



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

LAILA CAROLINE LEME DA SILVA

**VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA DA VIGILÂNCIA DOS CONTATOS DE
HANSENÍASE EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO**

TERESINA

2019

LAILA CAROLINE LEME DA SILVA

**VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA DA VIGILÂNCIA DOS CONTATOS DE
HANSENÍASE EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências e Saúde.

Área de Concentração: Política, planejamento e gestão em saúde.

Linha de Pesquisa: Análise de políticas, sistemas, programas e serviços de saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Maria Zélia de Araújo Madeira

TERESINA

2019

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Serviço de Processamento Técnico

S586v Silva, Laila Caroline Leme da.

Vulnerabilidade programática da vigilância dos contatos de hanseníase em município hiperendêmico / Laila Caroline Leme da Silva. – 2019.

96 f.

Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde) –
Universidade Federal do Piauí, 2019.

“Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Maria Zélia de Araújo Madeira”.

1. Hanseníase. 2. Vulnerabilidade. 3. Vigilância em
Saúde Pública. I. Título.

CDD 616.998

LAILA CAROLINE LEME DA SILVA

**VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA DA VIGILÂNCIA DOS CONTATOS DE
HANSENÍASE EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências e Saúde.

Aprovada em 11 de março de 2019.

Banca examinadora

Presidente: Prof^a. Dra. Maria Zélia de Araújo Madeira
Universidade Federal do Piauí - UFPI

1^a Examinadora: Prof^a. Dra. Olívia Dias de Araújo
Universidade Federal do Piauí - UFPI

2^o Examinador: Prof^o. Dr. Lauro Lourival Lopes Filho
Universidade Federal do Piauí - UFPI

Suplente: Prof^a. Dra. Sandra Marina Gonçalves Bezerra
Universidade Estadual do Piauí - UESPI

TERESINA

2019

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Jesus, meu eterno amigo, minha inspiração e fonte de fé, que me proporcionou vivenciar diversas experiências com esse estudo; me ajudou e fortaleceu durante todos os dias durante essa etapa.

À minha família pela força e apoio na minha busca pela qualificação e aprimoramento profissional, principalmente minha mãe, Layse, Gabriel, Tia Neide, Tia Telma.

Ao meu eterno amigo, amor e noivo Luís Felipe por estar sempre ao meu lado; por toda paciência, ajuda e apoio em todas as fases dessa pesquisa.

Ao Programa de Pós-graduação Mestrado em Ciências e Saúde (PPCS) da Universidade Federal do Piauí por viabilizar a oportunidade de qualificação aos seus discentes; ao Coordenador Dr. Airton Mendes Conde Júnior, bem como todos os funcionários que trabalham no programa PPCS.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Ciências e Saúde que com dedicação e competência estiveram promovendo o conhecimento científico.

À minha orientadora professora Dra. Maria Zélia de Araújo Madeira, que esteve comigo durante essa pesquisa me direcionando e acreditando no meu potencial.

Aos professores examinadores: Dra. Olívia Dias Araújo, Dr. Lauro Lourival Lopes Filho e Dra. Sandra Marina Gonçalves Bezerra, pelas considerações e contribuições neste trabalho. Agradeço em especial a Dra. Olivia Dias Araújo pelo incentivo e motivação a respeito da temática desse estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão de bolsa para realização do presente estudo.

Ao grupo Integra DNT por agregar conhecimentos e experiências a despeito das Doenças Tropicais Negligenciadas e promover ações sociais relevantes para as pessoas acometidas por essas doenças.

A todos muitíssimo obrigada!

“Tudo quanto te vier à mão para fazer, faze-o conforme tuas forças, porque no além, para onde tu vais, não há obra, nem projetos, nem conhecimento, nem sabedoria alguma”

Eclesiastes 9.10

RESUMO

INTRODUÇÃO: A hanseníase ainda se denota como um problema de saúde pública a ser eliminado no mundo e no Brasil. Dentre as ações de controle, a vigilância dos contatos constitui uma medida essencial no enfrentamento da hanseníase e capaz de modificar parâmetros de endemicidade. **OBJETIVO:** Analisar a vulnerabilidade programática da vigilância dos contatos de hanseníase em um município hiperendêmico. **MÉTODO:** Estudo transversal, quantitativo, realizado no município de Teresina/PI, no período de outubro a dezembro de 2018 com 511 registros de contatos de hanseníase e 10 gestores das unidades básicas de saúde do município. Os dados foram analisados com a utilização dos softwares Stata versão 13.0 (Stata Corp LP, College Station, TX, USA) e QGis versão 2.18. Realizaram-se análises descritivas por meio de distribuição de frequências e análise inferencial através do teste qui-quadrado de Pearson e do teste exato de Fisher. Adotou-se como critério de significância das variáveis a associação em nível de $p < 0,05$. A coleta de dados foi realizada mediante aprovação do CEP/UFPI com parecer nº 2.504.997. **RESULTADOS:** A maioria dos contatos domiciliares foi avaliada (74,95%), sexo masculino (78,26%) ($p=0,000$), faixa etária acima dos 15 anos (75,44%) ($p=0,005$), filhos do caso referência (76,37%) ($p=0,000$) e contato de caso multibacilar (75,64%) ($p=0,005$). Os contatos encaminhados para vacina BCG eram filhos (as) do caso referência (36) ($p=0,000$) e contatos de casos multibacilar (87) ($p=0,004$). Foram detectados 32 casos novos de hanseníase entre os contatos. Com relação aos gestores entrevistados, grande parte reportou que na UBS há estratégia padronizada de busca ativa de casos e contatos de hanseníase faltosos (70%); protocolo para seguimento de contatos domiciliares (70%); kit de monofilamentos (100%), Kit para teste dermatoneurológico (90%) e medicamentos para tratamento da hanseníase, estados reacionais e complicações (100%). **CONCLUSÃO:** Os serviços de saúde do município de Teresina apresentaram fragilidades quanto as ações de vigilância dos contatos de hanseníase, no que diz respeito aos registros, a busca ativa para avaliação diagnóstica, ao seguimento e acompanhamento de contatos domiciliares e principalmente, contatos sociais. Barreiras relacionadas ao planejamento e desenvolvimento de ações para controle da hanseníase precisam ser superadas, de modo que os serviços de saúde devam considerar diferenças regionais e de gênero para minimizar disparidades do acesso aos serviços ofertados.

Palavras-chave: Vulnerabilidade. Vigilância em Saúde Pública. Hanseníase.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The leprosy is still a public health problem to be eliminated in the world and in Brazil. Among the control actions, contacts surveillance is capable of modifying endemicity parameters, thus, an essential measure to deal with Leprosy. **OBJECTIVE:** To analyze the programmatic vulnerability of surveillance of Leprosy contacts in a hyperendemic municipality. **METHODS:** A cross-sectional quantitative study was carried out in the municipality of Teresina / PI from October to December 2018, with 511 records of Leprosy contacts and 10 managers of municipal health units. Data were analyzed using Stata software version 13.0 (Stata Corp LP, College Station, TX, USA) and QGis version 2.18. Descriptive analyses were performed through frequency distribution and inferential analysis using Pearson's chi-square test and Fisher's exact test. The association of $p < 0.05$ level was adopted as criteria of significance for the variables. The data collection was carried out with the approval of the CEP / UFPI with opinion n° 2,504,997. **RESULTS:** The majority of the household contacts were evaluated (74.95%), male gender (78.26%) ($p = 0.000$), age > 15 years (75.44%) ($p = 0.005$) son/daughter of the reference case (76.37%) ($p = 0.000$) and multibacillary operational classification of the reference case (75.64%) ($p = 0.005$). The contacts referred to BCG vaccine were son/daughter of the reference case (36) ($p = 0.000$) and contacts of multibacillary cases (87) ($p = 0.004$). Thirty-two (32) new cases were detected between the contacts. Case detection was associated with age range ($p = 0.000$) and the degree of kinship with the reference case. Regarding the interviewed health managers, a large part reported that Basic Health Units have a standardized strategy for active search of new and missing contacts cases of Leprosy (70%); protocol for follow-up of household contacts (70%); monofilaments tests (100%), dermoneurological test (90%) and medicines for treatment of leprosy, reactional states and complications (100%). **CONCLUSION:** Health services in the city of Teresina presented weaknesses in the surveillance actions of Leprosy contacts, regarding the active search to diagnostic evaluation and household contacts follow-up, especially social contacts. Overcoming barriers in the planning and development of actions to control leprosy is essential for health services to take in consideration regional and gender differences to minimize disparities in access to health services.

Keywords: Vulnerability. Surveillance in Public Health. Hansen's disease.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1 Tipo, descrição, estratificação e desfecho das variáveis do estudo.	32
Quadro 2 Tipo, descrição e estratificação das variáveis do estudo.	34
Quadro 3 Relação das unidades básicas de saúde referentes aos dados coletados, no município de Teresina-PI, Brasil, 2019. (n=29)	38
Tabela 1 Caracterização dos contatos de hanseníase registrados no município de Teresina-PI, Brasil, 2019. (n=511)	40
Tabela 2 Distribuição dos contatos de hanseníase com avaliação dermatoneurológica, segundo classificação e unidade básica de saúde no município de Teresina-PI, Brasil, 2019. (n=511).	41
Tabela 3 Distribuição dos contatos de hanseníase com avaliação dermatoneurológica, segundo sexo, faixa etária, grau de parentesco e classificação operacional do caso referência no município de Teresina-PI, Brasil, 2019. (n=511)	42
Tabela 4 - Distribuição dos contatos de hanseníase com encaminhamento para vacina BCG, segundo grau de parentesco e classificação operacional do caso referência no município de Teresina-PI, Brasil, 2019.	43
Tabela 5: Distribuição dos contatos diagnosticados com hanseníase segundo o sexo, faixa etária, grau de parentesco e classificação operacional do caso referência no município de Teresina-PI, Brasil, 2019. (N=32)	45
Tabela 6 Distribuição dos gestores da atenção básica entrevistados sobre a estrutura unidade de saúde quanto aos aspectos operacionais, no município de Teresina-PI, Brasil, 2019. (n=10)	47
Tabela 7 Distribuição dos gestores entrevistados da atenção básica sobre a disponibilidade de insumos materiais na UBS, no município de Teresina-PI, Brasil, 2019 (n=10)	48

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Distribuição geográfica dos novos casos de hanseníase, 2017.	23
Figura 2 Tendência na detecção de casos e taxa de detecção de casos, por Região OMS, 2008–2017.	24
Figura 3 Estado do Piauí e localização do Município de Teresina, 2010.	29
Figura 4 Localização das unidades básicas de saúde visitadas para coleta de dados, no município de Teresina-PI, 2019.	38
Figura 5 Distribuição espacial dos contatos diagnosticados com hanseníase segundo zona geográfica de residência, no município de Teresina-PI, Brasil, 2019. (n =32)	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS Atenção Primária em Saúde

ABS Atenção Básica em Saúde

BCG Bacillus Calmette-Guérin

ESF Estratégia Saúde da Família

FMS Fundação Municipal de Saúde

MS Ministério da Saúde

MB Multibacilar

OMS Organização Mundial de Saúde

PB Paucibacilar

PQT Poliquimioterapia

PEP Profilaxia Pós-Exposição

SEMPLAN Secretaria Municipal de Planejamento

UBS Unidade Básica de Saúde

WHO World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Contextualização	12
1.2	Objetivos	16
2.2.1	Objetivo geral	16
2.3.2	Objetivos específicos	16
2	MARCO TEÓRICO	17
2.1	Contexto histórico dos contatos de hanseníase	17
2.2	Hanseníase: aspectos clínicos e epidemiológicos	20
2.2.1	Aspectos clínicos	20
2.2.2	Aspectos epidemiológicos	23
2.3	Vigilância dos contatos de hanseníase: uma estratégia de controle	25
3	MÉTODO	29
3.1	Tipo de estudo	29
3.2	Local de estudo	29
3.3	População e amostra dos participantes	30
3.3.1	Critérios de inclusão	30
3.3.2	Critérios de exclusão	30
3.4	Coleta dos dados	31
3.5	Análise dos dados	31
3.6	Instrumentos de coleta dos dados	31
3.7	Aspectos éticos	37
4	RESULTADOS	38
4.1	Dados dos prontuários	40
4.2	Dados da entrevista com gestores	46
5	DISCUSSÃO	50
5.1	Caracterização dos contatos de hanseníase	50
5.2	Vulnerabilidade dos contatos de hanseníase na atenção primária em saúde	53
6	CONCLUSÃO	64
	REFERÊNCIAS	66
	APÊNDICES	80
	ANEXO A- VIGILÂNCIA DOS CONTATOS DOMICILIARES DE HANSENÍASE	86
	ANEXO B- ESTRUTURA DE UNIDADES DE SAÚDE	87
	ANEXO C - AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE	92
	ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-UFPI	93

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica e com alto poder incapacitante transmitida através do contato direto e prolongado com o doente multibacilar sem tratamento. Apresenta progressão lenta e insidiosa que pode gerar deficiências ao longo da vida, acometendo principalmente pele e nervos periféricos (NICCHIO et al., 2016). Ainda constitui uma doença marcada pelo estigma e preconceito, comumente associada as desigualdades sociais.

A introdução da poliquimioterapia (PQT) ampla e gratuita, promoveu avanços e progressos no controle da hanseníase com redução considerável da carga mundial (OMS, 2016). No entanto, registros ainda apontam a hanseníase como um problema de saúde pública a ser eliminado no mundo e no Brasil.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), durante 2017 foram notificados 210.671 novos casos de hanseníase (2,77/ 100.000 habitantes) (WHO, 2018). No Brasil, o coeficiente de detecção geral de casos novos de hanseníase foi de 12,94 p/ 100.000 hab. em 2017. (BRASIL, 2017a). No mesmo ano, o Piauí registrou um coeficiente de detecção geral de casos novos de 33,2 p/ 100.000 habitantes; evidenciando alta endemicidade. (PIAUÍ, 2017).

