Florianópolis-PI, 2018. (n=228)

Variáveis	N	%
Escala Salsa		
Sem limitação	122	53,52
Leve limitação	76	33,33
Moderada limitação	13	5,70
Grande limitação	11	4,82
Extrema limitação	6	2,63
Escala de participação social		
Sem restrição significativa	185	81,15
Leve restrição	25	10,96
Moderada restrição	4	1,75
Grande restrição	8	3,51
Extrema restrição	6	2,63

4.3 Análise bivariada de fatores sociodemográficos e clínicos associados a limitação de atividade e participação social

A análise de associação da classificação da escala Salsa com fatores sociodemográficos e econômicos mostrou significância estatística para as variáveis faixa etária ($p=0,000$), situação conjugal ($p=0,007$), ocupação ($p=0,000$) e recebe ajuda ($p=0,010$) (Tabela 4).

Tabela 4 - Domínios da escala Salsa com fatores sociodemográficos e econômicos na população de estudo. Florianópolis-PI, 2018. (n=228)

Variáveis	Limitação de atividade				p-valor*
	Sem limitação		Com limitação		
	n	%	n	%	
Sexo					0,404
Masculino	62	50,82	48	45,28	
Feminino	60	49,18	58	54,72	
Etnia/raça					0,381
Preta/parda	94	77,05	74	69,81	
Branca	10	8,20	9	8,49	
Outras	18	14,5	23	21,70	
Faixa Etária					0,000
15 a 19 anos	13	10,66	2	1,89	
20 a 59 anos	84	68,85	60	56,60	
60 ou mais	25	20,49	44	41,51	
Situação Conjugal					0,007
Solteiro	44	36,07	24	22,64	
Casado	62	50,82	52	49,06	
Separado/Viúvo	16	13,11	30	28,30	

Continuação Tabela 4 - Domínios da escala Salsa com fatores sociodemográficos e econômicos na população de estudo. Floriano-PI, 2018. (n=228)

Variáveis	Limitação de atividade				p-valor*
	Sem limitação		Com limitação		
	n	%	n	%	
Religião					0,896
Cristão evangélico	21	17,21	18	16,98	
Cristão Católico	91	74,59	81	76,42	
Nenhum/ Não tem	10	8,20	7	6,60	
Escolaridade					0,724
Sem Escolaridade	9	7,38	21	19,81	
Fundamental	56	45,90	69	65,09	
Ensino Médio	45	36,89	15	14,15	
Ensino Superior	12	9,84	1	0,94	
Renda					0,617
Nenhuma	30	24,59	25	23,58	
<1 Salário Mínimo	27	22,13	31	29,25	
1 a 2 Salários Mínimos	51	41,80	41	38,68	
+2 Salários Mínimos	14	11,48	9	8,49	
Ocupação					0,000
Estudante	9	7,38	-	0,00	
Dona de casa/ do lar	24	19,67	22	20,75	
Lavrador	-	0,00	1	0,94	
Aposentado	7	5,74	25	23,58	
Desempregado	6	4,92	6	5,66	
Outros	76	62,30	52	49,06	
Propriedade de Moradia atual					0,323
Própria	104	85,25	95	89,62	
Alugada	18	14,75	11	10,38	
Acesso a Programa sociais do governo federal, estadual ou municipal					0,320
Sim	34	27,87	36	33,96	
Não	88	72,13	70	66,04	
Recebe ajuda					0,010
Sim	27	22,13	40	37,74	
Não	95	77,87	66	62,26	

*Valor de p obtido do teste χ^2 ou exato de *fisher*.

Quanto as variáveis clínicas, foi observado significância estatística das variáveis grau de incapacidade física (p=0,000), diabetes (P=0,014), depressão (p=0,004), incapacidade de longa duração (p=0,001) e qualidade de vida após hanseníase (p=0,000) (Tabela 5).

Tabela 5 - Domínios da escala Salsa com padrões clínicos da hanseníase. Florianópolis-PI, 2018. (n=228)

Variáveis	Limitação de atividade				p-valor*
	Sem limitação		Com limitação		
	n	%	n	%	
Classificação Operacional					0,087
Paucibacilar	77	63,11	55	51,89	
Multibacilar	45	36,89	51	48,11	
Forma Clínica					0,284
Indeterminada	57	46,72	37	34,91	
Tuberculóide	20	16,39	15	14,15	
Diforma	29	23,77	32	30,19	
Virchowiana	11	9,02	16	15,09	
Não definida	5	4,10	6	5,66	
Grau de incapacidade física					0,000
Grau 0	43	35,25	10	9,43	
Grau 1	67	54,92	70	66,04	
Grau 2	12	9,84	26	24,53	
Diabetes					0,014
Sim	8	6,56	18	16,98	
Não	114	93,44	88	83,02	
Depressão					0,004
Sim	7	5,74	19	17,92	
Não	115	94,26	87	82,08	
Incapacidade de longa duração					0,001
Sim	7	5,74	22	20,75	
Não	115	94,26	84	79,28	
Qualidade de Vida após hanseníase					0,000
Muito ruim	3	2,46	8	7,55	
Ruim	6	4,92	20	18,87	
Nem ruim nem boa	24	19,67	33	31,13	
Boa	78	63,93	41	38,68	
Muito boa	11	9,02	4	3,77	

* Valor de p obtido do teste χ^2 ou exato de *fisher*.

A associação da restrição à participação social dicotomizada com fatores sociodemográficos e econômicos, mostrou significância estatística com as variáveis ocupação (p=0,040), acesso a programas sociais do governo federal, estadual ou municipal (p=0,001) e receber ajuda (p=0,046) (Tabela 6).

Tabela 6 - Domínios da escala de participação social com fatores sociodemográficos e econômicos. Florianópolis-PI, 2018. (n=228)

Variáveis	Participação social				p-valor*
	Sem restrição significativa		Com restrição		
	N	%	n	%	
Sexo					0,554
Masculino	91	49,19	19	44,19	
Feminino	94	50,81	24	55,81	
Faixa Etária					0,742
15 a 19 anos	12	6,49	3	6,98	
20 a 59 anos	119	64,32	25	58,14	
60 ou mais	54	29,19	15	34,88	
Etnia/raça					0,124
Preta/parda	131	70,81	37	86,05	
Branca	17	9,19	2	4,65	
Outras	37	20,00	4	9,30	
Religião					0,343
Cristão Evangélico	32	17,30	7	16,28	
Cristão Católico	137	74,05	35	81,40	
Nenhum/ Não tem	16	8,65	1	2,33	
Ocupação					0,040
Estudante	9	4,86	-	-	
Dona de casa/ do lar	37	20,00	9	20,93	
Aposentado	27	14,59	5	11,63	
Desempregado	6	3,24	6	13,95	
Outros	106	57,30	23	53,49	
Situação Conjugal					0,169
Solteiro	58	31,35	10	23,26	
Casado	94	50,81	20	46,51	
Separado/Viúvo	33	17,84	13	30,23	
Propriedade de Moradia atual					0,787
Própria	162	87,57	37	86,05	
Alugada	23	12,43	6	13,95	
Nível de Instrução					0,583
Sem Escolaridade	22	11,89	8	18,60	
Fundamental	102	55,14	23	53,49	
Ensino Médio	51	27,57	9	20,93	
Ensino Superior	10	5,41	3	6,98	
Renda					0,452
Nenhum	42	22,70	13	30,23	
<1 Salário Mínimo	46	24,86	12	27,91	
1 a 2 Salários Mínimos	76	41,08	16	37,21	
+2 Salários Mínimos	21	11,35	2	4,65	

Continuação Tabela 6 - Domínios da escala de participação social com fatores sociodemográficos e econômicos. Floriano-PI, 2018. (n=228)

Variáveis	Participação social				p-valor*
	Sem restrição significativa		Com restrição		
	N	%	n	%	
Acesso a Programa sociais do governo federal, estadual ou municipal					0,001
Sim	48	25,95	22	51,16	
Não	137	74,05	21	48,84	
Recebe ajuda					0,046
Sim	49	26,49	18	41,86	
Não	136	73,51	25	58,14	

* Valor de p obtido do teste χ^2 ou exato de *fisher*.

A associação da escala de restrição social dicotomizada com fatores clínicos mostrou significância estatística apenas com a variável qualidade de vida após hanseníase (p=0,002) (Tabela 7).

Tabela 7 - Domínios da participação social com as variáveis clínicas. Floriano-PI, 2018. (n=228)

Variáveis	Participação social				p-valor*
	Sem restrição significativa		Com restrição		
	n	%	n	%	
Classificação Operacional					0,470
Paucibacilar	105	56,76	27	62,79	
Multibacilar	80	43,24	16	37,21	
Forma Clínica					0,879
Indeterminada	77	41,62	17	39,53	
Tuberculóide	28	15,14	7	16,28	
Diforma	51	27,57	10	23,26	
Virchowiana	20	10,81	7	16,28	
Não definida	9	4,86	2	4,65	
Grau de incapacidade física					0,152
Grau 1	42	22,70	11	25,58	
Grau 2	116	62,70	21	48,84	
Grau 3	27	14,59	11	25,58	
Diabetes					0,959
Sim	21	11,35	5	11,63	
Não	164	88,65	38	88,37	

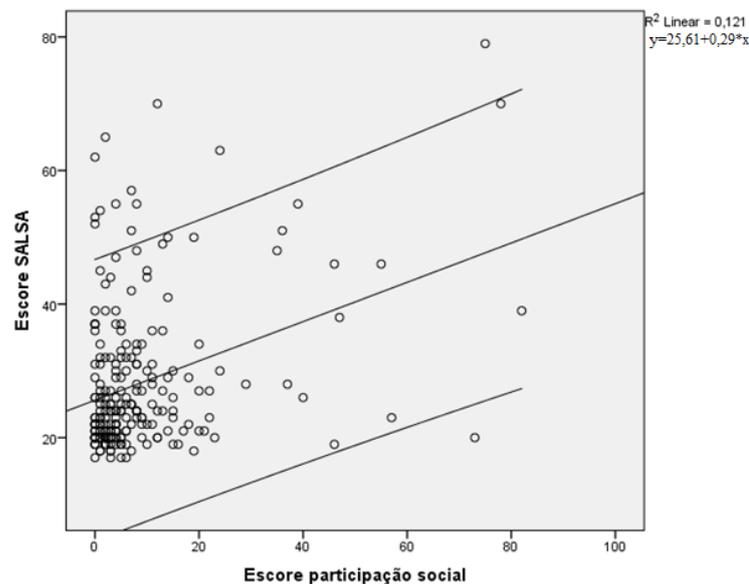
Continuação Tabela 7 - Domínios da participação social com as variáveis clínicas. Florianópolis, 2018. (n=228)

Variáveis	Participação social				p-valor*
	Sem restrição significativa		Com restrição		
	n	%	n	%	
Depressão					0,559
Sim	20	10,81	6	13,95	
Não	165	89,19	37	86,05	
Incapacidade de longa duração					0,073
Sim	20	10,81	9	20,93	
Não	165	89,19	34	79,07	
Qualidade de vida após hanseníase					0,002
Muito ruim	6	3,2	5	11,63	
Ruim	16	8,65	10	23,26	
Nem ruim nem boa	44	23,78	13	30,23	
Boa	105	56,76	14	32,56	
Muito boa	14	7,57	1	2,33	

*Valor de p obtido do teste χ^2 ou exato de *fisher*.

Observa-se no gráfico 1, uma associação significativa entre a limitação de atividade funcional e participação social foi positiva e fraca ($r=0,01$) e também mostrou uma relação negativa entre os dois escores, sendo que quanto maior o escore de participação social, maior será o escore de limitação de atividade funcional, sendo que o risco explica 12% ($r^2=0,121$; $p<0,000$) dos achados.

Gráfico 2 - Correlação entre escore Salsa e escore Participação Social na população de estudo. Florianópolis, 2018. (n=228)



4.4 Regressão logística

As variáveis sociodemográficas que permaneceram associadas à limitação da atividade foram as que seguem: Faixa etária de 20 a 29 anos (ORa: 4,64; IC: 1,01-21,33; p=0,048), 60 anos ou mais (ORa: 11,44; IC: 2,38-54,85; p=0,002); situação conjugal separado (ORa: 3,43; IC: 1,56-7,53; p=0,002); ocupação aposentado (ORa: 5,12; IC: 2,06-12,70; p=0,000) e receber ajuda (ORa: 2,13; IC: 1,19-3,81; p=0,011).

Com relação as variáveis clínicas, mantiveram associação as seguintes: grau 1 (ORa: 4,49; IC: 2,08-9,65; p=0,000) e grau 2 (ORa: 9,31; IC: 3,53-24,58; p=0,000) de incapacidade física; diabetes (ORa: 2,91; IC: 1,21-7,01; p=0,017); depressão (ORa:3,58; IC: 1,44-8,91; p=0,006); incapacidade de longa duração (ORa: 4,30; IC:1,75-10,53; p=0,001); qualidade de vida após hanseníase boa (ORa: 0,19; IC: 0,04-0,79; p=0,021) e muito boa (ORa: 0,13; IC: 0,02-0,78; p=0,026) (Tabela 8).

Tabela 8 - Regressão logística entre limitação de atividade, fatores sociodemográficos e padrão clínico associado a hanseníase. Florianópolis-PI, 2018. (n=228)

Variáveis	Limitação de atividade		
	ORa	IC95% (min-max)	p-valor
Sociodemográficas			
Faixa etária			
15 a 19 anos	1	-	-
20 a 59 anos	4,64	1,01-21,33	0,048
60 ou mais	11,44	2,38-54,85	0,002
Situação Conjugal			
Solteiro	1	-	-
Casado	1,53	0,82-2,85	0,173
Separado	3,43	1,56-7,53	0,002
Ocupação			
Estudante	1	-	-
Dona de casa/do lar	1,31	0,66-2,58	0,428
Aposentado	5,12	2,06-12,70	0,000
Desempregado	1,43	0,43-4,68	0,551
Outros	-	-	-
Recebe ajuda			
Sim	2,13	1,19-3,81	0,011
Não	1	-	-
Variáveis clínicas			
Classificação operacional			
Paucibacilar	1	-	-
Multibacilar	1,58	0,93-2,69	0,088

Continuação Tabela 8 - Regressão logística entre limitação de atividade, fatores sociodemográficos e padrão clínico associado a hanseníase. Floriano-PI, 2018. (n=228)

Variáveis	Limitação de atividade		
	ORa	IC95% (min-max)	p-valor
Grau de incapacidade física			
Grau 0	1	-	-
Grau 1	4,49	2,08-9,65	0,000
Grau 2	9,31	3,53-24,58	0,000
Diabetes			
Sim	2,91	1,21-7,01	0,017
Não	1	-	-
Depressão			
Sim	3,58	1,44-8,91	0,006
Não	1	-	-
Incapacidade de longa duração			
Sim	4,30	1,75-10,53	0,001
Não	1	-	-
Qualidade de vida após hanseníase			
Muito ruim	1	-	-
Ruim	1,25	0,24-6,25	0,786
Nem ruim nem boa	0,51	0,12-2,14	0,363
Boa	0,19	0,04-0,79	0,021
Muito boa	0,13	0,02-0,78	0,026

Houve associação no modelo logístico entre as variáveis receber benefícios de programas governamentais (ORa: 2,99; IC: 1,51-5,91; p=0,002) e receber ajuda (ORa: 1,99; IC: 1,00-3,97; p=0,049) e a participação social. Quanto aos padrões clínicos manteve-se associação ter boa (ORa: 0,16; IC: 0,04-0,59; p=0,006) e muito boa (ORa: 0,08; IC: 0,00-0,89; p=0,040) qualidade de vida após hanseníase. O grau 1 (p=0,371) e grau 2 (p=0,370) de incapacidade física, a incapacidade de longa duração (p=0,078) e qualidade de vida ruim (p=0,692) e nem ruim nem boa (p=0,129) não apresentaram significância estatística sobre a restrição à participação social nesta análise (Tabela 9).

Tabela 9 - Regressão logística da participação social com fatores sociodemográficos e econômicos. Floriano-PI, 2018. (n=228)

Variáveis	Restrição à participação social		
	ORa	IC95% (Min-Max)	p-valor
Etnia/raça			
Preta/parda	1	-	-
Branca	0,41	0,09-1,88	0,256
Outras	0,38	0,12-1,14	0,085

Continuação Tabela 9 - Regressão logística da participação social com fatores sociodemográficos e econômicos. Floriano-PI, 2018. (n=228)

Variáveis	Restrição à participação social		
	ORa	IC95% (Min-Max)	p-valor
Ocupação			
Estudante	1	-	-
Dona de casa	1,12	0,47-2,64	0,794
Aposentado	0,85	0,29-2,45	0,769
Desempregado	4,60	1,36-15,58	0,014
Outros	-	-	-
Situação conjugal			
Solteiro	1	-	-
Casado/unido	1,23	0,53-2,82	0,618
separado/divorciado/viúvo	2,28	0,90-5,78	0,081
Acesso a programas sociais dos governos federal, estadual ou municipal			
Sim	2,99	1,51-5,91	0,002
Não	1	-	-
Recebe ajuda			
Sim	1,99	1,00-3,97	0,049
Não	1	-	-
Clínicas			
Grau de incapacidade física			
Grau 0	1	-	-
Grau 1	0,69	0,30-1,55	0,372
Grau 2	1,55	0,13-4,08	0,370
Incapacidade de longa duração			
Sim	2,18	0,91-5,20	0,078
Não	1	-	-
Qualidade de vida após hanseníase			
Muito ruim	1	-	-
Ruim	0,75	0,18-3,12	0,692
Nem ruim nem boa	0,35	0,09-1,35	0,129
Boa	0,16	0,04-0,59	0,006
Muito boa	0,08	0,00-0,89	0,040

5 DISCUSSÃO

5.1 Aspectos sociodemográficos e econômicos

A discussão de fatores sociodemográficos, econômicos e clínicos das pessoas que foram acometidas por hanseníase, com a interface com avaliação de limitações e restrições, nos prediz pontos ao qual deve-se priorizar ações de saúde para a garantia de cuidado integral e longitudinal.

Na população estudada, o sexo feminino foi o que teve maior prevalência de participação. Para Silva *et al.* (2010), essa prevalência é justificada pelo fato de a mulher procurar cuidados médicos com maior frequência que os homens. O sexo feminino, para o mesmo autor, prevalece pelo fato de as mulheres procurarem cuidados médicos com maior frequência que os homens.

A falta de cuidado da população masculina, fez surgir desde a década de 90 discussões sobre a necessidade de políticas públicas para esse povo, com a finalidade de atender as singularidades desse público. Tais debates, apoiam-se no triple das barreiras relatadas por essa população, relacionadas ao acesso aos serviços de saúde, incompatibilidade entre o funcionamento dos serviços e a jornada de trabalho dos homens e por estes se perceberem como mais saudáveis que as mulheres (MOURA; GOMES; PEREIRA, 2017).

Diante dessa inquietação sobre a saúde da população masculina, surge em 2009 a publicação da Política Nacional de Saúde do Homem (BRASIL, 2009), com objetivos e princípios específicos que buscam aproximação dessa população aos serviços de saúde, tendo em vista, a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças. Para Chakora (2014), o ponto de partida para instituição da política foi o reconhecimento da gravidade do quadro epidemiológico no Brasil e a sua maior vulnerabilidade a mortes precoces e a doenças graves e crônicas, quando comparados às mulheres e às crianças.

De fato, estudos comprovam maior vulnerabilidade masculina quando comparado com mulheres, principalmente se levar em consideração doenças mais graves e crônicas (LAURENTI; JORGE; GOTILIEB, 2005; GOMES; NASCIMENTO, 2006). Mas, sobre a hanseníase, dados gerais de notificações de casos novos no Brasil, Nordeste e estado do Piauí, dos últimos anos, mostram que a maioria dos casos são em pessoas do sexo masculino, o que faz repensar a vulnerabilidade masculina em contexto ampliado ser menor para essa doença (BRASIL, 2018b; MONTEIRO *et al.*, 2017). Isso não diminui a importância de avaliar essa população, sempre que houver vulnerabilidade clínica e/ou epidemiológica à ocorrência da

doença, uma vez que podem ser mais afetados e expostos a fatores desencadeantes da hanseníase (SOUSA *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2018).

Observou-se a predominância de pardos o que pode ser explicado pelos dados do senso demográfico brasileiro de 2010, os quais apontam que no Brasil, Nordeste e Piauí predominam pessoas que se autodeclararam preta/parda, que também é consoante com a literatura pesquisada (BRITO *et al.*, 2014; CAMPOS; BATISTA; GUERREIRO, 2018; VIEIRA; ARAGOSA; CARVALHO; SOUSA, 2014; IBGE, 2010). Segundo Silva (2012), essa é uma classificação essencialmente subjetiva, mas é relevante a sua identificação pois existe relação com algumas variáveis sociodemográficas e econômicas que podem estar associadas com situações de vulnerabilidade.

O número de católicos é superior ao das demais religiões. No Piauí, o catolicismo tem maior número de praticantes (IBGE, 2010) consoante com o encontrado no presente estudo. No âmbito social, esse aspecto é relevante para a hanseníase pois é uma doença que apresenta histórico bíblico associado a situações de preconceito/estigma e vulnerabilidade, que contribui com o sentimento de desigualdade e sofrimento das pessoas acometidas pela doença, mesmo que tal fato seja relativo a religião, mas também exerce a função de alívio emocional como fonte de refúgio espiritual (MELLAGI; MONTEIRO, 2009).

As pessoas que se declaram casadas foram maioria neste estudo. O convívio com um companheiro(a), no aspecto do processo saúde-doença é indispensável no apoio ao enfrentamento de problemas advindos da doença. Pesquisadores observam resultados semelhantes ao encontrado e ponderam melhoria na qualidade de vida entre pessoas com hanseníase quando essas são casadas (COSTA, 2012; SIMÕES *et al.*, 2016).

A doença foi mais frequente entre aqueles com nível de ensino fundamental. Tal achado está diretamente ligado ao desenvolvimento social e nível de condições de vida, uma vez que baixos níveis de escolaridade torna o acesso difícil nas mais diversas ordens e quando se trata de hanseníase, contribui para que situações de desigualdade social se mantenham enraizada no contexto de vida das pessoas. Isto reforça o caráter negligenciado da doença, fato que contribui com a magnitude do estigma (LOPES; RANGEL, 2014, SOUZA *et al.*, 2018).

A situação de moradia e, especialmente, a baixa renda encontrada, também é um fator preponderante a situação de desigualdade social e diretamente ligada ao nível de instrução. Assim como no estudo de Lopes e Rangel (2014), a maioria das pessoas possuía casa própria, o que ameniza a situação socioeconômica para as famílias. Mas, vale ressaltar que é preciso educação de qualidade, serviços de saúde adequados, assistência social efetiva e inserção no

mercado de trabalho para o combate à doença, podendo os serviços de saúde reproduzir as desigualdades ou minimiza-las.

Podemos inferir que a situação de moradia, renda, escolaridade são condições que se retroalimentam, expondo as pessoas com hanseníase a maiores vulnerabilidades. Historicamente a hanseníase é um agravo que atinge populações negligenciadas, dessa forma os aspectos socioeconômicos e demográficos merecem atenção.

Para melhoria desse conjunto de características sugestivas de desigualdade social e associados a hanseníase, Rodrigues *et al.* (2017) propõe o investimento em educação, saneamento básico, habitação, oportunidades de trabalho e atividades de lazer, o que também proporcionaria melhorar o padrão de vida da população.

A transferência de recurso por meio de acesso a programas sociais do governo federal, estadual ou municipal, configurou uma situação preocupante diante da pequena expressividade de acesso, visto que o perfil da população é de pessoas que viviam em um contexto de vulnerabilidade. O impacto desse tipo de transferência foi discutido por Nery *et al.* (2014), sobre as taxas de detecção de casos novos de hanseníase, porém em um cenário pós-alta com foco na limitação de atividade e participação social é uma perspectiva nova.

Os estudos de Monteiro *et al.* (2017) e de Nery *et al.* (2014), mostraram que municípios que possuem maior cobertura de programas sociais, reduzem significativamente os indicadores de hanseníase, com a melhoria de consumo, segurança alimentar, condições nutricionais e reduzem as barreiras de acesso aos serviços de saúde, especialmente a serviços de base comunitária. Dessa forma, aumenta a detecção de casos e diminui a proporção de casos novos com incapacidade física 2, teoricamente com deformidades físicas visíveis e grande proporção de limitação e restrição social. Na perspectiva incapacitante não foram relatadas análises por esses autores.