O Nordeste estar entre as regiões mais endêmicas do país, sendo a terceira região do Brasil com maior coeficiente de detecção geral de hanseníase (20,58/100 mil habitantes) (BRASIL, 2017b). Os estados do nordeste brasileiro também apresentam tendência histórica hiperendêmica de hanseníase em menores de 15 anos, o que representa transmissão ativa e recente da infecção (SCHEIDER; FREITAS, 2018).

O número de casos novos de hanseníase encontrados em uma área pode refletir não apenas a situação epidemiológica da doença, mas a influência de ações de educação e saúde, do controle da doença e da capacitação dos profissionais de saúde, especialmente os da Atenção Primária em Saúde, para o diagnóstico exato e oportuno (ALVES et al., 2017).

Dentro dessa perspectiva, diversas ações têm sido implementadas no enfrentamento, controle e eliminação da hanseníase no território brasileiro. Destaca-se o Programa Nacional de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde, que desenvolve um conjunto de ações que tem como objetivo orientar a prática em serviço em todas as instâncias e diferentes complexidades, conforme os princípios do SUS, fortalecendo as ações de vigilância

epidemiológica da hanseníase, a promoção da saúde com base na educação permanente de profissionais e a assistência integral as pessoas acometidas por este agravo.

O modelo de intervenção para o controle da hanseníase é baseado no diagnóstico oportuno, tratamento adequado de todos os casos diagnosticados, prevenção e tratamento de incapacidades e vigilância dos contatos domiciliares e sociais; de maneira que as ações devem ser executadas em toda a rede de Atenção Primária do Sistema Único de Saúde (SUS), representada, no Brasil, pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2016b).

A ESF é considerada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica no país. É composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Os profissionais de saúde envolvidos no desenvolvimento das ações de controle da hanseníase podem variar conforme a estrutura e os recursos dos serviços de atenção à saúde (BRASIL, 2017; LANZA; LANA, 2011).

Os profissionais envolvidos nas ações de controle da hanseníase são responsáveis por realizar a vigilância epidemiológica da doença que consiste na notificação e investigação dos casos confirmados e vigilância dos contatos, com o objetivo de identificar as fontes de contágio, casos novos entre os contatos e implementar medidas preventivas que interrompam a transmissão da doença (BRASIL, 2016).

Para as ações de controle da hanseníase no Brasil, considera-se contato domiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase no âmbito domiciliar, podendo ser familiar ou não, como por exemplo, pais, irmãos, avós, tios e etc. Já o contato social é toda e qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações sociais, familiares ou não, de forma próxima e prolongada. Os contatos sociais incluem vizinhos, colegas de trabalhos e de escola, entre outros, e devem ser investigados de acordo com o grau e tipo de convivência com o paciente não tratado (BRASIL, 2017c).

A literatura científica aponta que o ambiente domiciliar oferece maior risco para transmissão da doença, uma vez que representa o local de maior suscetibilidade para contato com a hanseníase. No entanto, outros locais merecem atenção e não devem ser subestimados por representarem risco potencial (SCHNEIDER; FREITAS, 2018; ARAÚJO, 2017; MOET et al., 2008).

Dados de uma pesquisa documental, com base em Fichas de Cadastro Social de usuários do Programa de Controle da hanseníase do município de Campos dos Goytacazes (RJ), revelou que 36,4% dos usuários diagnosticados com hanseníase afirmaram conhecer pessoas com doença, dentre essas, vizinhos e familiares, em contrapartida 63,6% relataram não conhecer nenhuma pessoa com a doença, mas podem estar convivendo com uma pessoa acometida pela hanseníase, o que pode apontar a possibilidade do desconhecimento das pessoas, do estigma em torno da doença e de uma deficiente busca ativa aliada ao exame de pessoas que não estão doentes ou não tiveram diagnóstico (LOPES; HANGEL, 2014).

De acordo com Souza et al. (2018a), os baixos percentuais de entrada de casos novos com base no exame dos contatos revelam possíveis dificuldades dos serviços de saúde para desenvolver as ações de vigilância dos contatos. Em seu estudo analisou indicadores operacionais de controle da hanseníase e sua tendência temporal, na perspectiva de gênero, no Estado da Bahia de 2001 a 2014; e verificou que o modo de detecção de casos novos, com base em exames de contatos, apresentou proporção inferior ao modo de entrada por meio de encaminhamentos e por demanda espontânea, representando 10,5% (4.207 casos) do total.

Os indicadores de cobertura global de exame de contatos demonstram que o processo de avaliação apresenta falhas operacionais em termos de qualidade dessas ações, conforme corrobora o estudo de Ramanholo et al. (2018), no município de Cacoal, estado de Rondônia, sobre a vigilância dos contatos domiciliares sob a perspectiva do usuário, o qual constatou que dos 459 contatos domiciliares abordados, a maior parte relatou não ter sido submetida ao exame dermatológico (41,6%) e neurológico (54,9%) completo, demonstrando insuficiência da qualidade das ações de vigilância no contexto da abordagem dos contatos, bem como da realização do exame dermatoneurológico. A falha da vigilância dos contatos de hanseníase reflete a vulnerabilidade programática em torno da efetivação das ações.

O termo vulnerabilidade começou a ser empregado em 1980 com os estudos sobre a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), de modo que a análise da vulnerabilidade se tornou um novo instrumental para compreender e intervir sobre a epidemia de aids. A ideia de vulnerabilidade busca responder à compreensão de que a chance de exposição das pessoas ao HIV e ao adoecimento pela aids não é a resultante de um conjunto de aspectos apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, e a maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (AYRES et al., 2006).

Ademais, o conceito de vulnerabilidade pode ser entendido em três dimensões: individual, social e programática. A dimensão individual considera o grau e a qualidade do conhecimento acerca do agravo e os comportamentos que oportunizam a ocorrência da infecção. A dimensão social integra a dimensão social do adoecimento, utilizando-se de indicadores que revelem o perfil da população da área de abrangência no que se refere ao acesso à informação, gastos com serviços sociais e de saúde. A dimensão social foca diretamente nos fatores contextuais que definem e constroem a vulnerabilidade individual. Já a dimensão programática contempla elementos como o grau e a qualidade do compromisso dos serviços e programas, os recursos disponíveis, os valores e competências das gerências, o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização desses serviços, o vínculo que os usuários dos serviços possuem com os profissionais de saúde, as ações preconizadas para a prevenção e o controle do agravo e os recursos sociais existentes na área de abrangência do serviço de saúde (AYRES et al., 2006; BERTOLOZZI et al., 2009).

Conhecer a vulnerabilidade programática associada a vigilância dos contatos de hanseníase, permitirá subsidiar estratégias que promovam a melhoria das ações de vigilância epidemiológica dos contatos de hanseníase e adoção de novas estratégias e ou/intervenções para colaborar na interrupção da cadeia de transmissão da doença.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

- Analisar a vulnerabilidade programática da vigilância dos contatos de hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Piauí.

1.2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil demográfico dos contatos domiciliares e sociais de hanseníase;
- Elencar as ações desenvolvidas de investigação epidemiológica dos contatos domiciliares e sociais pela atenção primária;
- Caracterizar a estrutura dos serviços de atenção primária e as ações voltadas para vigilância de contatos domiciliares e sociais;
- Determinar a magnitude de casos novos detectados entre os contatos de hanseníase;
- Traçar a distribuição espacial dos casos novos detectados entre os contatos.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Contexto histórico dos contatos de hanseníase

Durante séculos a hanseníase, amplamente conhecida como lepra, foi considerada uma doença advinda do castigo divino, caracterizada pela impureza e que não possuía um tratamento específico, bem como medidas sanitárias de controle. Em 1874, houve a introdução do conceito de microorganismo e de contágio através da descoberta e identificação pelo médico norueguês Gerhard Armauer Hansen, do microorganismo causador da doença. Nas primeiras décadas deste século teve início o confinamento compulsório de doentes em leprosários como medida de controle da doença sem, contudo, adoção de ações direcionadas aos contatos (COSTA, 2007; QUEIROZ; PUNTEL, 1997).

No final do século XIX, foram tomadas algumas medidas contra a doença, como impedir o casamento entre hansenianos, retirar as crianças do meio familiar de doentes, proibir o aleitamento materno de mães acometidas pela doença, tornar obrigatória a comunicação de qualquer caso suspeito de hanseníase e criar um registro estatístico da doença (CUNHA, 2002).

Em 1920 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, por Carlos Chagas, e instituída pelo Decreto nº 14 a Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, o primeiro órgão federal de campanha contra a hanseníase. Entre as medidas implementadas, destaca-se: a notificação compulsória e levantamento do censo de leproso; vigilância sanitária dos contatos e suspeitos de hanseníase; isolamento dos recém-nascidos, filhos de leproso, para serem criados livres das fontes de contágio; notificação de mudança de residência de leproso e sua família; proibição ao doente de hanseníase de exercer profissões ou atividades que o colocasse em contato direto com pessoas (EIDT, 2004).

A regulamentação do Departamento Nacional de Saúde Pública se deu através do Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923, a respeito da profilaxia da lepra; a qual previa o afastamento dos filhos “sadios” do convívio familiar para instituições criadas com a finalidade de segrega-los (BRASIL, 1923).

Em 1944, o decreto nº 15.484 aprovou o Regimento do Serviço Nacional de Lepra do Departamento Nacional de Saúde, o qual teve por finalidade: I - organizar, em todo o país, o plano de combate à lepra – incluindo uma vigilância para os contatos, porém em casos especiais; II - realizar estudos, inquéritos e investigação sobre a lepra; III - prestar assistência técnica e material às organizações públicas e privadas, delimitando o campo de ação; IV - opinar sobre

a organização de quaisquer serviços de combate à lepra no país e bem assim sobre regulamentos e regimentos que cuidem do assunto; e V - procurar padronizar, respeitadas as características regionais, as organizações públicas e privadas de luta contra a lepra, em todo o país, uniformizando os trabalhos e modelos de serviços, elaborando para isso as necessárias instruções (BRASIL, 1944).

A Lei nº 3.542, de 11 de fevereiro de 1959, instituiu a Campanha Nacional contra a lepra sob direção do Departamento Nacional de Saúde Pública com adoção de medidas que visaram, predominantemente, a profilaxia, o ensino, a pesquisa, a propaganda e educação sanitária e a ação social (BRASIL, 1959).

Já em 1968, a Lei nº 5.511, determinou algumas normas sobre a profilaxia da lepra, incluindo algumas medidas direcionadas aos contatos, entre as quais destaca-se: I- o descobrimento de doentes; por meio do censo, do exame de todos os contatos e suspeitos observados, exame de todas as pessoas que procuravam espontaneamente o serviço de lepra, e a notificação obrigatória; II- a investigação epidemiológica de todos os casos e III- o tratamento obrigatório de todas as pessoas diagnosticadas com lepra (BRASIL, 1968).

Em 1976, houve a substituição da nomenclatura lepra para hanseníase por meio do decreto nº 165. Ademais, políticas para o controle da hanseníase determinaram ações que visavam a educação, o acompanhamento de contatos e aplicação de BCG, detecção de casos novos, tratamento dos acometidos pela hanseníase e prevenção das incapacidades físicas decorrentes da doença (VELLOSO; ANDRADE, 2002).

A década de 1980 foi marcada pela introdução da Poliquimioterapia (PQT) pela Organização Mundial de Saúde. No Brasil, foi adotada pelo Ministério da Saúde a partir de 1986, com esquema terapêutico recomendado conforme a forma clínica da doença, promovendo cura e controle da endemia. Políticas contemporâneas passaram a considerar juntamente com a PQT, o diagnóstico precoce, a vigilância de contatos, a prevenção e tratamento das incapacidades físicas e a educação para a saúde (EIDT, 2004; OMS, 2016).

No ano de 1993, é expedida a Portaria Ministerial nº 814, que também trouxe novas instruções normativas em relação ao controle dos contatos, determinando que após o exame dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos, de todas as formas clínicas, o contato não doente deveria ser liberado com orientação quanto ao período de incubação, transmissão, sinais e sintomas da hanseníase e se necessário, retornar ao serviço (BRASIL, 1993; NETO et al., 2013).

Em 2002, o Ministério da Saúde publicou o “Guia para o controle da hanseníase” e a quinta edição do “Guia de Vigilância Epidemiológica”, que se constitui em um importante instrumento de pesquisa para os profissionais de saúde. Destaca-se a importância da investigação epidemiológica, da vigilância dos contatos intradomiciliares e da vacinação BCG, trazendo também a construção de um indicador operacional de porcentagem de examinadores entre os contatos intradomiciliares de casos novos diagnosticados no ano (BRASIL, 2002; NETO et al., 2013).

Apesar de outros documentos e manuais serem relevantes no contexto da vigilância dos contatos, vale destacar a inserção do Programa Nacional de Controle da Hanseníase no território brasileiro, que fortaleceu as ações de vigilância e trouxe novas recomendações através da portaria nº149, de 3 de fevereiro de 2016 para controle da doença, como por exemplo, o diagnóstico precoce, o tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados, a prevenção e tratamento das incapacidades e a vigilância dos contatos; considerando que essas ações devem ser executadas em toda a rede de atenção básica do SUS e que, conforme o potencial incapacitante da hanseníase, deve-se garantir a atenção especializada em unidades de referência ambulatorial e hospitalar.