No contexto de vulnerabilidade social, com baixa escolaridade, remuneração mínima e com acesso a transferência de renda limitado, as pessoas relatam que não recebem ajuda, seja em dinheiro, roupas, remédios, transporte e/ou atenção de parentes e/ou amigos. Pressupõe-se que tal fato pode estar associado com a vergonha pelo estigma advindo da doença e/ou constrangimento, porém, não se pode descartar a possibilidade de não obter ajuda por viverem em comunidades com as mesmas características de vulnerabilidade.

5.2 Padrão clínico associado à hanseníase

Quanto ao padrão clínico, buscou-se analisar os principais aspectos que possam agravar o quadro clínico de uma pessoa com a doença ou que cause piora das repercussões pós-alta de hanseníase principalmente quanto a realização de atividades funcionais e a participação em atividades comunitárias e intrafamiliar (Participação social). A classificação operacional, forma clínica, grau de incapacidade física, diabetes, depressão, incapacidade de longa duração e qualidade de vida após a alta da hanseníase, formam os aspectos abordados neste estudo.

O diagnóstico de hanseníase paucibacilar e forma clínica indeterminada, prediz que essas pessoas foram diagnosticadas ao surgimento dos primeiros sinais e sintomas da doença, quando estava em um estágio transitório entre sintomas iniciais pós período de incubação e formas mais grave da doença. Porém, pode-se inferir que em uma realidade histórica hiperendêmica a ocorrência dessa classificação pode estar relacionada com erro de classificação e/ou alimentação do sistema (ARAÚJO *et al.*, 2018).

Apesar da possibilidade de diagnóstico na fase inicial da doença verificada neste estudo, a avaliação de incapacidade física, mostrou maior predominância do grau 1, situação onde as pessoas apresentam diminuição de sensibilidade e/ou de força muscular em olho, mãos e pés, dentro de alguns dos aspectos avaliados, o que indica inadequação de classificação clínica. Por se tratar de situação onde a classificação operacional e clínica refletem momento de diagnóstico e o grau de incapacidade a reavaliação, possivelmente pode ter ocorrido piora do quadro clínico dessas pessoas, o que sugere reação pós-alta e piora do grau de incapacidade física. Achado semelhante foi observado no Tocantins (MONTEIRO *et al.*, 2013). Isso reflete a necessidade de programas de prevenção de incapacidades com abordagem ampliada ao acompanhamento pós alta durante longos períodos.

O grau de incapacidade física tem uma relação estreita com tempo (ALVES *et al.*, 2010), e quanto maior o grau no momento do diagnóstico, mais tempo foi necessário para o diagnóstico. Tal fato reflete na instalação de limitações e restrições sociais, tornando-se necessária a estruturação dos serviços/ações de acompanhamento a fim de trabalhar a saúde de forma holística, amparando anseios e problemas vivenciados.

Dessa forma, um cuidado longitudinal qualificado com reavaliações dermatoneurológicas, odontológicas, clínica em geral e com orientações para prevenção de incapacidades a fim de diagnósticos precocemente alterações de saúde e garantir o atendimento integral é essencial para acompanhamento dessas pessoas.

O acompanhamento de saúde para a pessoas que tiveram hanseníase é de extrema importância, visto que elas continuam susceptíveis a episódios de reações hansênicas além da possibilidade de instalação de comorbidades incapacitantes. Neste estudo, foi avaliada a

presença de comorbidade tipo autorreferida para diabetes, depressão e incapacidade de longa duração, e poucas pessoas relataram tais doenças. Essa necessidade de seguimento é expressada por Monteiro *et al.* (2013), quando apontam lacunas relacionadas a falta de conhecimento sobre as pessoas assistidas, ao acompanhamento pós-alta que dificultam o atendimento integral.

5.3 Limitação de atividade e restrição a participação social

O conhecimento do impacto da hanseníase sobre a limitação de atividades funcionais e da participação social das pessoas ainda se configura como um campo a ser explorado devido a poucos estudos na literatura e em perspectivas diferenciadas.

A limitação de atividade não foi uma característica constante neste estudo, assim como nos achados de Reis; Castro; Fernandes (2017) e Barbosa *et al.* (2008). O escore Salsa final apresentou diferentes classificações de limitação de atividade, factível com a literatura estudada (BARBOSA *et al.*, 2008; BARBOSA, 2009; MONTEIRO *et al.*, 2014; RAFAEL, 2010).

Da mesma forma, a ausência de restrição teve maior expressão no contexto estudado, consoante com Batista (2016). Essa avaliação por meio da escala de Participação Social revela uma visão ampla e abrangente das pessoas com hanseníase, com avaliação psicossocial e abordagem de funcionalidade, fato ligado a CIF, que fundamentou a construção da escala em questão. Isto mostra a importância de sua utilização em contextos diferentes relacionados à hanseníase, o que já era esperado, tendo em mente que a percepção de restrição à participação social tem maiores valores durante o tratamento da doença, pois as pessoas apresentam maior resistência em aceitar seu diagnóstico (BARBOSA *et al.*, 2008). Aspecto que pode refletir na adesão e acompanhamento dos casos, o que exige maior atenção por parte dos serviços de saúde.

Em um panorama geral, a limitação teve associação significativa com fatores ligados ao processo de envelhecimento (faixa etária), convívio familiar (situação conjugal), situação de ocupacional/financeira (ocupação e receber ajuda), assim como, situações de saúde relevantes para a mensuração das incapacidades (grau de incapacidade física e qualidade de vida após hanseníase), além das comorbidades (diabetes, depressão e incapacidade de longa duração). Estes achados configuram a necessidade de uma atenção integral a essas pessoas que foram atingidas pela hanseníase em algum momento de suas vidas.

A limitação de atividade apresentou correlação estatisticamente significativa com a escala de participação social, assim como encontrado por Monteiro *et al.* (2014). Porém, essa

relação necessita de maiores estudos para verificar a influência de outros fatores, principalmente na presença de comorbidades limitantes associados a hanseníase.

O risco para as pessoas com 60 anos ou mais desenvolver limitação de atividade foi considerável. Alguns autores apontam perda de capacidade funcional com a idade (FIEDLER; PERES, 2008). Mas, visto a magnitude do problema da hanseníase essa associação torna-se relevante pois é uma situação agravante do estado de saúde de uma pessoa, mesmo em diferentes condições de vida.

O apoio do cônjuge foi comprovado em estudos como fator para enfrentamento e melhoria da qualidade de vida de pessoas com hanseníase durante diagnóstico e tratamento (COSTA, 2012; SIMÕES *et al.*, 2016). Porém, neste cenário de pós-alta e tratando-se de limitação de atividade, os casados não apresentaram relação significativa e os separados tem maior risco de desenvolver limitação de atividade. Quando analisado à restrição a participação social, não houve relação significativa.

No trabalho, a situação de desempregado configurou um perfil de maior risco tanto para desenvolvimento de limitação de atividade quanto para restrição a participação social. Esse fato pode estar ligado a sensação de perigo e/ou estigma relacionado a doença, o que as tornam pessoas vulneráveis ao desemprego.

Chamou atenção neste estudo a variável receber ajuda, usada para caracterizar situação em que a pessoa recebia dinheiro, roupa, remédio, comida ou outras coisas que precisasse, como transporte, compras, acompanhamento em consultas médicas, limpeza da casa, cuidado com roupas, fazendo companhia ou ouvindo problemas. As pessoas que afirmaram receber essa ajuda apresentaram de risco tanto para a limitação de atividade quanto para a restrição a participação social.

O fato de receber ajuda denota possivelmente situação de desemprego, vulnerabilidade econômica e baixo autoestima das pessoas, que associado as repercussões da doença agrava a questão da limitação de atividade e participação em sociedade. Essas características, supostamente, afirmam que as pessoas se tornam menos ativas ao receber ajuda, e tal fato influência em questões de saúde aqui analisadas na perspectiva de pós-alta.

A transferência de renda por meio de programas sociais do governo também se configurou como fator de risco para a restrição a participação social. Pressupõe-se que essa associação se faz presente em virtude dessas pessoas terem características vulneráveis que as tornam elegíveis para adesão a transferência de renda por meio de programas sociais. De fato, essa transferência já comprovou melhoria na qualidade de vida das pessoas com hanseníase e nos índices de casos novos (MONTEIRO *et al.*, 2017; NERY *et al.*, 2014). Porém, novos

estudos com abordagem pós-alta relacionado a limitação de atividade e participação social necessitam ser explorados para ampliação de conhecimento sobre fatores que interferem nesse processo.

É esperado que com o aumento do grau de incapacidade física também tenha repercussão na limitação de atividade, visto que esse índice sumariza o potencial incapacitante da doença que envolvem olhos, mãos e pés. Alterações nestes pontos podem trazer repercussões na vida de uma pessoa, limitando sua capacidade de desenvolvimento de atividades cotidianas e relacionada a ocupação, além de fortalecer pensamentos/attitudes estigmatizantes envolvidas com a percepção da situação de saúde e autoimagem. A presença de incapacidades físicas produzidas por hanseníase está associada com vulnerabilidade individual agravantes da limitação de atividade (ALMEIDA, 2016).

A participação social não apresentou significância quanto a influência do grau de incapacidade física em hanseníase, o que significa dizer que essas pessoas têm suas relações sociais e comunitária pouco alterada por conta de suas incapacidades físicas decorrente da hanseníase após cura. Essa não significância pode ser justificada pelo apoio familiar, de amigos e conhecidos, já que foi analisado um contexto de participação social intrafamiliar e comunitário.

Mesmo em uma situação de autopercepção da incapacidade física, os resultados não mostraram significância estatística que justificasse o risco aumentado de restrição à participação social em pessoas no pós-alta por poliquimioterapia de hanseníase. Fato que também pode estar ligado a situação de cura dessas pessoas.

O acometimento por algumas comorbidades também foi avaliado neste estudo e quando associado com a limitação de atividade, mostrou que o diabetes e depressão aumentam o risco em pessoas no pós-alta de tratamento da hanseníase. Especialmente o diabetes é uma situação crônica, cuja associação já era esperada.

A associação do diabetes com a hanseníase é um problema sério pois afeta consideravelmente a situação de saúde do indivíduo. Tratam-se de duas doenças com possíveis repercussões neurológicas que podem interferir em reflexos protetores, limitar atividades e apresentar prejuízos além de aspectos físicos, mesmo no pós-alta (SHY ME, 2007; MELINSKI; GIRARDI, 2014).

A depressão é o transtorno psiquiátrico de maior frequência em pessoas com hanseníase (CORRÊA *et al.*, 2018). O diagnóstico da doença e repercussões da neuropatia fazem surgir pensamentos negativos, tristeza, impotência, interferência no convívio social/trabalho e nas atividades de vida diária (NUNES *et al.*, 2008).

5.4 Limitações do estudo

As limitações do estudo estão relacionadas com as bases de dados secundárias, em face das inconsistências e incompletudes das informações, especialmente referente aos endereços. Como forma de minimizar essas perdas, foi realizado cruzamento das informações de endereço com a base de dados do Sistema de Cadastro de usuários do SUS (CADSUS) e Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

6 CONCLUSÕES

O estudo mostrou que a maioria das pessoas com hanseníase vive em um contexto sociodemográfico e econômico de desigualdade social, onde prevalece a baixa renda, nível de escolaridades mínimo, falta de acesso a programas sociais e não recebem qualquer tipo de ajuda.

Quanto aos padrões clínicos relacionados a hanseníase, foi observado classificação predominante de fases iniciais da doença, ou seja, forma clínica indeterminada e classificação operacional, paucibacilar. Este achado se contrapôs ao que foi observado quanto ao grau de incapacidade física, uma vez que a maioria apresentou diminuição de sensibilidade e/ou força, caracterizando possíveis chances aumentadas de limitação e/ou restrição, pouco presente nas classificações iniciais da doença. Contudo, a maioria das pessoas não apresentou limitação de atividade e nem restrição a participação social.

Houve correlação positiva entre limitação de atividade funcional e participação social. Isso reforça a importância de utilização dessas escalas para melhor avaliação da situação de saúde e comprometimento do paciente.

Foi perceptível a associação significativa da limitação de atividade com a faixa etária ($p=0,000$), situação conjugal ($p=0,007$), ocupação ($p=0,000$) e receber ajuda ($p=0,010$). Assim como, foi observado quanto ao grau de incapacidade física ($p=0,000$), diabetes ($p=0,014$), depressão ($p=0,004$), incapacidade de longa duração ($p=0,001$) e qualidade de vida após hanseníase ($p=0,000$), sendo que ter idade elevada ($ORa=11,44$), ser separado ($ORa=3,43$), aposentado ($ORa=5,12$), ter grau 1 ($ORa=4,49$) ou 2 ($ORa=9,31$) de incapacidade física, receber ajuda ($ORa=2,13$), diabetes ($ORa=2,91$), depressão ($ORa=3,58$), incapacidade física de longa duração ($ORa=4,30$) aumentam as chances da pessoa desenvolver limitação de atividade funcional relacionado a hanseníase no pós-alta. A qualidade de vida boa ($ORa=0,19$) e muito boa ($ORa=0,13$) após a hanseníase configuraram como fator de proteção.