Dentro da perspectiva da vigilância dos contatos, que visa a descoberta de casos para tratamento oportuno, é importante destacar que a portaria nº 149/2016 trouxe como recomendação a descoberta de casos entre aqueles que convivem ou conviveram, de forma prolongada com o caso novo de hanseníase tanto no ambiente domiciliar (contatos domiciliares) quanto no ambiente social (contatos sociais), independente da classificação operacional do doente (BRASIL, 2016).

Em 2017, o Ministério da saúde publicou o guia prático sobre hanseníase com o objetivo de auxiliar os profissionais de saúde no âmbito da vigilância, atenção básica e demais níveis de atenção. Deu ênfase ao diagnóstico de casos novos de hanseníase, tratamento dos pacientes, e às orientações aos pacientes diagnosticados e que estão em tratamento, bem como o seu acompanhamento (BRASIL, 2017).

Assim, a estratégia de redução da carga em hanseníase para controle da doença no território nacional requer uma abordagem qualificada de contatos de casos de hanseníase, uma vez que se torna indispensável a investigação adequada dos contatos porque interfere na dinâmica da transmissão da doença (ROMANHOLO, 2018; RAMOS JÚNIOR et al., 2014).

2.2 Hanseníase: Aspectos Clínicos e Epidemiológicos

2.2.1 Aspectos clínicos

A hanseníase é uma doença causada pelo microrganismo *Mycobacterium leprae*, identificado em 1874 pelo médico norueguês Gerhard A. Hansen. Acomete, inicialmente, o sistema nervoso periférico (SNP); atingindo posteriormente a pele; e, na maioria dos doentes brasileiros, também acomete os outros órgãos e sistemas com exceção do sistema nervoso central. O bacilo de Hansen possui alta infectividade, pois é capaz de infectar grande número de pessoas, porém baixa patogenicidade já que poucos adoecem (MARGARIDO; RIVITTI, 2015).

De acordo com a classificação adotada no Congresso de Madrid em 1953, a doença passou a ser dividida em dois tipos polares: tuberculóide e lepromatosa; e dois tipos instáveis: indeterminado e dimorfo (borderline). A classificação proposta por Ridley e Jopling, em 1966, considera aspectos clínicos, baciloscópicos, imunológicos e histopatológicos, e inclui as formas polares tuberculóide-tuberculóide (TT) e lepromatoso-lepromatoso (LL) e os três subgrupos: borderline-tuberculóide (BT), borderline-borderline (BB), borderline-lepromatoso (BL) (SOUZA, 1997).

A classificação do caso de hanseníase, conforme a OMS com fins operacionais para tratamento, categoriza o doente que apresenta poucos ou nenhum bacilo nos exames e com até cinco lesões de pele em casos paucibacilares (PB), nos quais estão incluídos aqueles com baciloscopia negativa abrangendo, assim, todos os tuberculóides e indeterminados; os doentes que abrigam muitos bacilos e com mais de cinco lesões de pele são os casos na forma multibacilar (MB), com baciloscopia positiva, que inclui todos os virchowianos e dimorfos, que se não tratados possuem alto potencial de transmissão (MARGARIDO; RIVITTI, 2015).

Na forma indeterminada, a lesão inicial comumente se expressa como uma área de hipoestesia definida ou não por uma lesão visível. A mais comum manifestação cutânea é o surgimento de uma ou algumas máculas hipopigmentadas a discretamente eritematosas, e mais secas do que a pele circunjacente. Já na forma tuberculóide, as lesões são bem delimitadas, em número reduzido, anestésicas e de distribuição assimétrica. Há também o comprometimento de nervos de forma assimétrica. A forma tuberculóide da hanseníase pode evoluir com cura espontânea. A forma virchowiana é reconhecida por corresponder ao pólo de baixa resistência, dentro do espectro imunológico da doença. Caracteriza-se pela infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos, podendo afetar, ainda, os

linfonodos, o fígado e o baço. Na pele, descrevem-se pápulas, nódulos e máculas. A infiltração é difusa e mais acentuada na face e nos membros. A baciloscopia de raspado intradérmico é positiva com grande número de bacilos. A forma dimorfa é caracterizada pela instabilidade imunológica, com manifestações clínicas a nível de pele, nervos, e de comprometimento sistêmico. As são lesões numerosas e caminha entre os pólos tuberculóide e virchoviano (ARAÚJO, 2003; HUANG, 1980).

Os sinais e sintomas consistem em manchas hipocrômicas ou eritematosas, lesões infiltradas e avermelhadas em todo tegumento; diminuição ou perda de sensibilidade ao calor, ao frio, à dor e ao tato em lesões ou áreas cutâneas, sobretudo em mãos e pés; espessamento e dor em nervos dos membros superiores e inferiores; nódulos e infiltração principalmente na face e pavilhões auriculares, madarose supraciliar e ciliar, edema e dormência nos membros inferiores e obstrução nasal crônica. As formas avançadas da hanseníase podem levar a comprometimento sistêmico, tais como mucosas, trato respiratório alto, olhos, linfonodos, medula óssea, vísceras abdominais e testículos (LYON; GROSSI, 2014).

A transmissão da doença se dá pelo contato próximo e prolongado de uma pessoa suscetível com um doente com hanseníase não tratada. O bacilo é transmitido pelas vias respiratórias. A suscetibilidade ao *M. leprae* possui influência genética e familiares de pessoas com hanseníase possuem maior chance de adoecer. O aparecimento da doença e as manifestações clínicas irão depender da resposta imunológica do indivíduo no momento da infecção e durante o curso natural da doença, podendo ocorrer após um período de incubação de 2 a 10 anos (BRASIL, 2017; HUANG, 1980). Segundo a WHO (2018), esse período entre a exposição ao bacilo e o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas pode variar, podendo chegar de 2 a 20 anos ou mais.

Um caso de hanseníase é considerado toda pessoa que apresente um ou mais dos seguintes sinais: lesão (ões) e/ou área (s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ ou dolorosa e/ou tátil; espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; presença de bacilos *M. leprae*. A baciloscopia de esfregaço intradérmico e a biopsia de pele constituem exames que podem complementar o diagnóstico de hanseníase, mas seus resultados não são critérios de definição de diagnóstico (ARAÚJO, 2003; BRASIL, 2016b).

Vale ressaltar também o auxílio do método sorológico, como por exemplo, a testagem para glicolípido fenólico 1 (PGL-1), um componente da parede celular do *M. leprae*, que quando apresenta níveis altos de IgM anti-PGL1 indica doença MB não tratada ou recente, ou

exposição intensa e recente ao *M. leprae*, com alto risco de adoecimento. No entanto, atécnica ainda não é eficaz para detectar indivíduos PB ou alguns dimorfos recentes. Atualmente, um teste rápido foi desenvolvido para ser utilizado em campo, denominado ML-Flow, que posteriormente foi sensibilizado pela adição de outro antígeno, chamado LID1. O teste atual possui aproximadamente 95% de sensibilidade para formas MB, mas ainda assim falha em detectar indivíduos com hanseníase indeterminada e tuberculóide (BARRETO, 2014).

O diagnóstico dos casos de hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da análise da história e condições de vida do paciente, além do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos, com alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas (BRASIL, 2017; SOUZA, 1997).

O tratamento medicamentoso da hanseníase é em regime ambulatorial, nas unidades básicas de saúde, ou desde que notificados e seguidos de todas as ações de vigilância, em serviços especializados, em hospitais públicos e ou clínicas. O esquema terapêutico padronizado consiste: para pacientes PB é composto de seis doses, com 100mg diárias de dapsona e dose supervisionada de 600mg mensais de rifampicina, entretanto, a portaria nº 71, de 11 de dezembro de 2018, estabeleceu a ampliação do uso da clofazimina na hanseníase paucibacilar conforme estabelecido e recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018). Já o tratamento com PQT para pacientes MB, consiste na dose diária de 100mg de dapsona e 50mg de clofazimina, e dose supervisionada de 600mg de rifampicina e 300mg de clofazimina, no total de 12 doses. (BRASIL, 2016b).

Os estados reacionais são mais frequentes em pacientes que abrigam grande número de bacilos, ou seja, os casos multibacilares, podendo também ocorrer em pacientes paucibacilares. As reações são alterações do sistema imunológico caracterizadas por inflamações agudas e subagudas. Na reação tipo 2, eritema nodoso hansênico, há sintomas sistêmicos com alterações no estado geral de saúde do paciente, como fadiga, fraqueza, febre, dor nas articulações, e perda de peso. Esta reação se desenvolve em torno de 60% dos pacientes com hanseníase virchowiana e pode recorrer várias vezes ao longo da doença. A reação tipo 1 ou reversa, desenvolve-se em casos interpolares e está associada a mudanças hormonais ou tratamento com medicamentos; a reação é causada por variações no estado imunológico do paciente por um mecanismo de hipersensibilidade (EICHELMANN et al., 2013; RODRÍGUEZ-PAZOS et al., 2010; VERA-CABRERA et al., 2011).

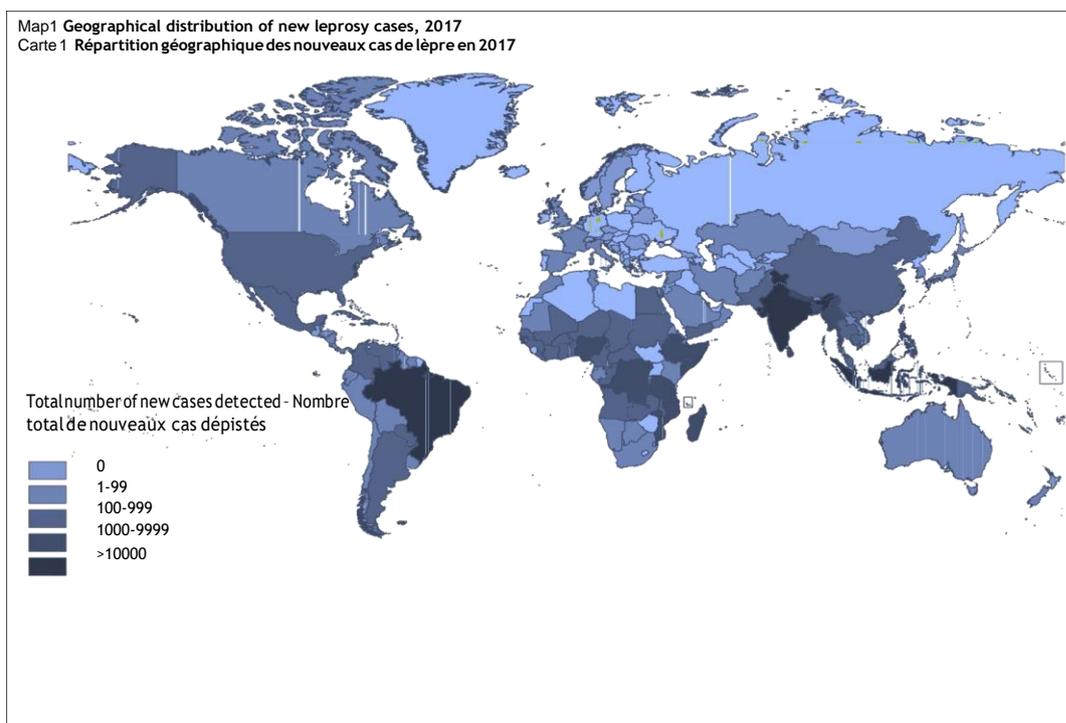
O diagnóstico precoce e tratamento das reações são realizados no exame físico através do exame clínico dermatoneurológico, estas ações são importantes para evitar as deformidades e incapacidades físicas, responsáveis pelo estigma e preconceito que permeiam a doença. O diagnóstico precoce, a informação e o tratamento da doença asseguram a cura e evitam as deformidades, constituindo estratégias para a eliminação da hanseníase.

2.2.2 Aspectos epidemiológicos

Segundo a OMS, no ano de 2015, foram diagnosticados 28.806 novos casos de hanseníase nas Américas, sendo a segunda região que mais apresentou casos, perdendo apenas para o Sudeste Asiático (156. 118 novos casos) entre as regiões da OMS. No Brasil os números representam 26. 395 casos novos da doença no mesmo ano (WHO, 2017).

No ano de 2017, a distribuição geográfica de casos novos de hanseníase manteve-se semelhante aos anos de 2015 e 2016, evidenciando padrões focais de ocorrência da doença, onde a Indonésia apresentou intervalo de 1.000 e 9.999 casos novos, Brasil e Índia com mais de 10.000 casos novos de hanseníase em 2017, conforme a figura 1(WHO,2018)

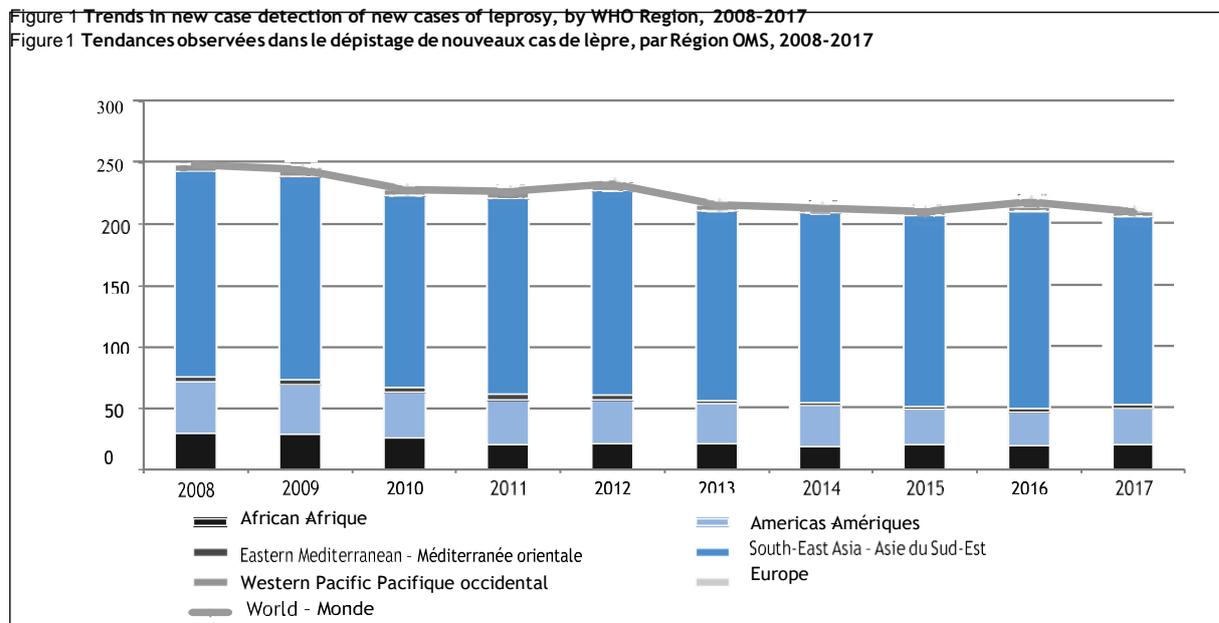
Figura 1- Distribuição geográfica dos novos casos de hanseníase, 2017.