Quanto a restrição a participação social, houve associação significativa com ocupação ($p=0,040$), acesso a programas sociais ($p=0,001$), receber ajuda ($p=0,046$) e qualidade de vida após hanseníase ($p=0,002$), sendo que ser desempregado ($ORa=4,60$), acesso a programas sociais ($ORa=2,99$) e receber ajuda ($ORa=1,99$) aumentam as chances de desenvolver restrição a participação social relacionada a hanseníase no pós-alta.

6.1 Recomendações

Considerando que esta pesquisa, por ser caracterizada como operacional, envolveu os diversos atores sócias da saúde e de outras áreas do município de Florianópolis, contribuindo para o planejamento de ações direcionadas as pessoas com hanseníase, seguem algumas recomendações:

- Prestar atendimento continuado/longitudinal às pessoas acometidas por hanseníase não somente durante a doença, mas também no pós-alta, pelos menos por cinco anos, buscando identificar/tratar precocemente as reações hansênicas, incapacidades físicas, além de possíveis transtornos psicológicos e outros que possam agravar a limitação de atividade e a participação social;
- Implantar a escala Salsa e de Participação Social no atendimento à hanseníase;
- Capacitar os profissionais ESF do município de Florianópolis para investigação de impactos na capacidade funcional e limitação de atividade das pessoas atingidas por hanseníase;
- Elaborar mídias educativas sobre hanseníase para serem veiculadas nas salas de espera das unidades de saúde, com vistas a ampla divulgação no município sobre hanseníase, limitações funcional e participação social;
- Manter processo contínuo e sistemático de qualificação dos profissionais dos serviços de saúde, para atenção integral as pessoas com hanseníase;
- Apoiar novas pesquisas e o fortalecimento das parcerias entre instituições de ensino e serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- ABEN-ATHAR, C. Y. U. P. *et al.* Assessment of the sensory and physical limitation imposed by leprosy in a Brazilian Amazon Population. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 50, n. 2, p. 223-228, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822017000200223&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 dez. 2018.
- ALBUQUERQUE, A.M.C. *et al.* Análise epidemiológica da hanseníase no município de Reriutaba – Ceará, 2001 a 2016. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 16, n. 2, 2018. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/4968/pdf_828>. Acesso em: 21 out. 2018.
- ALMEIDA, P. D. **Incapacidades físicas e vulnerabilidade individual de casos de hanseníase em municípios hiperendêmicos**. Orientadora: Telma Maria Evangelista de Araújo. 2016. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí. Disponível em: <<http://repositorio.ufpi.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/429/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20Priscilla%20Dantas.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 09 dez. 2018.
- ALOTAIBI, M. H. *et al.* The demographic and clinical characteristics of leprosy in Saudi Arabia. **J Infec Public Health**. v. 9, n. 5, 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 out. 2018.
- ALVES, C.J.M. *et al.* Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em Serviço de Dermatologia do Estado de São Paulo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, São Paulo, v. 43, n.4, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n4/a25v43n4.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2018.
- ARAÚJO, A.E.R.A. *et al.* Complicações neurais e incapacidades em hanseníase em capital do nordeste brasileiro com alta endemicidade. **Rev Bras Epidemiol**, v. 17, n. 4, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17n4/pt_1415-790X-rbepid-17-04-00899.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.
- ARAÚJO, H.C. de S. **História da lepra no Brasil**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1946.
- ARAUJO, O. D. de. **Vulnerabilidades relacionadas à hanseníase entre contatos/coabitantes e sua interface com a detecção de casos novos**. Orientadora: Telma Maria Evangelista de Araújo. 2017 Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí. 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: 09 dez. 2018.
- ARAÚJO, T.M.E. (org.) *et al.* **IntegraHans PI**: boletim de vigilância em saúde no município de Floriano/ PI : hanseníase 2016. Floriano: Universidade Federal do Piauí, 2018. ISBN: 978-85-509-0275-3

BAIALARDI, K. S.. O Estigma da Hanseníase: Relato de uma Experiência em Grupo com Pessoas Portadoras. **Hansen Int**, V.32, N.1, 2007. Disponível em:< <http://www.ils.br/revista/imageBank/301-862-1-PB.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2017.

BARBOSA J. C. *et al.* Pós-alta em Hanseníase no Ceará: limitação da atividade funcional, consciência de risco e participação social. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. spe, p. 727-733, 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 dez. 2018.

BARBOSA, J.C. Pós-alta em hanseníase no Ceará: olhares sobre políticas, rede de atenção à saúde, limitação funcional, de atividades e participação social das pessoas atingidas. Orientador: Claudio Gastão Junqueira de Castro. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-09042009-102619/pt-br.php>>. Acesso em: 09 dez. 2018.

BATISTA, R. D. de C. **Participação social e sofrimento mental como indicador de estigmas em pessoas acometidas pela hanseníase**. Orientadora: Marize Melo dos Santos. 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Piauí. Disponível em:< http://repositorio.ufpi.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/11117/Diserta%C3%A7%C3%A3o_Rose%20Daniele_%20Pr%C3%A9_textuais.pdf?sequence=1 >. Acesso em: 09 dez. 2018.

BENCHIMOL, J. L.; SÁ, M. R. (Coor.). Biblioteca Virtual Adolpho Lutz. **Museu Nacional**. Instituto Adolfo Lutz. 2018. Disponível em:< <http://www.bvsalutz.coc.fiocruz.br/html/pt/static/trajetoria/introducao.php>>. Acesso em: 03 maio 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Portaria nº 133 de 01 setembro de 1994**. Revoga a Portaria nº 814/GM de 22 de julho de 1993 e expedir novas Instruções normativas visando ao desenvolvimento de ações destinadas à orientação e acompanhamento de execução do Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase em todo território nacional. Diário Oficial da União; 02 set 1994, Brasília (DF), 1994a . Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf>. Acesso em: 15 set. 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diário Oficial da União, nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59, Brasília-DF. 2012b. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2015.

_____. **Lei nº 9.010, de 29 de março de 1995**. Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 30 mar. 1995. Seção 1, p. 4509. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1995/lei-9010-29-marco-1995-348623-norma-pl.html>>. Acesso em: 18 jul 2018.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de atenção básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Saúde da Família – Floriano-PI** (Online). Brasília. 2018a. Disponível em:< http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 26 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública.** Brasília: MS. 2016. Disponível em: < http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes_para_.eliminacao_hanseniase_-_manual_-_3fev16_isbn_nucom_final_2.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Guia prático sobre a hanseníase.** 1ªed. Brasília: MS. 2017. Disponível em: < <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hanseniase-WEB.pdf> >. Acesso em 22 out. 2018.

_____. 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html>. Acesso em: 09 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de prevenção de incapacidades.** Brasília: MS, 2008. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_prevencao_incapacidades.pdf >. Acesso em: 29 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Prevenção de Incapacidades.** Brasília: MS, 2008. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_prevencao_incapacidades.pdf >. Acesso em: 09 dez. 2018.

_____. Ministério da 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: MS, 2012a. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_acoes_estrategicas_2011_2015.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3125 de 7 de outubro de 2010.** Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. Brasília. 2010. Disponível em: < http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/portaria_n_3125_hanseniase_2010.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 149, de 3 de fevereiro de 2016.** Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, com a finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde. Diário Oficial da União, seção 01, página 45. Disponível em: < <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=04/02/2016&pagina=45>>. Acesso em: 22 out. 2018.

_____. 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. [Online], 2016. Disponível em: < <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/julho/07/tabela-geral-2015.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica. **Morbidade – Hanseníase**. [Online], 2017. Disponível em:< <http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 24 mai. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância à Saúde. Boletim epidemiológico: Hanseníase. **Ministério da saúde**, Brasília, v. 49, n. 4, 2018. ISSN: 2358-9450. Disponível em:< <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/31/2018-004-Hanseniase-publicacao.pdf>>. Acesso em: 09 dez. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância à Saúde. **Tabela 4 - Proporção de Casos Novos com Grau II de Incapacidade Física Avaliada no Momento do Diagnóstico segundo Ano de Avaliação, por Unidade Federada, Brasil, 2001-16**. (Online), Brasília. 2017. Disponível em:<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinannetbd/hanseniase/Planilhas_arquivos/sheet012.htm> . Acesso em 25 ago 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico: Hanseníase**. [Online] v. 49, n.4, 2018b. Disponível em:< <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/19/2018-004-Hanseniase-publicacao.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de prevenção de incapacidades**. Brasília: MS, 2008a. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_prevencao_incapacidades.pdf >. Acesso em: 23 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos e Notificação Hanseníase – PiauÍ (2017)**. Ministério da Saúde: Brasília, 2018. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dhdat.exe?hanseniase/hantfbr17.def>>. Acesso em: 30 nov. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2º ed. Brasília: Ministério de Saúde, 2008b. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cab_n21_vigilancia_saude_2ed_p1.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

_____. Ministério do planejamento, orçamento e gestão. Subsistema integrado de atenção à saúde do servidor. **Manual de Perícia Oficial em Saúde do Servidor Público Federal**. MPOG: Brasília, 2010. Disponível em:< <https://www.ouvidoriadoservidor.gov.br/ManterLegislacao.do?method=geraArquivo&codigoLegislacao=70> >. Acesso em: 25 mai. 2017.

BRITO, K.K.G. *et al.* Epidemiologia da hanseníase em um estado do nordeste brasileiro. **Rev enferm UFPE**, v. 8, n. 8, 2014. Disponível em:< <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9972/10308>>. Acesso em: 21 out. 2018.

BRONZO, C. **Vulnerabilidade, empoderamento e metodologias centradas na família: conexões e uma experiência para reflexão**. In: CONCEPÇÃO E GESTÃO DA PROTEÇÃO social não contributiva no Brasil. Brasília: UNESCO; MDS, 2009.

CAMPOS, M.R.M.; BATISTA, A.V.A; GUERREIRO, J.V.. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase na Paraíba e no Brasil, 2008 – 2012. **R brasci**

Saúde, v. 22, n. 1, 2018. Disponível em:<

<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/32152/19494>>. Acesso em: 21 out. 2018.

CASTRO, F.R.S.. **Alterações neurológicas na forma neural pura de hanseníase: Aplicação do grau de incapacidade física e da classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. Dissertação de mestrado, Pós-graduação em medicina tropical, fundação osvaldo cruz, 2012. Disponível em:<
https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6975/1/fernando_serejo_ioc_mest_2012.pdf>. Acesso em: 26 set. 2018.

CORRÊA, B. J. *et al.* Relationship between depression, work, and grade of impairment in leprosy. **Acta Fisiatr.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 1-5, 2014. Disponível em:<
http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=528#>. Acesso em: 09 dez. 2018.

COSTA, Dilma Fátima Avellar Cabral da. **Entre ideias e ações: lepra, medicina e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934)**. Tese (Doutorado em História) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói. 2007. Disponível em:<
http://www.historia.uff.br/stricto/teses/Tese-2007_COSTA_Dilma_Fatima_Avellar_Cabral_da-S.pdf>.

COSTA, M.D. *et al.* Assessment of quality of life of patients with leprosy reactional states treated in a dermatology reference center. **An. Bras. Dermatol.**, v. 87, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962012000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 out. 2018.

CRUZ, R.C. da S. *et al.* Clinical trial for uniform multidrug therapy for leprosy patients in Brazil (U-MDT/CT-BR): adverse effects approach. **An. Bras. Dermatol.**, v. 93, n. 3, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962018000300377&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 set. 2018.

CUNHA, A.Z.S. da. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.7, v.2, 2002. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10243>>. Acesso em: 25 dez. 2017.

_____. **Hanseníase: a história de um problema de saúde pública**. 1997. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) - Universidade de Santa Cruz do Sul. Disponível em:< [https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/337/1/ AnaZoe.pdf](https://repositorio.unisc.br/jspui/bitstream/11624/337/1/AnaZoe.pdf) >. Acesso em: 20 nov. 2018.