Fonte: WHO, 2018.

A figura 2, traz dados referentes a detecção de casos novos de hanseníase, por região da OMS e corrobora a tendência de detecção de casos novos da doença limitada a determinadas regiões nos últimos dez anos. O Sul da Ásia foi responsável por 73% da carga mundial de hanseníase, sendo que Índia e Indonésia contribuíram com 67,4% dos casos novos de hanseníase detectados globalmente. O Brasil contribuiu com 92,3% dos casos novos de hanseníase detectados na região das Américas. Diante disso, o Brasil está entre os três países com maiores percentuais de casos novos de hanseníase detectados no ano de 2017, sendo responsável juntamente com a Índia e Indonésia por 80,2% dos casos globalmente detectados no ano supracitado (WHO, 2018).

Figura 2: Tendência na detecção de casos e taxa de detecção de casos, por Região OMS, 2008–2017.



Fonte: WHO, 2018.

Segundo dados do Datasus (2017), em 2017 o Piauí diagnosticou 1.020 casos novos de hanseníase e apresentou coeficiente de detecção com parâmetro Muito Alto de 33,18 p/100.000hab. O município de Teresina apresentou coeficiente de casos novos de 54,81 p/100.000hab, dado que o caracteriza como um município hiperendêmico do Estado do Piauí. Em 2018, o Piauí registrou 1.009 casos novos de hanseníase, dentre esses 417 casos novos são referentes ao município de Teresina (PIAUI, 2019; BRASIL, 2019).

Segundo Sousa e Colaboradores (2012), a expansão da hanseníase não reflete unicamente um aumento no número de casos novos consequentes da manutenção da cadeia de

transmissão da doença, mas deve-se possivelmente a capacidade da rede de atenção à saúde para o atendimento e diagnóstico correto dos casos.

O coeficiente de detecção geral é considerado um importante instrumento de conhecimento e monitoramento da situação da doença. Ademais, a proporção de casos multibaciares, proporção de casos em mulheres e proporção de casos com grau de incapacidade 2 entre os casos novos são indicadores que revelam alta transmissão e diagnóstico tardio da hanseníase, bem como falhas na vigilância epidemiológica dos casos (LANZA et al., 2012; RICHARDUS; HABBEMA, 2007).

De acordo com estudos realizados sobre a situação epidemiológica da hanseníase tanto no país quanto no estado do Piauí, o perfil dos casos é caracterizado pela forma multibacilar, cor parda, sexo masculino, com faixa etária acima de 15 anos (população economicamente ativa), grau de escolaridade baixo e grau de incapacidade física 2 (ARAÚJO et al., 2017; ARAÚJO et al., 2016; VIEIRA et al., 2015; ESCÓRCIO et al., 2015; LANZA et al., 2012).

Diante disso, é importante implementar ações de vigilância epidemiológica direcionada a investigação de casos entre os contatos de hanseníase para quebrar a cadeia de transmissão e evitar sequelas, uma vez que a proporção de casos com forma clínica infectante é alta e o grau de incapacidade física 2 releva o diagnóstico tardio ou seguimento clínico inadequado e exame de contatos precário (RIBEIRO et al., 2018; BRASIL, 2017).

2.3 Vigilância dos Contatos de Hanseníase: uma estratégia de controle

A hanseníase é uma doença crônica que ainda não possui uma proteção específica, porém dispõe de algumas ações que promovem a redução da carga endêmica, a saber: ações de educação em saúde, investigação epidemiológica para o diagnóstico oportuno de casos, tratamento até a cura, prevenção, tratamento de incapacidades e vigilância epidemiológica (BRASIL, 2016b).

A vigilância epidemiológica é responsável pela coleta, processamento, análise e interpretação dos dados referentes aos casos de hanseníase e seus contatos. A produção e divulgação das informações subsidiam avaliações da efetividade das intervenções e contribuem para o planejamento de novas ações a serem implementadas. Deve ser organizada em todos os níveis de atenção para garantir informações acerca da distribuição, magnitude e carga da

doença. A vigilância inclui a descoberta e notificação de caso de hanseníase, acompanhamento dos casos e investigação epidemiológica dos contatos (BRASIL, 2010a).

A investigação de contatos tem por finalidade a descoberta de casos novos entre aqueles que convivem ou conviveram, de forma prolongada, com o caso novo de hanseníase diagnosticado. Além disso, objetiva também descobrir suas possíveis fontes de infecção, se no domicílio (pais, irmãos, avôs, netos, etc.) ou fora dele (vizinhos, colegas de trabalho e de escola, entre outros), independentemente de qual seja a classificação operacional do doente – paucibacilar (PB) ou multibacilar (MB) (BRASIL, 2017).

Em estudo retrospectivo sobre a incidência de hanseníase em 25 anos realizado em uma ilha de alta endemicidade em Sulawesi, na Indonésia, Van Beers et al. (1999) observou que dos 101 casos incidentes, 79 (78%) poderiam estar associados ao contato com outro paciente com hanseníase. Desses 101 casos, 28 (28%) foram identificados como contatos domiciliares, 51(51%) como contatos sociais, sendo 36 (36%) como vizinhos e os 15 restantes (15%) como outros contatos sociais. Não foram obtidas informações de 19 pacientes e 3 não tiveram contato prévio rastreável com outro paciente de hanseníase. Diante disso, as evidências encontradas demonstraram que o contato com a pessoa acometida por hanseníase é o principal determinante da incidência da doença e que contatos domiciliares e sociais merecem atenção do serviço de saúde e devem ser investigados.

Todos os contatos dos casos novos devem ser submetidos à anamnese dirigida aos sinais e sintomas da hanseníase; ao exame dermatoneurológico e vacinação BCG (Bacilo de Calmette-Guërin) para contatos que não apresentarem sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação. É recomendado realizar a avaliação dermatoneurológica pelo menos uma (1) vez ao ano, por pelo menos (5) anos, de todos os contatos domiciliares e sociais que não foram identificados como casos de hanseníase na avaliação inicial independente da classificação operacional do caso. Após esse período, os contatos deverão ser esclarecidos quanto à possibilidade de surgimento, no futuro, de sinais e sintomas sugestivos de hanseníase. Quanto a aplicação da vacina BCG-ID, é importante informar que não é uma vacina específica, mas que pode conferir alguma proteção contra a hanseníase, bem como abreviar o tempo de incubação da doença (BRASIL, 2017).

De acordo com os indicadores estabelecidos pelo Ministério da Saúde, os parâmetros de proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase são classificados da seguinte maneira: Bom $\geq 90,0\%$; Regular $\geq 75,0$ a $89,9\%$ e Precário $< 75,0\%$ (BRASIL, 2016). Apesar

das recomendações reforçarem a necessidade do exame de todos os contatos, os dados oficiais revelam que a prática de avaliação dermatoneurológica ainda é considerada uma ação precária.

No estudo de Dessunti et al. (2008), sobre o controle dos contatos de pacientes atendidos com diagnóstico de hanseníase no serviço de referência em um período de dez anos no município de Londrina-PR, verificou que entre os 3394 contatos registrados na ficha de controle, apenas 1731 (51,0%) passaram por avaliação dermatoneurológica. Destes, 183 (10,6%) apresentavam algum sinal sugestivo de hanseníase e 120 (6,9%) casos não concluíram a investigação.

Já na pesquisa de Lobato et al. (2016), realizada em seis Unidades de Saúde da Família e no Centro de Saúde do Município de Igarapé-Açu, revelou que grande parte dos contatos registrados não havia sido avaliada pelos serviços de saúde. A proporção de contatos avaliados expressou uma vigilância regular de contatos para os casos índices com idade inferior a 15 anos e precária para aqueles com idade igual ou superior a 15 anos.

Em relação a vacina BCG-ID, o estudo realizado por Düppre (1998) sobre a efetividade do BCG-ID em contatos de pacientes com as formas multibacilares da hanseníase, constatou que o risco de adoecer foi 3 vezes maior no grupo sem cicatriz BCG do que no grupo com cicatriz. Quando se avaliou essa mesma taxa para os casos incidentes, o risco de desenvolver uma das formas de hanseníase foi 7 vezes maior entre aqueles sem cicatriz de BCG quando comparados àqueles com cicatriz vacinal.

Apesar das recomendações e estudos sobre a importância da aplicação da BCG-ID, o encaminhamento dos contatos para receberem a vacina, bem como a prévia avaliação dermatoneurológica apresenta falhas graves e compromete a qualidade do acompanhamento dos contatos de hanseníase e a vigilância do controle da doença, haja vista a escassez de registros nos prontuários sobre as ações desenvolvidas no acompanhamento que quando presentes, são geralmente incompletos e incompreensíveis (FEMINA, 2015).

A prática das ações de vigilância de contatos pode sofrer influência de fatores inerentes ao processo de trabalho da equipe de saúde e interferir na efetivação e qualidade das ações de controle da doença. Segundo Lanza e Lana (2011), os aspectos que dificultam as ações de controle da hanseníase são: a sobrecarga de trabalho dos profissionais com outros programas; a capacitação profissional para atuar no programa; a organização do serviço de saúde; o baixo envolvimento dos profissionais médicos no desempenho das ações e a rotatividade de profissionais.

Fatores como a oferta de treinamentos e capacitação para pessoal de nível superior e médio; disponibilidade de insumos materiais; existência de protocolos municipais e fluxogramas, realização de campanhas de busca ativa e disponibilidade de materiais educativos podem auxiliar e facilitar a realização das ações de controle da hanseníase (LANZA, 2014; SILVA et al., 2010; SOUSA et al., 2017).

Estudo realizado no Estado da Bahia, sobre indicadores operacionais de controle da hanseníase e sua tendência temporal, na perspectiva de gênero, de 2001 a 2014, constatou que o modo de detecção de casos novos com base em exames de contato, apresentou proporção inferior ao modo de entrada por meio de encaminhamentos e por demanda espontânea, apresentando 10,5% do total. Ressalta-se ainda uma redução do percentual de casos diagnosticados a partir da avaliação de contatos, reduzindo de 18,3% em 2004 para 8,3% em 2014; o que reflete possíveis dificuldades dos serviços de saúde para desenvolver as ações de vigilância dos contatos (SOUZA et al., 2018).

Aos profissionais de saúde compete a realização de ações de busca ativa, investigação, avaliação e detecção de casos novos de hanseníase, bem como tratar os pacientes, orientar e acompanhar aqueles que já estiverem em tratamento (BRASIL, 2017).

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

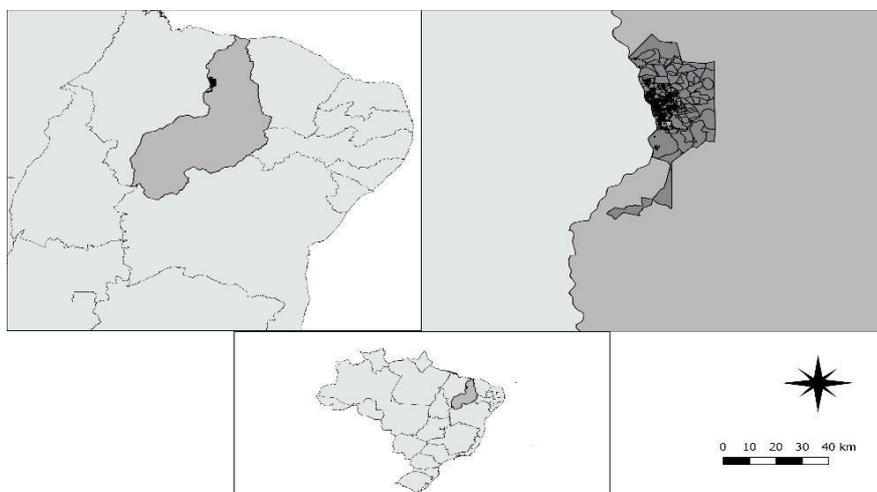
Trata-se de um estudo transversal, analítico com abordagem quantitativa, desenvolvido a partir de dados primários e secundários. Na pesquisa quantitativa é possível traduzir números em opiniões e informações com a finalidade de classificar e analisar (PRODANOV, 2013). Segundo Medronho (2009), os estudos transversais (seccional ou cross-sectional) são excelentes métodos para descrever as características de uma população em uma determinada época. São úteis para o planejamento dos serviços e programas de saúde.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Teresina, capital do estado do Piauí. Teresina está localizada na região centro-norte do estado do Piauí (Figura 3) e possui uma densidade demográfica de 584.94 hab/ km², sendo que 53,3% de 814.230 pessoas residentes no município são mulheres e 46,8% são homens, conforme censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Segundo dados da Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação (SEMPPLAN) da prefeitura de Teresina, a zona Centro/Norte da cidade possui 40 bairros, a Leste possui 29, a Sudeste 19 e a Sul 35 bairros (SEMPPLAN, 2018).