CUNHA, V. da S. **O isolamento compulsório em questão: políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941)**. 2005. Dissertação (Mestrado em história das ciências e da saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Orientador: Gilberto Hochman. Disponível em:<
<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4004/2/000008.pdf> >. Acesso em: 17 nov. 2018.

ESCALA SALSA. **pacote de teste Beta** – versão 1.0. 2004.

FADEL, F.Q. **Prontuário Eletrônico para pacientes de hanseníase via web**. 2007. Dissertação de Mestrado em Tecnologia em Saúde. Pontifca Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2007. Disponível em:<

http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=123897 >. Acesso em: 26 Ago. 2018.

FIEDLER, M.M.; PERES, K.G.. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2008.v24n2/409-415/pt>>. Acesso em: 09 dez. 2018.

FIGUEIREDO, I.A.; SILVA, A.A. M. da. Aumento na detecção de casos de hanseníase em São Luís, Maranhão, Brasil, de 1993 a 1998: a endemia está em expansão?. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 2, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 out. 2018.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Departamento de Arquivo e Documentação – Casa Oswaldo Cruz. **Decretos e leis** (Online), 2008. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/historiadahanseníase/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=24&query=simple&search_by_authname=all&search_by_field=tax&search_by_keywords=any&search_by_priority=all&search_by_section=all&search_by_state=all&search_text_options=all&sid=31&site=fio&text=decreto+968>. Acesso em: 15 set. 2018.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde (SES). **Boletim de Saúde de Fortaleza: Hanseníase**. Fortaleza: SES; 2011.

FREITAS, C.A.S.L *et al.* Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase no território da Estratégia da Saúde da Família: percepções de enfermeiro e pacientes. **Rev. bras. enferm.**, v. 61, n. spe, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 nov. 2018.

FROHN, W.. **DeraussatzimRheinland**; sein vorkommen und seine bekämpfung. 1ª revisão, Editora: Jena G. Fisher, 1933. 311 páginas.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F. do. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 5, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2018.

GOULART, I.M.B.; PENNA, G.O.; CUNHA, G.. Imunopatologia da hanseníase: a complexidade dos mecanismos da resposta imune do hospedeiro ao Mycobacterium leprae. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 35, n. 4, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822002000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2018.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S.. **Applied Logistic Regression**. New York: Wiley, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Mapas**. [online]. 2016. Disponível em: <ftp://geoftp.ibge.gov.br/organizacao_do_territorio/malhas_territoriais/malhas_municipais/municipio_2015/UFs/PI/>. Acesso em: 22 out. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Resultados**. [online]. 2012. Disponível em: < <http://censo2010.ibge.gov.br/resultados>>. Acesso em: 19 set. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Sistema IBGE de recuperação automática (SIDRA). **População residente, por cor ou raça, segundo a situação do domicílio, o sexo e a idade**. [online] 2010. Disponível em: < <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/3175>>. Acesso em: 20 out. 2018.

INTERNATIONAL FEDERATION OF ANTI-LEPROSY ASSOCIATIONS (ILEP).

Participationscaleusers: Manual v.5.2. 2008. Disponível em: <<http://www.ilep.org.uk/library-resources/infolep-information-services/subjectguides/participation-scale/>>. Acesso em: 17 fev. 2017.

LANA, F. C. F. *et al.* O estigma em hanseníase e sua relação com as ações de controle. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 4, n. 3, p. 556-565, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/12550/pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

LASTÓRIA, J.C.; ABREU, M. A. M. M. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. **Diagn. Tratamento**. v. 17, n.4, 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n4/a3329.pdf>>. Acessado em: 26 Set. 2018.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P. de M.; GOTLIEB, S.L.D.. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2018.

LEANDRO, J. A.. Em prol do sacrifício do isolamento: lepra e filantropia na Argentina e no Brasil, 1930-1946. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v. 20, n. 3, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702013000300913&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2018.

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, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0817.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2018.

LUSTOSA, A. A. *et al.* The impact of leprosy on health-related quality of life. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 44, n.5, p. 621-626. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822011000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2015.

MACIEL, L. R.. "Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade": uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962). Tese (Doutorado) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói. 2007. Disponível em: < http://www.historia.uff.br/stricto/teses/Tese-2007_MACIEL_Laurinda_Rosa-S.pdf>. Acesso em: 22 out. 2018.

MALTA, D. C. *et al.* Family Health Strategy Coverage in Brazil, according to the National Health Survey, 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200327&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 nov. 2018.

MANTELLINI, G.G.; GONÇALVES, A.; PADOVANI, C. R. Incapacidades Físicas em Hanseníase: Coisa do Passado ou Prioridade na Prevenção? **Hansen Int**, v. 34, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10970>. Acesso em 18 set. 2016.

MELINSKI, M. C.; GIRARDI, D. R. Diabetes e hanseníase: estigma e cura, análise por meio de redes *Bayesianas*. **Cadernos PAIC**, Programa de Apoio à Iniciação Científica 2013-2014. Disponível em: <<https://cadernopaic.fae.emnuvens.com.br/cadernopaic/article/viewFile/77/76>>. Acesso em: 09 dez. 2018.

MELLAGI, A.G.; MONTEIRO, Y.N.. O imaginário religioso de pacientes de hanseníase: um estudo comparativo entre ex-internos dos asilos de São Paulo e atuais portadores de hanseníase. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, v. 16, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 out. 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, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2013.v29n5/909-920/pt>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

MONTEIRO, L.D. *et al.* Limited activity and social participation after hospital discharge from leprosy treatment in a hyperendemic area in north Brazil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 91-104, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000100091&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 dez. 2018.

MONTEIRO, L.D.. Social determinants of leprosy in a hyperendemic State in North Brazil. **RevSaude Publica.**, v.51, n.70, 2017. Disponível em: <<http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/plugins/xml-to-html/include/lens/index.php?xml=0034-8910-rsp-S1518-87872017051006655.xml&lang=en#info>>. Acesso em: 23 out. 2018.

MONTEIRO, M.J. de S. *et al.* Perfil epidemiológico de casos de hanseníase em um estado do nordeste brasileiro. **Rev. Aten. Saúde**, v. 15, n. 54, 2017. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4766/pdf>. Acesso em 19 out. 2018.

MONTEIRO, Y. N.. Prophylaxis and exclusion: compulsory isolation of Hansen's disease patients in São Paulo. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.10, supl.1, p.95-121. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000400005>. Acesso em: 22 out. 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, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100291&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 19 out 2018.

NERI, E. A. R. **Fatores associados ao desempenho da vigilância de contatos de hanseníase em áreas hiperendêmicas no estado do Piauí.** Orientadora: Telma Maria Evangelista de Araújo. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí.

NERY, J. S. *et al.* Effect of the Brazilian Conditional Cash Transfer and Primary Health Care Programs on the New Case Detection Rate of Leprosy. **PLoS Negl Trop Dis**, n. 8, 2014. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0003357>>. Acesso em: 23 out. 2018.

NUNES, J. M. Ter hanseníase: percepções de pessoas em tratamento. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 9, n. 9, p. 99-106, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/5242/3867>>. Acesso em: 09 dez. 2018.

OLIVEIRA, F. F. L.; MACEDO, L. C. Perfil Epidemiológico dos Portadores de Hanseníase em um Município da Região Centro-Oeste do Paraná. **SaBios: Rev. Saúde e Biol.**, v.7, n.1, 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Luciana_Conci_Macedo/publication/279406500_PERFIL_EPIDEMIOLOGICO_DOS_PORTADORES_DE_HANSENIASE_EM_UM_MUNICIPIO_DA_REGIAO_CENTRO_OESTE_DO_PARANA/links/562f6b6908aea5dba8d353b6.pdf>. Acesso em: 18 set. 2018.

OLIVEIRA, M.D.A.; SILVA, J.C.A.; OLIVEIRA, S.B. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexos sobre as metas de eliminação. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, 2018. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34882/v42e422018.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 30 nov. 2018.

OPROMOLLA, D.V.A. **Noções de Hansenologia.** Centro de Estudos – Dr. Reynaldo Quagliato, Bauru, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.** (Tradução) Centro de Informações das Nações Unidas, Brasília, 2016. Disponível em: <<https://sustainabledevelopment.un.org/>>. Acesso em: 29 nov. 2018

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia global para Hanseníase 2016-2020:** aceleração rumo a um mundo sem hanseníase. OMS/SEARO, 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/8/9789290225201-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Global leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion. **Weekly Epidemiological Record**, v. 91, n. 35, p. 405-420, 2016. ISSN 0049-8114. Disponível em: <[http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=117831699\(=pt-br&site=ehost-live&authtype=ip,cookie,uid](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=117831699(=pt-br&site=ehost-live&authtype=ip,cookie,uid)>. Acesso em: 07 mai. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Leprosy elimination.** [Online], 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/lep/transmission/en/>>. Acesso em: 25 mai. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase:** 2011-2015. Brasília: OMS, 2010. Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_global_aprimorada_reducao_hanseniose.pdf>. Acesso em 15 nov. 2018.

PARTICIPATION SCALE USERS. **Manual** v.4.6. 2005. Disponível em: <<http://www.leprastichting.nl/assets/infolep/Participation%20Scale%20Users%20Manual%20v.4.6.pdf>>.

PEREIRA, H.L.A. *et al.* Avaliação por imagem do comprometimento osteoarticular e de nervos periféricos na hanseníase. **Rev. Bras. Reumatol.**, v. 46, supl. 1, 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042006000700006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 Set. 2018.

PEREIRA, T. M.. **A dor que ninguém vê: “corpos docilizados” com episódios reacionais hansênicos.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina – Departamento de Saúde Comunitária, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Mestrado em Saúde Pública, Fortaleza, 2013. Disponível em:<http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/5027/1/2013_dis_tmpereira.pdf>. Acesso em: 22 out. 2018.

PIERI, F. M. *et al.* Fatores associados às incapacidades em pacientes diagnosticados de hanseníase: um estudo transversal. **Hansen Int.**, v. 37, n. 2, 2012. Disponível em:<www.ilsl.br/revista/download.php?id=imageBank/v37n2a03.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2017.

PINTO NETO, J.M. *et al.* O controle dos comunicantes de hanseníase no Brasil: uma revisão da literatura. **Hansen. int.**, v. 25, n. 2, p. 163-76, 2000. Disponível em:<<http://www.ilsl.br/revista/imageBank/696-2387-1-PB.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2018.

PIRES, Carla Andrea A. *et al.* Leprosy in children under 15 years: the importance of early diagnosis. **Rev. paul. pediatr.**, v. 30, n. 2, 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 set. 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, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4938275/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

RAFAEL, A.C. **Pacientes em tratamento e pós-alta em hanseníase: estudo comparativo entre os graus de incapacidades preconizados pelo Ministério da Saúde correlacionando-os com as escalas SALSA e participação social.** Orientadora: Rosicler Rocha Alzar Alvarez. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Brasília. Disponível em:<<http://repositorio.unb.br/handle/10482/4384>>. Acesso em: 09 dez. 2018.

REIS, B. M.; CASTRO, S. S.; FERNANDES, L. Limitation of activity and restriction of social participation in relation to age range, gender, and education in people with leprosy. **An. Bras. Dermatol.**, v.92, n.3, 2017. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5514572/>>. Acesso em: 03 nov. 2018.

RIBEIRO, G. de C. *et al.* Estimate of hidden prevalence of leprosy in the Diamantina micro-region - Minas Gerais. **Revista Eletronica de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 728-735, 2014. ISSN 1518-1944. Disponível em: <

[http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=109817856\(=pt-br&site=ehost-live&authtype=ip,cookie,uid](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=109817856(=pt-br&site=ehost-live&authtype=ip,cookie,uid) >. Acesso em: 07 mai. 2017

RODRIGUES, R.N.. *et al.* Leprosy and health vulnerability in Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev Min Enferm.**, v.21, n.e-997, 2017. Disponível em:< http://www.reme.org.br/exportar-pdf/1133/e997_en.pdf >. Acesso em: 23 out. 2018.

ROSEN, Georg. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Unesp. 1994.

SALSA COLLABORATIVE STUDY GROUP. **SALSA scale** – manual versão 1.1. Netherlands: The leprosyMission Internacional, 2010.

SANTA CATARINA (Estado). **Hanseníase**. (Online) [2018?]. Disponível em:< <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agrivos/publicacoes/manifestacoes-clinicas-da-hanseníase.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2018.

SANTOS, L.A. de C.. **Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República**: ensaio de sociologia histórica. In: Hochman, Gilberto; Armus, Diego. Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.249-293. 2004.

SAVASSI, L.C.M. **Hanseníase**: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores. 2010. 196f. Dissertação (Mestrado em Ciências). FIOCRUZ, Belo Horizonte. 2010. Disponível em: <http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/D_48.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2018.

SAVASSI, L.C.M.; MODENA, C.M. Hanseníase e a atenção primária: desafios educacionais e assistenciais na perspectiva de médicos residentes. **Hansen Int**, v. 40, n. 2, 2015. Disponível em:<www.ilsl.br/revista/download.php?id=imageBank/v40n2a02.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2018.

SHY ME. Peripheral neuropathies. In: GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. (Eds.). **Cecil Medicine**. 23. ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2007.

SILVA, A. R. da *et al.* Hanseníase no Município de Buriticupu, Estado do Maranhão: busca ativa de casos na população adulta. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 43, n. 6, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822010000600018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out 2018.

SILVA, G. B. da *et al.* Leprosynephropathy: a review of clinical and histopathological features. **Revista Do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 57, n.1, 2015. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4325518/>>. Acesso em: 26 ago. 2017.

SILVA, P.L.N. da. Perfil de conhecimentos sobre Hanseníase entre moradores de uma estratégia saúde da família. **Hansen Int**, v. 37, n.2, 2012. Disponível em:< www.ilsl.br/revista/download.php?id=imageBank/v37n2a04.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

SIMÕES, S. *et al.* Qualidade de vida dos portadores de hanseníase num município de médio porte. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 49, n.1, 2016. Disponível em:< <http://www.periodicos.usp.br/rmrp/article/view/118371/115931>>. Acesso em: 21 out. 2018.

SOUSA, G.C. de *et al.* Clinical-epidemiological characterization of leprosy cases with physical disabilities. **Rev Rene.**, v. 18, n.1, 2017. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/html/3240/324049855014/>>. Acesso em: 20 out. 2018.

SOUZA, E. A. de *et al.* Vulnerabilidade programática no controle da hanseníase: padrões na perspectiva de gênero no Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, e00196216, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000105009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 dez. 2018.

SOUZA, EA de *et al.* Hanseníase e gênero no Brasil: tendências em área endêmica da região Nordeste, 2001–2014. **Rev Saude Publica.** v. 52, n. 20, 2018. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000335.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2018.

SOUZA, L. H. R. F. de; SANTOS, M. C. dos; OLIVEIRA, C. M. de. Padrão do consumo de álcool em gestantes atendidas em um hospital público universitário e fatores de risco associados. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.34, n.7, 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032012000700002&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 mai. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf> >. Acesso em: 12 nov. 2018.

URA, S. Tratamento e controle de reações hansênicas. **Hansen Int.**, v. 32, n.1, 2007. Disponível em:<www.ilsl.br/revista/download.php?id=imageBank/305-874-1-PB.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2018.

VIEIRA, G.D.; ARAGOSO, I.; CARVALHO, R.M.B.; SOUSA, C.M.. Hanseníase em Rondônia: incidência e características dos casos notificados, 2001 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n. 2, 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 out. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global leprosy update, 2016: acceleration greduction of disease burden. **Weekly epidemiological record** (Online); v. 92, n.35. Disponível em: <http://www.who.int/lep/resources/who_wer9235/en/>. Acesso em 22 out. 2018.

APÊNDICES



**INSTRUMENTO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO* VERSÃO
04/09/2015**

APÊNDICE A

***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.

1. 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 desse 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 nesse 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 disto, 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 destes 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 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>Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal</p>	<p><i>Telma Maria Evangelista de Araújo</i></p> <hr/> <p>Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo Coordenadora Geral Distrito Intersaberes Diários</p> <hr/> <p>Nome do profissional que aplicou o TCLE (POR EXTENSO)</p>
<p>Nome do voluntário: _____</p> <p>Endereço: _____ Nº _____</p> <p>Complemento : _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____</p> <p>Ponto de referência: _____</p> <p>CEP _____</p> <p>Telefone(s) para contato (DDD): _____</p>	



**INSTRUMENTO 2.1 - TERMO DE ASSENTIMENTO (TA) PARA ADOLESCENTE* VERSÃO
04/09/2015**

APÊNDICE B

***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.

2. 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 Pesquisas - 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 desse 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 nesse 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 disto, 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 destes 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><i>Assinatura ou impressão datiloscópica do responsável legal pelo adolescente</i></p>	<p><i>Telma Maria Evangelista de Araújo</i></p> <hr/> <p>Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo</p> <p>Coordenadora Geral</p>
<p><i>Assinatura ou impressão datiloscópica do adolescente voluntário ou responsável legal</i></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: _____</p> <p>UF: _____ Ponto de referência: _____ CEP _____</p> <p>Telefone(s) para contato(DDD): _____</p>	

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

APENDICE C

PRODUÇÕES VINCULADAS AO INTEGRANS-PI

PARTICIPAÇÃO EM CURSOS:

Hanseníase em foco. (Carga horária: 3h).
Universidade Federal do Maranhão, UFMA, Brasil.

RESUMOS PUBLICADOS EM ANAIS DE EVENTOS:

SILVA JUNIOR, M. B. ; MOREIRAS, F. S. ; CARDOSO, JONAS ALVES ; DOURADO, G. O. L. . CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS ENTRE PESSOAS COM HANSENÍASE. In: VI SEMANA DE ENFERMAGEM DO CAFS, 2016, FLORIANO. CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E POLITICA DA ENFERMAGEM, 2016.

MUNIZ, D. L. ; MOREIRAS, F. S. ; **CARDOSO, JONAS ALVES** ; SILVA JUNIOR, M. B. ; DOURADO, G. O. L. . QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM HANSENÍASE. In: VI SEMANA DE ENFERMAGEM DO CAFS, 2016, FLORIANO. CONSTRUÇÃO HISTÓRIA E POLITICA DA ENFERMAGEM, 2016.

MOREIRAS, F. S. ; SILVA, J. T. E. ; SILVA JUNIOR, M. B. ; **CARDOSO, JONAS ALVES** ; DOURADO, G. O. L. . CLASSIFICAÇÃO DA HANSENÍASE COMO FORMA DE ESCOLHA DE TRATAMENTO. In: VI SEMANA DE ENFERMAGEM DO CAFS, 2016, FLORIANO. CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E POLÍTICA DA ENFERMAGEM, 2016.

MOREIRAS, F. S. ; MUNIZ, D. L. ; **CARDOSO, JONAS ALVES** ; SILVA JUNIOR, M. B. ; REZENDE, T. F. T. ; DOURADO, G. O. L. . SOFRIMENTO MENTAL NAS PESSOAS ACOMETIDAS POR HANSENÍASE. In: VI SEMANA DE ENFERMAGEM DO CAFS, 2016, FLORIANO. CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E POLÍTICA DA ENFERMAGEM, 2016.

ARAUJO, O. D. ; GOMES, A. V. S. ; LOIOLA, T. M. M. ; NERI, E. A. R. ; DOURADO, G. O. L. ; NOGUEIRA, L. T. ; **CARDOSO, JONAS ALVES** ; ARAUJO, T. M. E. . HANSENÍASE: PREVALÊNCIA OCULTA EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO. In: Reunião Regional da SBPC em São Raimundo Nonato, 2016, São Raimundo Nonato. O HOMEM E O MEIO AMBIENTE DA PRÉ-HISTÓRIA AOS DIAS ATUAIS, 2016.

SILVA JUNIOR, M. B. ; DOURADO, G. O. L. ; SOUSA, D. C. ; FRANCO, M. S. ; NOGUEIRA, L. T. ; **CARDOSO, JONAS ALVES** ; SILVA, M. P. da ; SANTOS, L. J. ; NOLETO, R. M. S. C. ; RAMOS JUNIOR, A. N. . PANORAMA DAS BACIOSCOPIAS REALIZADAS EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO DO PIAUÍ ENTRE 2001 A 2016. In: 9º Simpósio Brasileiro de Hansenologia, 2016, São Luís. EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE, 2016. v. 41.

ARAUJO, O. D. ; COSTA, J. M. ; NERI, E. A. R. ; VELOSO, R. M. D. ; **CARDOSO, JONAS ALVES** ; MIRANDA, C. E. T. ; ARAUJO, T. M. E. ; SA, D. M. A. ; ARAUJO, E. J. B. ; MOREIRAS, F. S. . AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA EM HANSENÍASE: DESAFIO PARA DETECÇÃO PRECOCE DE CASOS. In: 9º Simpósio Brasileiro de Hansenologia, 2016, São Luís. EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE, 2016. v. 41.

ARAUJO, O. D. ; COSTA, J. A. L. ; VALLE, A. R. M. C. ; ARAUJO, T. M. E. ; COSTA, J. M. ; NERI, E. A. R. ; MOREIRAS, F. S. ; **CARDOSO, JONAS ALVES** ; SILVA JUNIOR, M. B. ; MARQUES, F. S. . HANSENÍASE: AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO BRASILEIRO. In: 9º Simpósio Brasileiro de Hansenologia, 2016, São Luís. EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE, 2016. v. 41.

COSTA, J. M. ; VELOSO, R. M. D. ; ARAUJO, T. M. E. ; NERI, E. A. R. ; ARAUJO, O. D. ; MOREIRAS, F. S. ; MIRANDA, C. E. T. R. ; SOUSA, D. C. ; **CARDOSO, JONAS ALVES** ; RAMOS JUNIOR, A. N. . ESTUDO DE CASO: HANSENÍASE E SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO DO NORDESTE BRASILEIRO. In: 9º Simpósio Brasileiro de Hansenologia, 2016, São Luís. EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE, 2016. v. 41.

SOUSA, D. C. ; DOURADO, G. O. L. ; SILVA JUNIOR, M. B. ; **CARDOSO, JONAS ALVES** ; FREITAS, R. M. ; BARBOSA, J. C. ; NOGUEIRA, L. T. ; ALMEIDA, M. S. R. ; NOLETO, R. M. S. C. ; SILVA, G. V. . ESTIGMA E PRECONCEITO VIVENCIADO POR PACIENTES COM HANSENÍASE EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO DO PIAUÍ. In: 9º Simpósio Brasileiro de Hansenologia, 2016, São Luis. Epidemiologia e controle. São Paulo: Hansen Int., 2016. v. 41. p. 16.

DOURADO, G. O. L. ; MOREIRAS, F. S. ; SILVA JUNIOR, M. B. ; SOUSA, D. C. ; **CARDOSO, J. A.** ; COSTA, J. M. ; SOUSA, A. L. G. ; SENA, I. V. O. ; ALMEIDA, P. D. ; NOGUEIRA, L. T. . PERFIL SOCIOECONOMICO E POSSIBILIDADES DE SOFRIMENTO MENTAL: AVALIAÇÃO DE PESSOAS ACOMETIDAS POR HANSENÍASE EM UM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO. In: 9º Simpósio Brasileiro de Hansenologia, 2016, São Luis. Epidemiologia e controle. São Paulo: Hansen Int., 2016. v. 41. p. 50.

DOURADO, G. O. L. ; NOGUEIRA, L. T. ; FERREIRA, A. F. ; SOUSA, D. C. ; SILVA JUNIOR, M. B. ; **CARDOSO, J. A.** ; COSTA, J. M. . HANSENÍASE E QUALIDADE DE VIDA: ANÁLISE DOS DOMÍNIOS FÍSICO E MENTAL. In: 9º Simpósio Brasileiro de Hansenologia, 2016, São Luis. Epidemiologia e controle. São Paulo: Hansen Int., 2016. v. 41. p. 51.

DOURADO, G. O. L. ; SILVA, J. T. E. ; MOUSINHO, M. M. S. ; **CARDOSO, JONAS ALVES** ; SILVA JUNIOR, M. B. ; SOUSA, D. C. ; SOUSA, A. L. G. ; SENA, I. V. O. ; NOGUEIRA, L. T. . CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA E OPERACIONAL DE CASOS DE HANSENÍASE EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO. In: 9º Simpósio Brasileiro de Hansenologia, 2016, São Luis. Epidemiologia e controle. São Paulo: Hansen Int., 2016. v. 41. p. 55.

DOURADO, G. O. L. ; MOUSINHO, M. M. S. ; **CARDOSO, JONAS ALVES** ; SILVA JUNIOR, M. B. ; SILVA, J. T. E. ; SOUSA, A. L. G. ; SENA, I. V. O. ; NOGUEIRA, L. T. . EVOLUÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE EM HANSENÍASE NA ADMISSÃO E ALTA DO TRATAMENTO. In: 9º Simpósio Brasileiro de Hansenologia, 2016, São Luis. Epidemiologia e controle. São Paulo: Hansen Int., 2016. v. 41. p. 57.