Figura 3 – Estado do Piauí e localização do município de Teresina, 2010.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

No que concerne ao número de UBS, existem atualmente 92 Unidades no município de Teresina, distribuídas nas zonas geográficas: Sul, Sudeste/leste e Centro/Norte (FMS, 2018). As UBS compreendem todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF é uma nova forma de organização do trabalho em saúde, que tem como resultado um serviço prestado por equipes multiprofissionais; um serviço com características de produção imaterial sendo, portanto, uma inovação tecnológica não material do tipo incremental (SORATTO et al., 2015). Segundo a Fundação Municipal de Saúde de Teresina, existem atualmente 263 equipes de ESF com cobertura de 100% da população (FMS, 2018).

3.3 População do estudo

Os contatos que compuseram a população deste estudo foram identificados no Livro de Registro de Acompanhamento de Casos de Hanseníase (dados secundários). Já os gestores, foram todos os coordenadores das UBS sorteadas (dados primários). Todos os gestores que participaram do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), que continha os objetivos, os procedimentos, benefícios e eventuais riscos do estudo.

Realizou-se amostragem aleatória por meio do sorteio de 30 UBS, dez (10) UBS em cada zona geográfica (Sul, Sudeste/Leste e Centro/Norte), dentre essas, uma (1) não continha informações sobre os contatos de hanseníase no período selecionado para estudo.

3.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídas todas as pessoas registradas como contatos domiciliares e sociais de casos de hanseníase notificados no período de Junho/2017 a Junho/2018 no município de Teresina/PI. Quanto aos gestores, incluiu-se todos aqueles que possuíam tempo de serviço na unidade de pelo menos 6 meses, visto que representa um tempo mínimo para adaptação e conhecimento da situação geral em termos de estrutura e funcionamento da unidade de saúde.

3.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos todos os contatos de hanseníase que não tinham informações sobre o caso referência.

3.4 Coleta dos dados

A coleta dos dados foi realizada nas UBS do município de Teresina-PI nos meses de outubro a dezembro de 2018. As informações coletas foram extraídas dos Livros de Registro de Acompanhamento de Casos de Hanseníase localizados no SAME (Serviço de Arquivo médico e Estatístico) e através de entrevistas com gestores das Unidades de Saúde.

3.5 Análise dos dados

Para digitação dos dados foi utilizado o Programa Excel 2016 e posteriormente foram exportados e analisados pelo *software* Stata versão 13.0 (Stata Corp LP, *College Station, TX, USA*). O software QGIS versão 2.18 foi utilizado para construção de mapa (análise espacial). Utilizou-se a estatística descritiva para apresentação dos dados com distribuição de frequências absolutas e relativas. Foi empregado o teste Qui-quadrado (X^2) de Pearson e o Teste exato de Fisher para verificar associação entre variáveis, adotando um intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5% com valor de $p < 0,05$.

3.6 Instrumento de coleta dos dados

O instrumento utilizado para coleta de dados no livro de registro de acompanhamento dos casos de hanseníase (APÊNDICE A), foi elaborado e adaptado pelos pesquisadores, baseado no instrumento de investigação dos contatos de hanseníase do Ministério da Saúde (ANEXO A). Quanto a entrevista com gestores, adotou-se o instrumento adaptado do projeto Integrahans Norte e Nordeste, coordenado pela UFC sobre a Estrutura de Unidades de Saúde (ANEXO B).

As variáveis sob estudo foram organizadas conforme o instrumento utilizado: tipo, descrição, estratificação e desfecho (APÊNDICE A) (Quadro 1), e por tipo, descrição e estratificação (ANEXO B) (Quadro 2).

Quadro 1: Tipo, descrição, estratificação e desfecho das variáveis do estudo.

Variáveis	Tipo	Descrição	Estratificação	Desfecho
Classificação do contato	Categórica Nominal	Situação atual em relação ao caso referência	Contato domiciliar Contato Social	Avaliação realizada
Equipe de ESF	Categórica Ordinal	Equipe de Saúde da Família que acompanha o caso referência	Nº da equipe: 01 a 263	Avaliação realizada
Zona geográfica	Categoria Nominal	Zona em que mora	Zona Sul Zona Sudeste/Leste Zona Norte	Avaliação realizada
Classificação operacional do caso referência	Categoria Nominal	Caracterização da classificação operacional	Paucibacilar Multibacilar	Avaliação realizada
Grau de parentesco	Categórica Nominal	Parentesco com o caso de referência	Mãe Pai Filho (a) Irmão (a) Esposo/companh. (a) Ex-esposo/companh. (a) Enteado (a) Filho (a) da enteada Tio (a) Primo (a) Cunhado (a) Avô (ó) Companheiro da avó	Avaliação realizada

Continuação

Quadro 1: Tipo, descrição e desfecho das variáveis do estudo.

Variável	Tipo	Descrição	Estratificação	Desfecho
Grau de parentesco	Catégorica Nominal	Parentesco com o caso de referência	Neto (a) Nora Genro Sogro (a) Namorado (a) Cuidadora Companheiro da avó Filho da enteada Bisneto	Avaliação realizada
Sexo	Catégorica Nominal	Sexo	Masculino Feminino	Avaliação realizada
Faixa etária	Catégorica Ordinal	Faixa etária	Crianças e adolescentes: 0 a 15 anos Jovens e adultos: >15 anos	Avaliação realizada
Submetido ao EDN	Catégorica Nominal	Submetido ao exame dermatoneurológico	Sim Não Ignorado	Avaliação realizada
Encaminhado para receber a vacina BCG	Catégorica Nominal	Encaminhado para receber dose da vacina BCG por ter tido caso de hanseníase na família	Sim Não Não se aplica Ignorado	Avaliação realizada
Contato teve diagnóstico da doença	Catégorica Nominal	Contato teve diagnóstico de hanseníase ao ser avaliado	Sim Não	Caso novo

Quadro 2: Tipo, descrição e estratificação das variáveis do estudo.

Variável	Tipo	Descrição	Estratificação
Horário de funcionamento da UBS	Categórica Ordinal	Horário de abertura e horário de fechamento	7:00 às 16:00h 7:00 às 16:30h 7:00 às 17:00h 7:00 às 17:30h 7:00 às 18:00h
Atendimento a pessoas acometidas pela hanseníase no último mês na unidade	Categórica Nominal	Atendimento realizado por profissionais a pessoas acometidas pela hanseníase	Não Sim Ignorado
Estratégia de busca ativa de casos faltosos	Categórica Nominal	Estratégia padronizada formal de busca ativa de casos faltosos	Não Sim Ignorado
Estratégia de busca ativa de contatos faltosos	Categórica Nominal	Estratégia padronizada formal de busca ativa de contatos faltosos	Não Sim Ignorado
Protocolo para seguimento de contatos domiciliares	Categórica Nominal	Existência de protocolo para seguimento de contatos domiciliares	Não Sim Ignorado
Caderno de atenção Básica nº 21 na UBS/ESF	Categórica Nominal	Caderno de atenção Básica nº 21 de vigilância em saúde na UBS/ESF	Não Sim Ignorado

Continuação

Quadro 2: Tipo, descrição e estratificação das variáveis do estudo.

Variável	Tipo	Descrição	Estratificação
Ficha para avaliação neurológica	Categórica Nominal	Ficha para avaliação neurológica simplificada	Não Sim Ignorado
Formulário para avaliação do grau de incapacidade		Formulário para avaliação do grau de incapacidade na UBS	Não Sim Ignorado
Protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos	Categórica Nominal	Protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos-PCID<15anos	Não Sim Ignorado
Ficha específica para registro e seguimento de contatos familiares	Categórica Nominal	Ficha específica para registro e seguimento de contatos familiares	Não Sim Ignorado
Livro de registro de acompanhamento de casos	Categórica Nominal	Livro de registro de acompanhamento de casos de hanseníase	Não Sim Ignorado
Boletins epidemiológicos nacionais na UBS	Categórica Nominal	Boletins epidemiológicos nacionais na UBS	Não Sim Ignorado
Portaria nº 149, SVS/MS disponível na UBS	Categórica Nominal	Portaria nº 149/2016, SVS/MS	Não Sim Ignorado
Material informativo e educativo sobre hanseníase exposto na unidade	Categórica Nominal	Material informativo e educativo sobre hanseníase exposto	Não Sim Ignorado

Continuação

Quadro 2: Tipo, descrição e estratificação das variáveis do estudo.

Variável	Tipo	Descrição	Estratificação
Kit de monofilamentos disponível na unidade	Categórica Nominal	Kit de monofilamentos (estesiômetro) para teste da sensibilidade	Não Sim Ignorado
Kit para realização de teste dermatoneurológico	Categórica Nominal	Kit para teste da sensibilidade (tubo de ensaio de água quente e fria, fio dental sem sabor, chumaços de algodão, caneta esferográfica, lanterna clínica e régua	Não Sim Ignorado
Tabela de Snellen padronizada	Categórica Nominal	Tabela para avaliação da acuidade visual	Não Sim Ignorado
Lanterna para avaliação dos olhos e nariz	Categórica Nominal	Lanterna para avaliação dos olhos e nariz	Não Sim Ignorado
Fio dental para avaliação dos olhos	Categórica Nominal	Fio dental para avaliação da sensibilidade da córnea	Não Sim Ignorado
Medicamentos para tratamento da hanseníase, estados reacionais e complicações	Categórica Nominal	Medicamentos para tratamento da hanseníase, estados reacionais e complicações decorrentes da doença	Não Sim Ignorado

3.7 Aspectos éticos

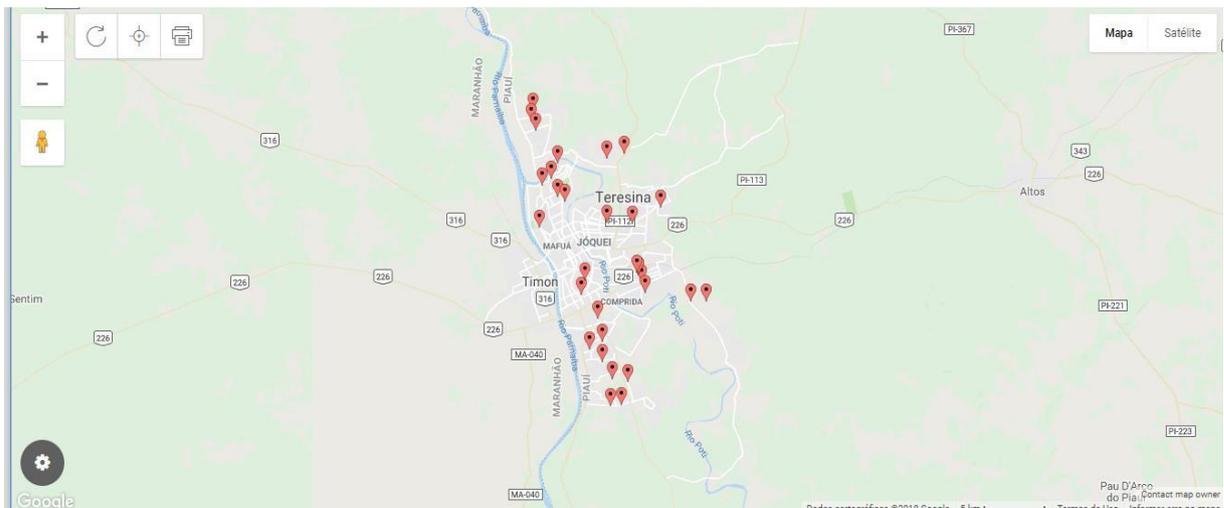
Na pesquisa foram considerados os aspectos éticos e legais conforme a Resolução 466/12 do CNS/MS que trata das diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos, no que se refere a confiabilidade das informações, garantia do sigilo e da liberdade do participante de recusar ou desistir do consentimento em qualquer fase da pesquisa (BRASIL,2012).

A coleta de dados foi realizada mediante aprovação do projeto pela Comissão de Ética da Fundação Municipal de Saúde da Prefeitura de Teresina (ANEXO C) e posteriormente pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) com parecer nº 2.504.997 (ANEXO D).

4 RESULTADOS

Para a coleta dos dados, 30 UBS foram visitadas para análise dos registros dos contatos de hanseníase e entrevista com os gestores. A Figura 4 apresenta a localização das 30 Unidades visitadas para coleta dos dados desse estudo.

Figura 4 - Localização das unidades básicas de saúde visitadas para coleta de dados. Teresina-PI, Brasil, 2019.



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

O Quadro 3 traz a relação das Unidades Básicas de Saúde referentes aos dados coletados, no município de Teresina-PI. Das 30 (32,61%) UBS visitadas, 1 (3,34%) foi excluída pelo seguinte motivo: não haviam registros de contatos de hanseníase no período de estudo (Junho/2017 a Junho/2018) e não foi possível encontrar o gestor no local da coleta dos dados. Assim, os dados foram obtidos de 29 UBS; 10 na Zona Sul do município, 9 na Zona Sudeste/Leste e 10 na Zona Centro/Norte.

Quadro 3 – Relação das unidades básicas de saúde referentes aos dados coletados, no município de Teresina-PI, Brasil, 2019.

Zona Sul
UBS 1S
UBS 2S
UBS 3S
UBS 4S

Continuação

Quadro 3 – Relação das unidades básicas de saúde referentes aos dados coletados, no município de Teresina-PI, Brasil, 2019.