SOUSA, D. C. ; DOURADO, G. O. L. ; SILVA JUNIOR, M. B. ; **CARDOSO, J. A.** ; FREITAS, R. M. ; NOGUEIRA, L. T. ; ARAUJO, T. M. E. ; FERREIRA, A. F. . PREVALÊNCIA DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE EM IDOSOS NO ESTADO DO PIAUÍ DE 2001 A 2015. In: 9º Simpósio Brasileiro de Hansenologia, 2016, São Luis. Epidemiologia e controle. São Paulo: Hansen Int., 2016. v. 41. p. 68.

CARDOSO, JONAS ALVES; ARAUJO, T. M. E. ; LEAL, C. R. F. ; DOURADO, G. O. L. ; NOGUEIRA, L. T. ; ARAUJO, O. D. . MEDIDAS DE CONTROLE DIANTE DA NOTIFICAÇÃO DA DOENÇA DE CHAGAS NO PIAUÍ. 2018. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

CARDOSO, J. A.; ARAUJO, T. M. E. . PARTICIPAÇÃO SOCIAL DE PESSOAS ACOMETIDAS POR HANSENÍASE EM MUNICÍPIO DE ALTA ENDEMICIDADE. 2018. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

PARTICIPAÇÃO EM BANCA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

DOURADO, G. O. L.; SOUSA, A. L. G.; **CARDOSO, JONAS ALVES**. Participação em banca de RAYANE DE MEDEIROS FREITAS. OCORRÊNCIA DE HANSENÍASE ENTRE CONTATOS E COABITANTES DE CASOS CONFIRMADOS. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí.

PARTICIPAÇÃO EM EVENTO:

Participação no 58º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical – MEDTROP 2018.

I Congresso Norte-Nordeste de Tecnologias em Saúde, 2018.

PRODUÇÕES TÉCNICAS:

Boletim epidemiológico de hanseníase Estado do Piauí, 2016.

Boletim epidemiológico de hanseníase município de Floriano, 2016.

Boletim epidemiológico de hanseníase município de Picos, 2016.

Boletim epidemiológico de hanseníase município de Parnaíba, 2016.

ANEXOS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

ANEXO A – Instrumento de abordagem domiciliar

RESPONSÁVEL(S) PELA COLETA DE DADOS:		LATITUDE:		LONGITUDE:		DATA DA COLETA:	
CÓDIGO DO PONTO NO GPS:	NÚMERO (ID) DO DOMICÍLIO:	SINAN DO CASO REFERÊNCIA:	ANO DO DIAGNÓSTICO:	DATA DE NASCIMENTO:			
NOME DO CASO REFERÊNCIA/CASO DIAGNOSTICADO:		ENDEREÇO COMPLETO REAL:		UNIDADE DE SAÚDE:		ACS:	
TEL.(DDD)/OPERADORA:		MUNICÍPIO: (1) PÍCCOS (2) FLORIANO					
PONTO DE REFERÊNCIA:		TOTAL COABITANTES RESIDENTES (2):		TOTAL COABITANTES SOCIAIS (3):			
SITUAÇÃO DO CASO REFERÊNCIA/CASOS DIAGNOSTICADOS:		SE LOCALIZADO / NÃO ABORDADO, MOTIVO DA NÃO ABORDAGEM:		RECURSU 1 No trabalho 2 Internado 3 Viagem 4 Outros(especificar) 5			
SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO:		EM CASO DE RECUSA, MOTIVOS:		A EQUIPE DE SAÚDE SABE DO DIAGNÓSTICO?			
Em condições de habitação 1		0 Não		0 Não			
Uso ocasional 2		1 Sim		1 Sim			
Em construção ou reforma 3		2 Não se aplica		2 Não se aplica			
Demolido 4		9 Não sabe/Não quer responder		9 Não sabe/Não quer responder			
Não localizado 5							
Não residencial 6							
Em ruínas 7							
Outros (especificar) 8							
OUTRAS OBSERVAÇÕES:		AUTORIZA QUE O ACS SEJA COMUNICADO SOBRE O DIAGNÓSTICO?		AUTORIZA QUE A EQUIPE DE SAÚDE SEJA COMUNICADA SOBRE O DIAGNÓSTICO?			
		0 Não		0 Não			
		1 Sim		1 Sim			
		2 Não se aplica		2 Não se aplica			
		9 Não sabe/Não quer responder		9 Não sabe/Não quer responder			

(1) CONTATOS FAMILIARES QUE RESIDIRAM COM O CASO REFERÊNCIA 3 ANOS ANTES DO DIAGNÓSTICO DE HANSSENITASE.
 (2) COABITANTES QUE MORAM COM O CASO REFERÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE HANSSENITASE ATÉ A DATA DE HOJE.
 (3) COABITANTES DE CONVÍVIO SOCIAL QUE NÃO MORAM NA MESMA CASA, MAS FREQUENTAM REGULARMENTE A RESIDÊNCIA HÁ PELA MENOS 1 ANO.
 (4) N-NEGATIVO/ 5- SUSPEITO/ 6- CONFIRMADO



Nº	NOME COMPLETO	TIPO	IDADE	MESMA RESIDENCIA HOJE?	SE RESIDÊNCIA DIFERENTE, ESPECIFICAR ENDEREÇO	AGENDA	EXAME	RESULTADO (4)
1		DOANTATO DOOAB, RES DOOAB, SOC		DSIM DNÃO		Data: Hora:	DSIM DNÃO	N () S () C ()
2		DOANTATO DOOAB, RES DOOAB, SOC		DSIM DNÃO		Data: Hora:	DSIM DNÃO	N () S () C ()
3		DOANTATO DOOAB, RES DOOAB, SOC		DSIM DNÃO		Data: Hora:	DSIM DNÃO	N () S () C ()
4		DOANTATO DOOAB, RES DOOAB, SOC		DSIM DNÃO		Data: Hora:	DSIM DNÃO	N () S () C ()
5		DOANTATO DOOAB, RES DOOAB, SOC		DSIM DNÃO		Data: Hora:	DSIM DNÃO	N () S () C ()
6		DOANTATO DOOAB, RES DOOAB, SOC		DSIM DNÃO		Data: Hora:	DSIM DNÃO	N () S () C ()
7		DOANTATO DOOAB, RES DOOAB, SOC		DSIM DNÃO		Data: Hora:	DSIM DNÃO	N () S () C ()
8		DOANTATO DOOAB, RES DOOAB, SOC		DSIM DNÃO		Data: Hora:	DSIM DNÃO	N () S () C ()
9		DOANTATO DOOAB, RES DOOAB, SOC		DSIM DNÃO		Data: Hora:	DSIM DNÃO	N () S () C ()
10		DOANTATO DOOAB, RES DOOAB, SOC		DSIM DNÃO		Data: Hora:	DSIM DNÃO	N () S () C ()
11		DOANTATO DOOAB, RES DOOAB, SOC		DSIM DNÃO		Data: Hora:	DSIM DNÃO	N () S () C ()
12		DOANTATO DOOAB, RES DOOAB, SOC		DSIM DNÃO		Data: Hora:	DSIM DNÃO	N () S () C ()
13		DOANTATO DOOAB, RES DOOAB, SOC		DSIM DNÃO		Data: Hora:	DSIM DNÃO	N () S () C ()
14		DOANTATO DOOAB, RES DOOAB, SOC		DSIM DNÃO		Data: Hora:	DSIM DNÃO	N () S () C ()
15		DOANTATO DOOAB, RES DOOAB, SOC		DSIM DNÃO		Data: Hora:	DSIM DNÃO	N () S () C ()

REVISADO POR: _____

DATA DA REVISÃO: ____/____/____



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

ANEXO B
 ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICO

ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS				
ITEM	QUESTÃO	CÓDIGOS/CATEGORIAS		REVISOR
1.	Sexo	Masculino	1	()
		Feminino	2	
2.	Qual a sua etnia / Cor ? <i>[auto referida]</i>	Negra/Parda	1	()
		Branca	2	
		Amarela	3	
		Outras	4	
3.	Qual a escolaridade?	Sem escolaridade	1	()
		Fundamental	2	
		Ensino Médio	3	
		Ensino Superior	4	
		Não sabe/ Não quer responder	5	
4.	Qual seu estado conjugal atual?	Solteiro(a)/nunca foi casado(a)	1	()
		Casado(a)/Unido(a)	2	
		Separado(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a)	3	
5.	Qual a sua principal religião atualmente?	Cristão evangélico	1	()
		Cristão católico	2	
		não tem	3	

6.	Qual o contexto geral de trabalho atualmente	<p style="text-align: center;">Estudante Dona de casa/do lar Aposentado Desempregado Outros</p>	<p style="text-align: center;">1 2 3 4 5</p>	()
----	--	---	--	-----

7.	Qual a sua renda mensal média [Em R\$] [Se Não sabe /Não quer responder = NN]	_____		()
8.	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes?	<p style="text-align: right;">Sim Não</p>	<p style="text-align: center;">1 2</p>	()
9.	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de depressão?	<p style="text-align: right;">Sim Não</p>	<p style="text-align: center;">1 2</p>	()
10.	Recebe Ajuda?	<p style="text-align: right;">Sim Não</p>	<p style="text-align: center;">1 2</p>	()

©Instrumento adaptado do Projeto Integrahans Norte e Nordeste, coordenado pela UFC.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
 PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL MESTRADO
ANEXO C - AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

ITEM	QUESTÃO	CODIGOS/CATEGORIAS		Revisor
1.	Qual Forma Clínica?	Indeterminada	1	()
		Tuberculoide	2	
		Dimorfa	3	
		Virchowiana	4	
		Não definida	9	
2.	Classificação Operacional	Paucibacilar	1	
		Multibacilar	2	

FACE	1 ^a / /		2 ^a / /		3 ^a / /	
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 (S/N mm)						
Fecha olhos c/ força (S/N mm)						
Triquíase (S/N) / Ectrópio (S/N)						
Dim. Sensibilidade córnea (S/N)						
Opacidade de córnea (S/N)						
Catarata (S/N)						
Acuidade visual						

Legenda: S = Sim; N = Não. Seлагоftalmo (fecha olhos sem/com força N, registrar fenda em mm). Para Acuidade visual: S/C = sem correção; C/C = com correção.

MEMBROS SUPERIORES	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Queixa principal						
Palpação dos nervos	D	E	D	E	D	E
Ulnar						
Mediano						
Radial						

Legenda: N = Normal; E = Espessado; D = Dor

Avaliação de força		1ª / /		2ª / /		3ª / /	
		D	E	D	E	D	E
Abrir dedo mínimo. Abdução do 5º dedo. (N. Ulnar)							
Elevar o polegar. Abdução do polegar. (N. Mediano)							
Elevar o punho. Extensão do punho. (N. Radial)							

Legenda: Graus de força: **5** = Realiza movimento completo contra gravidade e resistência máxima; **4** = Realiza o movimento completo contra gravidade com resistência parcial; **3** Realiza o movimento completo contra gravidade; **2** = Realiza o movimento parcial contra a gravidade; **1** = Contração muscular sem movimento; **0** = Paralisia (nenhum movimento)

Avaliação sensitiva					
1ª / /		2ª / /		3ª / /	
D	E	D	E	D	E
Legenda:				Monofilamentos	
Garra: Garra móvel = M Garra rígida: R		Ferida: Reabsorção:		Seguir códigos padronizados (ver instruções para cores e simbologia)	

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

3 ^a _/_/_	Grau Soma OMP							
-------------------------	------------------	--	--	--	--	--	--	--

Grau máximo de incapacidade (OMS): registrar o maior Grau encontrado em qualquer das estruturas (olhos, mãos, pés) [opções: 0,1 ou 2].

GRA U (GI)	OLHO						MÃO						PÉ									
	Sinais e sintomas	1 ^a		2 ^a		3 ^a		Sinais e sintomas	1 ^a		2 ^a		3 ^a		Sinais e sintomas	1 ^a		2 ^a		3 ^a		
		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 da sensibilidade								Diminuição ou perda da sensibilidade						
2	Lagofalmo e/ou ectrópio							Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas								Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas						
	Triquíase							Garras								Garras 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						



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
 PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL DOUTORADO
ANEXO D- ESCALA SALSAS

ESCALA SALSAS TRIAGEM DE LIMITAÇÃO DE ATIVIDADE

Número (ID) do Caso Referência: _____ SINAN _____

Pesquisador: _____ Data da Coleta: _____

Revisor: _____ Data da Revisão: _____

Nome: _____

Escala SALSAS	Se SIM, o quanto isso é fácil para você?			Se NÃO, por que não?			Revisor
	Fácil	Um pouco difícil	Muito difícil	Eu não preciso fazer isso	Eu fisicamente não consigo	Eu evito por causa do risco	
Screening of Activity Limitation & Safety Awareness (Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de Risco) Marque uma resposta em cada linha							
1. Você consegue enxergar (o suficiente para realizar suas atividades diárias)?	1	2	3		4		()
2. Você se senta ou agacha no chão?	1	2	3	0	4	4	()
3. Você anda descalço? (a maior parte do tempo?)	1	2	3	0	4	4	()
4. Você anda sobre chão irregular?	1	2	3	0	4	4	()
5. Você anda distâncias mais longas? (mais do que 30 minutos?)	1	2	3	0	4	4	()
6. Você lava seu corpo todo? (usando sabão, esponja, jarra; de pé ou sentado)	1	2	3	0	4	4	()
7. Você corta as unhas das mãos ou dos pés? (por exemplo, usando tesoura ou cortador?)	1	2	3	0	4	4	()
8. Você segura um copo/tigela com conteúdo quente? (por exemplo, bebida, comida?)	1	2	3	0	4	4	()
9. Você trabalha com ferramentas? (ferramentas que você segura com as mãos para ajudar a trabalhar)	1	2	3	0	4	4	()

10.	Você carrega objetos ou sacolas pesadas? (por exemplo, compras, comida, água, lenha)	1	2	3	0	4	4	()
11.	Você levanta objetos acima de sua cabeça? (por exemplo, para colocar em uma prateleira, em cima de sua cabeça, para estender roupa para secar)	1	2	3	0	4	4	()
12.	Você cozinha? (preparar comida quente ou fria?)	1	2	3	0	4	4	()
13.	Você despeja/serve líquidos quentes?	1	2	3	0	4	4	()
14.	Você abre/fecha garrafas com tampa de rosca? (por exemplo, óleo, água, refrigerante?)	1	2	3	0	4	4	()
15.	Você abre vidros com tampa de rosca? (por exemplo, maionese?)	1	2	3	0	4	4	()
16.	Você mexe/manipula objetos pequenos? (por exemplo, moedas, pregos, parafusos pequenos, grãos, sementes?)	1	2	3	0	4	4	()
17.	Você usa botões? (por exemplo, botões em roupas, bolsas?)	1	2	3	0	4	4	()
18.	Você coloca linha na agulha? (passa a linha pelo buraco da agulha - “enfia a linha na agulha”?)	1	2	3	0	4	4	()
19.	Você consegue apanhar pedaços de papel, mexe com papel / coloca papel em ordem?	1	2	3	0	4	4	()
20.	Você consegue apanhar coisas do chão?	1	2	3	0	4	4	()
Escores parciais								
Escore SALSA (some todos os escores parciais) (S1+S2+S3+S4+S5+S6)		=						()
21 SALSA	Classificação	1-Sem Limitação (SL) 10-24 2-Leve Limitação (LL) 25-39 3-Moderada Limitação (ML) 40-49 4-Grande Limitação (GL) 50-59 5-Extrema Limitação (EL)						()

Condições de saúde/médicas que afetam as atividades diárias:

(pode-se pensar em diminuição de ADM de quadril, dor nas costas, problemas em ombro ou joelho, trauma em mão...)

Anote qualquer adaptação/órtese utilizado pelo entrevistado:

(Pode-se pensar em óculos, cadeira de rodas, bengala ou andador, muletas, tutor, splints, talheres adaptados, instrumentos de trabalho adaptados, luvas ou panos, calçado especial, etc.)

	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante] até que ponto isso representa um problema para você?</i>						1	2	3	5		
15	Nas discussões familiares, a sua opinião é importante?		0									
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante] até que ponto isso representa um problema para você?</i>						1	2	3	5		
16	Na sua casa, você come junto com as outras pessoas, inclusive dividindo os mesmos utensílios, etc.?		0									
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante] até que ponto isso representa um problema para você?</i>						1	2	3	5		
17	Você participa tão ativamente quanto seus pares das festas e rituais religiosos (p. ex., casamentos, batizados, velórios, etc.)?		0									
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante] até que ponto isso representa um problema para você?</i>						1	2	3	5		
18	Você se sente confiante para tentar aprender coisas novas?		0									
	<i>[Se às vezes, não ou irrelevante] até que ponto isso representa um problema para você?</i>						1	2	3	5		
TOTAL												
Nenhuma restrição significativa		Leve restrição			Moderada restrição			Grande restrição			Extrema Restrição	
0 – 12		13 – 22			23 – 32			33 – 52			53 – 90	

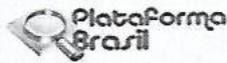


**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL MESTRADO
ANEXO F – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA**

 UFPI - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS MINISTRO PETRÔNIO 
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DA EMENDA
Título da Pesquisa: INTEGRAHANS PIAUÍ: 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: 2
CAAE: 46169715.2.0000.5214
Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI
Patrocinador Principal: MUNICIPIO DE PICOS - SECRETARIA DE SAUDE PIAUI SECRETARIA DE SAUDE NEDERLANDSE STICHTING VOOR LEPRABESTRIJDING FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
DADOS DO PARECER
Número do Parecer: 2.573.958
Apresentação do Projeto:
O protocolo de pesquisa trata-se de uma Emenda, é um macro Projeto de Pesquisa Operacional do Programa de Pós graduação em Enfermagem – Mestrado e doutorado, da Universidade Federal do Piauí (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. Os dados serão estatisticamente analisados com a utilização dos softwares Excel, SPSS e Teraviva.
Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa Bairro: Ininga CEP: 64.040-550 UF: PI Município: TERESINA Telefone: (06)3237-2332 Fax: (06)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 2.573.958

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

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 hanseníase do estado do Piauí no período de 2001 a 2014.

Objetivo Secundário:

Caracterizar os padrões e tendências de aglomerados espaço-temporais dos casos de hanseníase diagnosticados; Identificar os fatores de risco (operacionais: rede de atenção, clínicos, epidemiológicos, sociais, econômicos, demográficos, ambientais) associados aos padrões de entrada/detecção de casos, desempenho de avaliação de contatos, ocorrência de incapacidades físicas dos casos de hanseníase;

Verificar o desempenho das equipes da ESF em relação à vigilância de contatos de hanseníase e os determinantes de baixa cobertura da avaliação de contatos;

Caracterizar os aspectos clínicos (perfil clínico geral, comprometimento neural, episódios reacionais, limitação de atividade e consciência de risco) de casos com hanseníase;

Avaliar a estrutura e atributos essenciais da atenção primária nos municípios do estudo (padrões de acesso, utilização e integralidade) relacionados à rede de atenção à saúde dos casos com hanseníase;

Analisar o estigma associado e a restrição à participação social nos casos de hanseníase e o seu impacto nos diferentes contextos socioculturais;

Avaliar a qualidade de vida dos casos de hanseníase do estudo; Fornecer estratégias efetivas aos programas municipais, estaduais e nacional de controle da hanseníase, visando o aperfeiçoamento do desempenho das ações de atenção à saúde de casos novos e em pós-alta da PQT.

Caracterizar os padrões e tendências de aglomerados espaço-temporais dos casos de hanseníase diagnosticados;

Identificar os fatores de risco (operacionais: rede de atenção, clínicos, epidemiológicos, sociais, econômicos, demográficos, ambientais) associados aos padrões de entrada/detecção de casos, desempenho de avaliação de contatos, ocorrência de incapacidades físicas dos casos de hanseníase;

Verificar o desempenho das equipes da ESF em relação à vigilância de contatos de hanseníase e os determinantes de baixa cobertura da avaliação de contatos;

Caracterizar os aspectos clínicos (perfil clínico geral, comprometimento neural, episódios reacionais, limitação de atividade e consciência de risco) de

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



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 2.573.958

casos com hanseníase;

Avaliar a estrutura e os padrões de acesso à rede de atenção à saúde dos casos com hanseníase;

Analisar o estigma associado e a restrição à participação social nos casos de hanseníase e o seu impacto nos diferentes contextos socioculturais;

Avaliar a qualidade de vida dos casos de hanseníase do estudo;

Fornecer estratégias efetivas aos programas municipais, estaduais e nacional de controle da hanseníase, visando o aperfeiçoamento do desempenho das ações de atenção à saúde de casos novos e em pós-alta da PQT.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. E também que não haverá coleta de sangue, fezes, urina, pele ou qualquer material biológico por meio de procedimentos invasivos que gerem riscos diretos ao participante. Contudo poderia haver algum risco mínimo relacionado à exposição de informações contidas em banco de dados ou obtidas por meio de inquérito. Todavia, todos envolvidos na pesquisa (coleta de dados e demais etapas) estarão preparados para respeitar os princípios éticos de pesquisa que envolve seres humanos, garantindo a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização e a não utilização de informações em prejuízo dos participantes.

Benefícios:

Os benefícios serão tanto no sentido de se descobrir precocemente casos novos entre os contatos e coabitantes dos casos, encaminhando-os para o tratamento imediato, com vistas a evitar instalação de incapacidades, formas multiresistentes e disseminação da doença, quanto no sentido de empoderar os profissionais da atenção básica e docentes para o manejo da hanseníase.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto com temática importante sobre a hanseníase no Estado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão anexados no protocolo de pesquisa.

Recomendações:

Os termos de apresentação obrigatória estão anexados no protocolo de pesquisa.

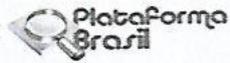
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa encontra-se de acordo com a Resolução 466/2012, apto para ser

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



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 2.573.958

desenvolvido tem parecer de aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1101983_E1.pdf	27/03/2018 08:16:31		Aceito
Outros	emenda.pdf	27/03/2018 08:14:42	TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO	Aceito
Outros	Termo de Confidencialidade0001.pdf	16/06/2015 11:37:32		Aceito
Outros	Declaração Instituição0001.pdf	16/06/2015 11:36:40		Aceito
Outros	Declaração dos Pesquisadores0001.pdf	16/06/2015 11:36:07		Aceito
Outros	Encaminhamento0001.pdf	16/06/2015 11:35:44		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto0002.pdf	16/06/2015 11:35:08		Aceito
Outros	Curriculo Vitae.pdf	30/05/2015 21:38:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE AUTORIZAÇÃO CASO REFER..docx	30/05/2015 21:00:21		Aceito
Outros	AUTORIZAÇÃO SMS FLORIANO CEP.pdf	30/05/2015 20:52:04		Aceito
Outros	G_ANS-ok.docx	25/05/2015 11:24:51		Aceito
Outros	F INQUÉRITO NUTRICIONAL ANTROPOMETRIA_CASO REFERÊNCIA-ok.docx	25/05/2015 11:24:32		Aceito
Outros	E_SaudeBucal-CasoReferência-ok.docx	25/05/2015 11:22:37		Aceito
Outros	D_PerfilClínico-CasoReferência-Geral-ok.docx	25/05/2015 11:22:19		Aceito
Outros	C-Levantamento S.Demog - Cópia.docx	25/05/2015 11:21:58		Aceito
Outros	B-Check-list-UnidadesBásicas-ok.docx	25/05/2015 11:21:44		Aceito
Outros	A_PerfilProfissional-ExcetoACS-UnidadesBásicas-ok.docx	25/05/2015 11:20:56		Aceito

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



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 2.573.958

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE ASSENTIMENTO 2.1.docx	25/05/2015 11:19:54		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO 2.2 PROFISSIONAIS DE SAÚDE.docx	25/05/2015 11:19:42		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE CONSENTIMENTO 2.docx	25/05/2015 11:19:27		Aceito
Outros	SESAPI Autorização.JPG	25/05/2015 11:17:42		Aceito
Outros	Autorização SMS Picos_20150514 (2).pdf	25/05/2015 11:15:42		Aceito
Outros	Declaração NHR - CEP UFPI(1).pdf	25/05/2015 11:15:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Integrans CEP.docx	25/05/2015 11:14:50		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 02 de Abril de 2018

Herbert de Sousa Barbosa
Assinado por:
Herbert de Sousa Barbosa
(Coordenador)

Prof. Dr. Herbert de Sousa Barbosa
Coordenador CEP - UFPI
Portaria PROPEAQ Nº 01/2017

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