Zona Sul
UBS 5S
UBS 6S
UBS 7S
UBS 8S
UBS 9S
UBS 10S
Zona Sudeste/Leste
UBS 1S/L
UBS 2S/L
UBS 3S/L
UBS 4S/L
UBS 5S/L
UBS 6S/L
UBS 7S/L
UBS 8S/L
UBS 9S/L
Zona Norte
UBS 1N
UBS 2N
UBS 3N
UBS 4N
UBS 5N
UBS 6N
UBS 7N
UBS 8N
UBS 9N
UBS 10N

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Legenda: UBS 1S = UBS 1 da Zona Sul; UBS 1S/L = UBS 1 da zona Sudeste/Leste; UBS 1N = UBS 1 da Zona Norte.

4.1 Dados coletados de prontuários (Secundários)

No que concerne aos dados coletados no livro de registro, foram registrados 511 contatos de hanseníase em 29 UBS do município de Teresina-PI. A Tabela 1 traz a caracterização sociodemográfica e clínica dos contatos de hanseníase registrados e demonstra que a maioria dos contatos são do sexo masculino (49,51%), faixa etária >15 anos (54,99%), filho (a) (35,62%) e contatos de casos multibacilar (83,56%).

Tabela 1: Caracterização dos contatos de hanseníase registrados no município de Teresina-Piauí, Brasil, 2019. (n=511)

Características	N	%
Sexo		
Feminino	230	45,01
Masculino	253	49,51
Ignorado	28	5,48
Faixa etária		
<15 anos	120	23,48
>15 anos	281	54,99
Ignorado	110	21,53
Grau de parentesco com o caso referência		
Pai	18	3,52
Mãe	36	7,05
Filho (a)	182	35,62
Irmão (a)	51	9,98
Esposo/companheiro (a)	85	16,63
Sobrinho (a)	13	2,54
Tio (a)	1	0,2
Avô (ó)	2	0,39
Neto (a)	44	8,61
Nora	6	1,17
Genro	8	1,57
Sogro (a)	9	1,76
Cunhado (a)	5	0,98
Enteado (a)	6	1,17
Primo (a)	5	0,98
Ex-esposo/companheiro (a)	1	0,2
Namorado (a)	1	0,2
Cuidador (a)	2	0,39
Companheiro da avó	1	0,20
Filho da enteada	2	0,39
Bisneto (a)	1	0,2
Ignorado	32	6,26
Classificação operacional do caso referência		
Paucibacilar	84	16,44
Multibacilar	427	83,56

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

A Tabela 2, sobre a distribuição dos contatos de hanseníase com avaliação dermatoneurológica segundo classificação e unidade básica de saúde, aponta que a maior parcela dos contatos domiciliares foi avaliada (74,95%), sendo a maioria em UBS localizadas na zona norte (87,69%) do município.

Tabela 2: Distribuição dos contatos de hanseníase com avaliação dermatoneurológica, segundo classificação e unidade básica de saúde no município de Teresina-PI, Brasil, 2019. (n=511).

Classificação	Contatos Avaliados			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Domiciliar	383	74,95 ^(*)	128	25,05
Social	0	0,00	0	0,00
Unidade Básica de Saúde (UBS)				
Nº 1S	23	62,16	14	37,84
Nº 2S	12	100,00	0	0,00
Nº 3S	1	9,09	10	90,01
Nº 4S	10	100,00	0	0,00
Nº 5S	12	100,00	0	0,00
Nº 6S	13	68,42	6	31,58
Nº 7S	11	100,00	0	0,00
Nº 8S	0	100,00	3	100,00
Nº 9S	7	100,00	0	0,00
Nº 10S	0	0,00	2	100,00
Nº 1S/L	7	100,00	0	0,00
Nº 2S/L	9	42,86	12	57,14
Nº 3S/L	28	63,64	16	36,36
Nº 4S/L	24	72,73	9	27,27
Nº 5S/L	0	0,00	0	0,00
Nº 6S/L	10	100,00	0	0,00
Nº 7S/L	0	0,00	0	0,00
Nº 8S/L	3	37,50	5	62,50
Nº 9S/L	23	67,65	11	32,35
Nº 1N	8	72,73	3	27,27
Nº 2N	57	87,69	8	12,31
Nº 3N	13	76,47	4	23,53
Nº 4N	17	89,47	2	10,53
Nº 5N	5	50,00	5	50,00
Nº 6N	7	100,00	0	100,00
Nº 7N	4	30,77	9	69,23
Nº 8N	25	100,00	0	100,00
Nº 9N	35	92,11	3	7,89
Nº 10N	19	76,00	6	24,00

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Legenda: N° 1S = UBS 1 da zona sul; N° 1S/L = UBS 1 da zona sudeste/leste; N° 1N = UBS 1 da zona norte. (*) Parâmetros de avaliação de contatos: Bom $\geq 90,0\%$; Regular $\geq 75,0 - 89,9\%$; Precário $< 75,0\%$.

Em relação a distribuição dos contatos com avaliação dermatoneurológica, segundo sexo, faixa etária, grau de parentesco e classificação multibacilar; as informações apresentadas apontam que 78,26% dos contatos avaliados são do sexo masculino ($p=0,000$), 75,44% estão na faixa etária acima dos 15 anos ($p=0,005$), 76,37% são filhos do caso referência ($p=0,000$) e 75,64% são contato de caso multibacilar ($p=0,005$) (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição dos contatos de hanseníase com avaliação dermatoneurológica, segundo sexo, faixa etária, grau de parentesco e classificação operacional do caso referência no município de Teresina-PI, Brasil, 2019. (n=511)

	Contatos Avaliados				P – valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sexo					0,000
Feminino	176	76,52	1	0,43	
Masculino	198	78,26	1	0,40	
Ignorado	9	32,14	0	0,00	
Faixa etária					0,005
< 15 anos	99	82,50	0	0,00	
> 15 anos	212	75,44	0	0,00	
Ignorado	72	65,45	2	1,82	
Grau de parentesco com o caso referência					0,000
Pai	15	83,33	1	5,56	
Mãe	30	83,33	1	2,78	
Filho (a)	139	76,37	0	0,00	
Irmão (a)	43	84,31	0	0,00	
Esposo/comp. (a)	70	82,35	0	0,00	
Sobrinho (a)	7	53,85	0	0,00	
Tio (a)	1	100,00	0	0,00	
Avô (ó)	2	100,00	0	0,00	
Neto (a)	34	77,27	0	0,00	
Nora	4	66,67	0	0,00	
Genro	4	50,00	0	0,00	
Sogro (a)	9	100,00	0	0,00	
Cunhado (a)	4	80,00	0	0,00	
Enteado (a)	5	83,33	0	0,00	
Primo (a)	4	80,00	0	0,00	
Ex-esposo/comp. (a)	0	0,00	0	0,00	
Namorado (a)	1	100,00	0	0,00	
Cuidador (a)	1	50,00	0	0,00	

Continuação

Tabela 3: Distribuição dos contatos de hanseníase com avaliação dermatoneurológica, segundo sexo, faixa etária, grau de parentesco e classificação operacional do caso referência no município de Teresina-PI, Brasil, 2019. (n=511)

	Contatos Avaliados				P – valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Grau de parentesco com o caso referência					
Compamheiro da avó	1	100,00	0	0	
Filho da enteada	0	0,00	0	0	
Bisneto (a)	0	0,00	0	0	
Ignorado	9	28,13	0	0	
Classificação operacional do caso referência					
Paucibacilar	60	71,43	2	2,38	0,005
Multibacilar	323	75,64	0	0	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

*Teste Qui-quadrado de Person. O nível de significância estatística foi fixado em $p < 0,05$. Tiveram o sexo e faixa etária ignorados com avaliação dermatoneurológica ignorada 19 (67,86%), 36 (32,73%) contatos respectivamente.

A despeito do encaminhamento para vacina BCG, a maioria dos contatos encaminhados para BCG era filho (a) do caso referência (36) ($p=0,000$) e contatos de casos multibacilar (87) ($p=0,004$) (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos contatos de hanseníase com encaminhamento para vacina BCG, segundo grau de parentesco e classificação operacional do caso referência no município de Teresina-PI, Brasil, 2019.

	Contatos encaminhados para BCG *				P-valor
	Sim		Não aplicável **		
	n	%	n	%	
Grau de parentesco com o caso referência					
Pai	1	5,56	5	27,78	0,000
Mãe	9	25	7	19,44	
Filho (a)	36	19,78	17	9,34	
Irmão (a)	8	15,69	0	0	

Continuação

Tabela 4 - Distribuição dos contatos de hanseníase com encaminhamento para vacina BCG, segundo grau de parentesco e classificação operacional do caso referência no município de Teresina-PI, Brasil, 2019.

	Contatos encaminhados para BCG *				P-valor
	Sim		Não aplicável **		
	n	%	n	%	
Grau de parentesco com o caso referência					
Esposo/companh. (a)	17	20	16	18,82	
Sobrinho (a)	1	7,69	0	0	
Tio (a)	1	100	0	0	
Avô (ó)	1	50	1	50	
Neto (a)	13	29,55	0	0	
Nora	2	33,33	1	16,67	
Genro	1	12,5	0	0	
Sogra (o)	2	22,22	1	11,11	
Cunhado (a)	3	60	0	0	
Enteado (a)	1	16,67	0	0	
Primo (a)	3	60	0	0	
Namorado (a)	1	0	1	100	
Classificação operacional do caso referência					0,004
Paucibacilar	13	15,48	6	7,14	
Multibacilar	87	20,37	44	10,3	

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

(*) 361 (70,65%) contatos não tinham informações sobre encaminhamento para BCG.

(**) Contatos que tinham 2 cicatrizes de BCG e/ou apresentaram sinais e sintomas da doença.

A despeito dos casos novos entre os contatos de hanseníase, 32 casos novos foram diagnosticados entre contatos domiciliares, 17 casos foram do sexo masculino, 19 de faixa etária >15 anos ($p=0,008$), 12 casos são esposo/companheiro (a) do caso referência ($p=0,000$) e 29 são contatos de caso multibacilar (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição dos contatos diagnosticados com hanseníase segundo o sexo, faixa etária, grau de parentesco e classificação operacional do caso referência, no município de Teresina-PI, Brasil, 2019. (N=32)

	Casos Novos				P-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sexo					0,515*
Feminino	15	6,52	215	93,48	
Masculino	17	6,72	236	93,28	
Ignorado	0	0	28	100	
Faixa etária					
<15 anos	0	0	120	100	
> 15 anos	19	6,76	262	93,24	
Ignorado	13	11,82	97	88,18	
Grau de parentesco					0,008**
Pai	4	22,22	14	77,78	
Mãe	5	13,89	31	86,11	
Filho (a)	10	5,49	172	94,51	
Irmão (a)	0	0	51	100	
Esposo/comp. (a)	12	14,12	73	85,88	
Sobrinho (a)	0	0	13	100	
Tio (a)	0	0	1	100	
Avô (ó)	1	50	1	50,00	
Neto (a)	0	0	44	100	
Nora	0	0	6	100	
Genro	0	0	8	100	
Sogro (a)	0	0	9	100	
Cunhado (a)	0	0	5	100	
Enteado (a)	0	0	6	100	
Primo (a)	0	0	5	100	
Ex-esposo/comp. (a)	0	0	1	100	
Namorado (a)	0	0	1	100	
Cuidador (a)	0	0	2	100	
Companheiro da avó	0	0	1	100	
Filho da enteada	0	0	2	100	
Bisneto (a)	0	0	1	100	
Ignorado	0	0	32	100	
Classificação operacional do caso referência					0,332*
Paucibacilar	3	3,57	81	96,43	
Multibacilar	29	6,79	398	93,21	

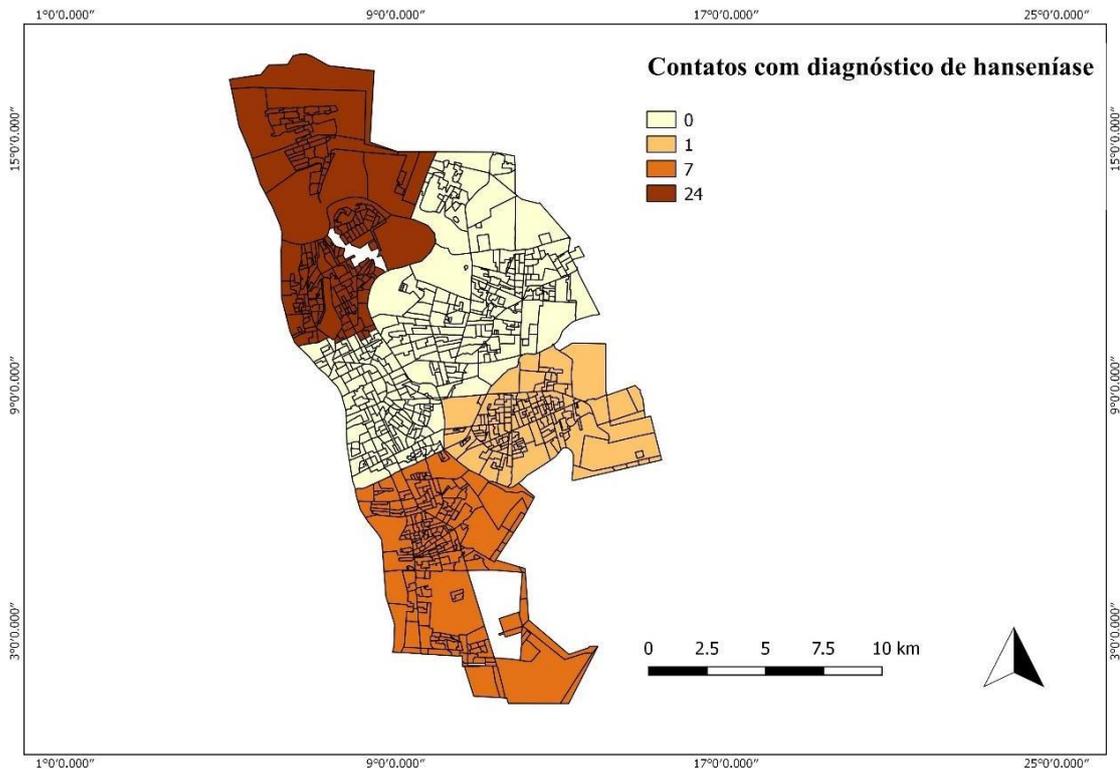
Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

* Teste exato de Fisher. ** Teste Qui-quadrado de Person. O nível de significância estatística foi fixado em $p < 0,05$

A Figura 5 apresenta a distribuição espacial dos contatos que tiveram diagnóstico de hanseníase, segundo a zona geográfica. A maior parte dos contatos que tiveram diagnóstico da

doença residem na Zona Norte (24) do município de Teresina. A Zona Leste e o Centro do município não registraram nenhum caso entre os contatos.

Figura 5: Distribuição espacial dos contatos diagnosticados com hanseníase segundo zona geográfica de residência, no município de Teresina-PI, Brasil, 2019. (n =32)



Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

4.2 Dados da entrevista com gestores (Primários)

Participaram da entrevista sobre a Estrutura da Unidade de Saúde, 10 gestores de UBS do município de Teresina-PI. Dentre os gestores entrevistados, 60% relataram que horário de funcionamento da UBS é 7:00 às 17:00h. O atendimento às pessoas acometidas pela hanseníase foi reportado por 80% dos participantes. A maioria (90%) relatou haver estratégia padronizada de busca ativa de casos e contatos de hanseníase faltosos e protocolo para seguimento de contatos domiciliares (70%); no entanto a maior parcela (50%) não soube ou não respondeu se há protocolo de investigação diagnóstica para menores de 15 anos (Tabela 6). Sobre o Caderno de Atenção Básica nº 21 e os Boletins epidemiológicos nacionais, 60% afirmaram que fica

disponível na unidade de saúde. A presença da portaria 149/2016 na unidade, não foi relatada por 60% dos entrevistados.

Tabela 6 - Distribuição dos gestores da atenção primária entrevistados sobre a estrutura unidade de saúde quanto aos aspectos operacionais, no município de Teresina-PI, Brasil, 2019. (n=10)

Variáveis	N	%
Horário de funcionamento da UBS		
7:00 às 16:00	1(UBS S)	10
7:00 às 16:30	1(UBS S)	10
7:00 às 17:00	5 (UBS S/L) e 1(UBS N)	60
7:00 às 17:30	1(UBS S)	10
7:00 às 13:30	1(UBS S/L)	10
Atendimento realizado no último mês a pessoas acometidas pela hanseníase		
Não	2	20
Sim	8	80
Estratégia padronizada de busca ativa de casos e contatos faltosos		
Não	-	-
Sim	9	90
Ignorado	1	10
Protocolo para seguimento de contatos domiciliares		
Não	-	-
Sim	7	70
Ignorado	3	30
Protocolo de investigação diagnóstica < 15 anos		
Não	1	10
Sim	4	40
Ignorado	5	50
Caderno de Atenção Básica nº 21 disponível na UBS		
Não	-	-
Sim	6	60
Ignorado	4	40
Boletins epidemiológicos nacionais na UBS		
Não	1	10
Sim	6	60
Ignorado	3	30
Portaria nº 149/2016 SVS/MS na UBS		
Não	1	10
Sim	3	30
Ignorado	6	60

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

Legenda: UBS S = Unidade Básica de Saúde da Zona Sul; UBS S/L = Unidade Básica de Saúde da Zona Sudeste/Leste; UBS N = Unidade Básica de Saúde da Zona Norte.

A Tabela 7 trata da distribuição dos gestores sobre a disponibilidade de insumos materiais na UBS. Conforme os participantes, fica disponível na unidade: formulário para avaliação do grau de incapacidade (60%), ficha específica para registro e seguimento dos contatos familiares (70%), livro de registro para acompanhamento de casos (100%), material informativo sobre hanseníase exposto (80%). kit de monofilamentos (100%), kit para teste dermatoneurológico (90%), tabela de Snellen (60%), lanterna para avaliação dos olhos e nariz (60%), fio dental para avaliação da sensibilidade da córnea (50%) e medicamentos para tratamento da hanseníase, estados reacionais e complicações (100%).

Tabela 7 - Distribuição dos gestores entrevistados da atenção básica sobre a disponibilidade de insumos materiais na UBS, no município de Teresina-PI, Brasil, 2019 (n=10)

Variáveis	N	%
Ficha para avaliação neurológica disponível na UBS		
Não	-	-
Sim	6	60
Ignorado	4	40
Formulário para avaliação do grau de incapacidade na UBS		
Não	1	10
Sim	6	60
Ignorado	3	30
Ficha específica para registro e seguimento dos contatos familiares		
Não	1	10
Sim	7	70
Ignorado	2	20
Livro de registro para acompanhamento de casos		
Não	-	-
Sim	10	100
Ignorado	-	-
Material informativo sobre hanseníase exposto na UBS		
Não	2	20
Sim, atualizado	8	80
Sim, desatualizado	-	-
Ignorado	-	-
Kit de monofilamentos disponível na UBS		
Não	-	-
Sim	10	100
Ignorado	-	-
Kit para realização de teste dermatoneurológico na UBS		
Não	1	10
Sim	9	90
Ignorado	-	-

Continuação

Tabela 7 - Distribuição dos gestores entrevistados da atenção básica sobre a disponibilidade de insumos materiais na UBS, no município de Teresina-PI, Brasil, 2019.

Variáveis	N	%
Tabela de Snellen padronizada (avaliação da acuidade visual)		
Não	1	10
Sim	6	60
Ignorado	3	30
Lanterna para avaliação olhos e nariz		
Não	3	30
Sim	6	60
Ignorado	1	10
Fio dental para avaliação olhos (sensibilidade de córnea)		
Não	4	40
Sim	5	50
Ignorado	1	10
Medicamentos para tratamento da hanseníase, estados reacionais e complicações disponível na UBS		
Não	-	-
Sim	10	100
Ignorado	-	-

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.

5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos contatos de hanseníase

Apesar de ser uma doença de difícil diagnóstico, a hanseníase pode ser devidamente identificada e tratada se for reconhecida por profissionais capacitados. A avaliação minuciosa é de grande importância dentro da perspectiva do enfrentamento e controle da hanseníase, uma vez que uma acurada avaliação pode identificar fontes de contágio e interromper a cadeia de transmissão da doença.

A melhoria da qualidade do controle da hanseníase consiste em ações que proporcionem o envolvimento das equipes das unidades básicas de saúde, na busca de estratégias que promovam detecção, tratamento adequado e oportuno entre os contatos, reduzindo a permanência da doença e das incapacidades físicas que resultam do diagnóstico tardio (LOBATO et al., 2016; DESSUNTI, 2008).

Não obstante o exame dos contatos de hanseníase ser a principal atividade de vigilância epidemiológica para redução da transmissão da doença, a quimioprofilaxia, imunoprofilaxia ou ainda profilaxia pós-exposição (PEP) dos contatos de casos de hanseníase com rifampicina em dose única foi recomendada, inicialmente a estados endêmicos, para incorporação em território brasileiro a partir da portaria já revogada, nº 32, de 30 de Junho de 2015, como mais uma ferramenta de redução da hanseníase com base em evidências sobre a eficácia relativa do método na redução da incidência da doença (MOET et al., 2008; RICHARDUS; OSKAM, 2015).

Para Lockwood et al. (2018), a quimioprofilaxia com dose única de rifampicina pode constituir um risco potencial no desenvolvimento resistência medicamentosa à rifampicina pelo *M. leprae*, tendo em vista que a intervenção da quimioprofilaxia não reduz significativamente o número de pacientes com hanseníase MB, sendo, portanto, improvável que ela tenha efeito sobre a transmissão da doença.

A institucionalização da Portaria nº 149 de 03 de fevereiro de 2016, aprovou as diretrizes para a vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública com o objetivo de orientar os gestores e os profissionais de saúde, destacando a importância do atendimento da demanda espontânea, da busca ativa de casos e da vigilância dos contatos. Ademais, trouxe a recomendação da descoberta das possíveis fontes de infecção também no convívio social e não unicamente no contexto domiciliar (BRASIL, 2016).

Entretanto, ainda não se operacionalizou a nível de gestão e de ESF, efetivamente o registro, a busca ativa e a avaliação de contatos sociais de hanseníase, em virtude das fragilidades na integração das ações de controle de hanseníase com a atenção primária à saúde, resultante das falhas na descentralização das ações na programação das atividades da ESF, bem como da precariedade da execução das ações em nível municipal (SALTARELLI; SEIXAS, 2016).

Os resultados do presente estudo evidenciaram as fragilidades da integração das ações de controle de hanseníase com a APS, haja vista a inexistência de registros de contatos sociais de hanseníase pelas equipes de ESF, com notória vulnerabilidade programática em torno da avaliação de contatos para além do espaço domiciliar. Insere-se também nesse contexto a insuficiência de uma rede organizada com todos os profissionais preparados para acompanhar os casos e seus contatos. Ademais, é importante destacar que o livro de registro de acompanhamento dos casos de hanseníase presente nas Unidades de Saúde não possui abordagem que abranja o registro de contatos sociais.

Estudo realizado na microrregião de Almenara- MG, sobre a resposta a testes sorológicos específicos para o *Mycobacterium leprae* em seguimento longitudinal de casos de hanseníase e contatos domiciliares, revelou que as características de exposição intradomiciliar e as características clínicas dos casos referência de hanseníase tiveram menor influência na soropositividade dos contatos domiciliares do que o esperado; o que sugeriu uma influência da exposição a casos não diagnosticados fora do ambiente domiciliar, principalmente em regiões endêmicas, destacando a necessidade da vigilância de contatos sociais (CARVALHO, 2017).

A maioria dos contatos de hanseníase registrados encontram-se na Zona Norte do município de Teresina. Nesse contexto, o maior percentual de contatos na região sugere um maior número de casos notificados da doença, o que pode representar uma maior exposição aos fatores de risco de transmissão da doença ou um maior comprometimento e preparo das equipes de ESF quanto a capacidade diagnóstica na identificação e manejo dos casos de hanseníase.

Quanto ao sexo dos contatos, houve predomínio do sexo masculino em relação ao feminino, demonstrando dentro dessa realidade, que o sexo masculino está mais exposto ao bacilo da hanseníase. Esse dado contrapõe aos achados em outros estudos (ARAÚJO, 2017; CUNHA et al., 2017; LOBATO et al., 2016; ROCHA, 2016; FERREIRA et al., 2012), porém reforça que o sexo masculino é geralmente mais afetado pela doença em decorrência da maior exposição advinda do menor cuidado com a saúde (GONÇALVES et al., 2018; OLIVEIRA et

al., 2014; CHHABRA et al., 2015) e do não comparecimento à Unidade de Saúde para realização do exame dermatoneurológico (FERREIRA et al., 2012).

A faixa etária acima dos 15 anos prevaleceu entre os contatos. Esse achado corrobora o encontrado em outros estudos (MONTEIRO et al., 2018; CUNHA et al., 2017; TIMÓTEO, 2013), apontando que a população economicamente ativa se encontra em situação de maior vulnerabilidade em relação ao adoecimento e suas consequências e ao impacto na qualidade de vida.

Nesse contexto, as incapacidades físicas e as deformidades decorrentes do diagnóstico tardio da hanseníase, afetam o ambiente físico dos pacientes, com limitações evidentes de atividades diárias e problemas psicossociais, como por exemplo, a restrição social em virtude do medo de sofrerem preconceito e/ou estigma social pela condição de saúde em que se encontram (SILVA et al., 2019).

O contato ser filho (a) e esposo/companheiro (a) do caso referência teve destaque, principalmente quando os contatos são filhos (as). Segundo estudo de Dessunti et al. (2008), parentes consanguíneos de 1º grau possuem 2,05 vezes maior probabilidade de adoecer que os demais parentes consanguíneos e não consanguíneos. Já no estudo de Durães (2005), sobre determinantes da transmissão da hanseníase, os dados apontaram uma possibilidade de adoecimento entre os consanguíneos de 2,8 vezes maior do que entre os não consanguíneos. Vale destacar que 3 cônjuges foram acometidos pela doença entre seis doentes não consanguíneos.

A classificação operacional do caso referência foi predominantemente multibacilar entre os contatos registrados; fato também observado em outras pesquisas (GOES et al., 2018; PEIXOTO et al., 2011). O estudo de Matos et al. (1999), que ao analisar o risco de incidência de hanseníase, verificou que a incidência da hanseníase em contatos está associada à forma multibacilar da doença e aos fatores imunes dos contatos.

No estudo de Cunha et al. (2017), sobre fatores de risco em contatos intradomiciliares de pacientes com hanseníase atendidos em um centro de referência do estado do Pará, os achados evidenciaram alguns fatores de risco para o adoecimento por hanseníase entre contatos domiciliares, com destaque para a baixa escolaridade, condições de moradia ruins e classificação operacional multibacilar do caso referência.

Portanto, características inerentes dos contatos devem ser consideradas na abordagem e manejo da vigilância dos contatos, visto que a combinação de fatores intrínsecos (genética e

resposta imunológica) e extrínsecos (condições de moradia, grau de instrução, renda, dentre outros) podem favorecer o mecanismo de transmissão e adoecimento por hanseníase.

5.2 Vulnerabilidade dos contatos de hanseníase na atenção primária em saúde

A Vulnerabilidade é compreendida como a suscetibilidade das pessoas apresentarem problemas e danos de saúde, podendo ser entendida na dimensão individual, social e programática. A dimensão individual considera os valores, as crenças, os interesses, os conhecimentos, as atitudes, os comportamentos, as relações familiares, as relações de amizade, dentre outros aspectos. Já a dimensão social, diz respeito às normas sociais, referências culturais, relações de gênero, relações de raça/etnia, suporte social, acesso à educação, acesso à mídia, liberdade de pensamento e expressão e outros. A dimensão programática diz respeito ao compromisso político dos governos, definição de políticas específicas, recursos humanos e materiais para as políticas, controle social, articulação multissetorial das ações, organização do setor de saúde, acesso aos serviços, qualidade dos serviços, integralidade da atenção, dentre outros (AYRES, 2006).

Para Bertolozzi et al. (2009), dentro da vulnerabilidade, a dimensão programática considera o acesso aos serviços de saúde, o vínculo que os usuários possuem com os profissionais de saúde, a organização dos serviços, as ações preconizadas para prevenção e controle do agravo e os recursos sociais existentes na área de abrangência do serviço de saúde.

Nesse contexto, a Atenção Primária em Saúde (APS) na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS), necessita cumprir a função resolutiva de atender os problemas de saúde da população; a função coordenadora de ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo das RAS e a função de responsabilização pela saúde da população usuária adstrita às equipes de ESF (MENDES, 2015).

O fortalecimento da atuação da APS faz-se necessário no controle da hanseníase e contribui para minimizar a vulnerabilidade presente na estruturação do serviço de saúde. De acordo com Lanza (2014), para que a APS esteja fortemente orientada para realizar ações de controle da hanseníase é necessário que ela assuma o papel de ordenadora do cuidado e que os serviços de atenção secundária funcionem, de preferência, mediante encaminhamentos de curta duração.

No estudo de Brito et al. (2016), realizado no estado da Paraíba a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificação, os dados revelaram que o número de casos

diagnosticados através do exame de contatos representa 3,4% do total de diagnósticos. A menor proporção de casos detectados por exame de contatos sugere passividade e/ou negligência dos serviços de saúde devido ao baixo investimento das equipes de UBS na busca ativa de caso.

Nesse estudo, ao considerar o exame de contatos domiciliares por zona geográfica de residência, observou-se que o município de Teresina apresentou indicador “Precário” de exame dos contatos. A zona norte do município apresentou o melhor indicador, sendo classificado como “Regular” na avaliação dos contatos de hanseníase. Classificações semelhantes foram observadas no município de São Luís e estado da Bahia, com evidências que refletem indicador precário de avaliação pelo serviço de saúde de atenção primária, com percentual inferior de casos novos detectados com base no exame dos contatos (GOIABEIRA et al., 2018; SOUZA et al., 2018a).

Ramanholo et al. (2018), também identificou em seu estudo no estado de Rondônia, que o processo de avaliação dos contatos de hanseníase apresenta falhas operacionais em termos de qualidade das ações. Ademais, a maior parcela dos contatos não foi submetida a avaliação completa, representada por 41,6% que referiram não ter realizado o exame dermatológico e 54,9% que não fizeram o exame neurológico.

Apesar de ser uma medida de intervenção, o exame dos contatos de hanseníase ainda permanece como uma ação precária ou regular. Na grande maioria, quando realizada, o controle dos contatos se restringe ao registro e uma única avaliação, nem sempre completa e correta, não havendo uma continuidade do acompanhamento do contato durante o tratamento do caso referência. É necessário identificar e avaliar possíveis barreiras que comprometem a qualidade das ações de vigilância e do acesso ao serviço de atenção primária em saúde.

Entre os contatos avaliados nesse estudo, o sexo masculino obteve relevante predomínio de avaliação; o que pode sugerir uma proporção equivalente ao maior quantitativo de registros de contatos do sexo masculino, bem como uma mudança nos parâmetros de avaliação diagnóstica entre os gêneros. Dados da pesquisa de Souza et al. (2018a), sobre indicadores operacionais de controle da hanseníase e sua tendência temporal, na perspectiva de gênero, no Estado da Bahia, contrapõem os achados no presente estudo, visto que a análise dos indicadores operacionais por sexo demonstrou que ambos os sexos, cresce de forma significativa na proporção de contatos examinados, entretanto o crescimento é mais acentuado quando o caso de hanseníase é uma mulher.

A faixa etária dos contatos avaliados foi superior a 15 anos de idade. Esse fato pode ser explicado pelo percentual de contatos registrados com faixa etária superior a 15 anos de idade

e revela que o contato com o doente de hanseníase tem ocorrido preponderantemente na idade adulta, conforme observado em outros estudos (LOBATO et al, 2016; TIMOTÉO, 2013).

A pesquisa de Schneider e Freitas (2018), refuta os dados do presente estudo, visto que a média observada do coeficiente de detecção de casos de hanseníase em menores de 15 anos no Brasil foi muito alta, com 5,77 por 100mil habitantes, indicando a presença de uma transmissão ativa e recente da infecção na comunidade advinda do contato com o doente de hanseníase cada vez mais precoce.

Houve predomínio de contatos de casos multibacilares (MB) avaliados pelo exame dermatoneurológico em comparação aos de casos paucibacilares (PB). De acordo com as recomendações do MS, todos os contatos de casos de hanseníase devem ser submetidos ao exame dermatoneurológico cuidadoso e detalhado, independente da classificação operacional do caso referência (BRASIL, 2017).

Estudo realizado no estado do Pará, com contatos domiciliares de hanseníase atendidos em um centro de referência para atendimento à doença, revelou que a soropositividade anti-PGL-I (ELISA) foi predominante nos contatos de casos referência MB e sugeriu a presença de infecção subclínica pelo *Micobacterium*, bem como a necessidade de todos os contatos de hanseníase serem avaliados, principalmente os de casos referência MB (CUNHA et al., 2017).

Quanto ao encaminhamento para vacina BCG, vale destacar que as UBS não dispõem de vacina BCG para cumprimento das ações de controle de hanseníase em contatos que não apresentem sinais e sintomas da doença. Diante disso, os profissionais realizam o encaminhamento para aplicação da vacina em outra unidade de saúde, geralmente à maternidade de referência do estado do Piauí.

Para Sousa (2017), a ausência de vacina BCG nas unidades da rede de atenção primária à saúde é um fator agravante que precisa ser solucionado a fim de melhorar o atendimento aos contatos dos pacientes de hanseníase, visto que a vacinação por BCG incentiva o comparecimento do contato à unidade de saúde e assegura a realização do exame dermatoneurológico.

Estudo realizado no município de Floriano, estado do Piauí, sobre dimensões de vulnerabilidade relacionadas à hanseníase entre contatos, revelou que a maioria dos contatos entrevistados afirmou não ter sido submetida ao exame dermatoneurológico, nem ter recebido a vacina BCG, evidenciando dificuldades operacionais para execução das ações, as quais estão relacionadas ao processo de trabalho da ESF, disponibilização da BCG e, principalmente, abordagem ética dos contatos sociais.

A vacina BCG-ID deve ser aplicada nos contatos examinados sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da investigação, independente da classificação operacional do caso referência, pois apesar de não ser uma vacina específica para a hanseníase pode oferecer certa proteção contra a doença, bem como poderá abreviar o tempo de incubação (BRASIL, 2016). Entretanto, os dados desse estudo mostraram que o encaminhamento para a vacina BCG-ID em sua maior parcela ocorreu entre os contatos de casos MB, e apenas um pequeno percentual de contatos PB sem sinais e sintomas foram encaminhados.

Segundo estudo realizado no distrito de Yavatmal, Maharashtra, na Índia, sobre a eficácia da vacinação Bacillus Calmette Guerin (BCG) na prevenção da hanseníase, demonstrou uma associação linear significativa entre o efeito protetor do BCG e o tipo de hanseníase, observando um papel benéfico da vacinação com BCG na prevenção da hanseníase (ZODPEY et al., 1999).

De acordo com Boelens et al. (1995), a vacina BCG influencia no tipo de hanseníase que o indivíduo irá desenvolver, pois o contato com cicatriz de BCG após a exposição a um caso de hanseníase tem mais chance de desenvolver a forma paucibacilar da doença.

O estudo de Düppre (1999), sobre a efetividade do BCG-ID em contatos de casos multibacilares no estado do Rio de Janeiro, apontou que o risco de o contato desenvolver uma das formas da hanseníase foi 3 vezes maior no grupo sem cicatriz de BCG em comparação ao grupo com cicatriz. Foi observada uma maior proteção para as formas multibacilares do que para as formas paucibacilares da hanseníase, demonstrando que a vacina pode interferir no mecanismo de transmissão e provocar a redução da endemia.

Apesar das recomendações, o grau de proteção contra a hanseníase oferecido pela vacina BCG varia entre os estudos, visto que metanálises sistemáticas indicam uma eficácia geral de proteção da vacina de 26% a 41% em estudos experimentais, e de 61% em estudos observacionais (MALCOLM et al., 2011).

A detecção de casos entre contatos de hanseníase não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os sexos, entretanto, existem resultados conflitantes em relação ao sexo mais acometido pela hanseníase; de um lado há evidências que comprovam um acentuado percentual de mulheres diagnosticadas com a doença, devido a maior preocupação com o autocuidado e a procura pelo serviço de saúde (LEVORATO et al., 2014; MELO et al., 2017), e por outro lado há relatos de que os homens estão mais vulneráveis ao adoecimento e formas graves da hanseníase em decorrência das práticas culturais e pessoais de autocuidado,

bem como das deficiências do serviço de APS na identificação e atendimento das suas necessidades de saúde (CAMPOS et al., 2018; MOURA et al., 2014; SOUZA et al., 2018b).

Segundo Alves et al. (2011), conhecer os aspectos psicossociais que influenciam os homens na procura aos serviços de saúde de APS, pode contribuir com a proposição de mudanças institucionais capazes de atrair o público masculino e intervir nas construções culturais associadas aos cuidados e percepções com a saúde.

A faixa etária acima de 15 anos foi prevalente e significativa entre os contatos que foram diagnosticados com hanseníase. Grande número de pessoas acometidas pela hanseníase acima dos 15 anos de idade é relatado em outros estudos (MELO et al., 2017; PALÚ; CETOLIN, 2015) e corrobora a evidência que a doença atinge mais frequentemente a população adulta jovem e idosa, principalmente quando o caso é um homem.

Dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, revelaram que o coeficiente de detecção por 100 mil habitantes na população masculina foi maior que na população feminina em todas as faixas etárias, principalmente a partir dos 15 anos de idade. A proporção é crescente com o aumento da faixa etária, com coeficiente de detecção cerca de 8 vezes maior na população masculina de 60 anos ou mais de idade que na população menor de 15 anos (BRASIL, 2018).

O grau de parentesco com o caso referência foi significativo para diagnóstico de hanseníase entre os contatos, com destaque para o contato Esposo/companheiro (a) e Filho (a) do caso referência, entre os quais o diagnóstico da doença foi predominante; já que a transmissão da hanseníase se dá através do contato íntimo e prolongado com o doente multibacilar não tratado (BRASIL, 2017).

O estudo realizado por Durães et al. (2010), sobre 107 focos familiares de hanseníase no município de Duque de Caxias - Rio de Janeiro, observou uma associação entre o grau de parentesco e o adoecimento por hanseníase ao comparar o grau de parentesco de primeiro grau (pai, mãe, filho, irmão) com os outros tipos de relação de parentesco (outros consanguíneos, cônjuges e demais não consanguíneos). No estudo de Rocha (2016) resultado semelhante foi constatado, visto que o percentual de diagnóstico de hanseníase entre contatos consanguíneos foi de 60% e entre contatos não consanguíneos foi de 40%.

A classificação operacional multibacilar do caso referência foi predominante entre contatos que tiveram diagnóstico de hanseníase e confirma que a forma multibacilar representa a forma infectante e fator de risco para o desenvolvimento da doença (CUNHA et al., 2017; LOBATO et al., 2016).

A análise da distribuição espacial dos contatos diagnosticados com hanseníase permitiu o conhecimento das zonas de maior concentração de casos detectados entre os contatos, e revelou que a distribuição geográfica dos casos novos foi heterogênea, sendo prevalecente na zona norte, seguida da zona sul do município de Teresina.

Resultados do estudo de Rodrigues (2009) corroboram que a concentração de casos de hanseníase se dá em áreas antigas do município de Teresina, uma vez que o processo de urbanização ocorreu pioneiramente na zona norte e sul da cidade. Ademais, existe a possibilidade da permanência de casos antigos não detectados e/ou inadequadamente tratados que possam contribuir para manutenção da circulação do bacilo e continuidade da cadeia de transmissão da doença. Assim, é possível que o tempo de exposição ao bacilo nos bairros antigos tenha sido um fator importante para a incidência de casos de hanseníase na zona norte do município (FAÇANHA, 2003).

É necessário executar ações de controle da hanseníase em todo o município, entretanto, áreas com maior concentração de casos, como a exemplo da zona norte, devem ser consideradas prioritárias, dentre outras ações, para a busca ativa de casos através da estratégia coletiva de avaliação de contatos domiciliares e sociais de toda a rua ou quadra onde a maior parcela da comunidade é considerada contato.

O estudo de Santos et al. (2016), a respeito da distribuição espacial e das características clínico-epidemiológicas dos casos de hanseníase no município de Tucano/Bahia, revelou que a concentração de casos de hanseníase se deu tanto na zona rural, quanto no centro da cidade; áreas geográficas que estão nas proximidades das unidades básicas de saúde do município, o que pode estar associado à melhor acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde ofertados e conseqüentemente ao trabalho desempenhado pelas equipes de ESF.

Diante disso, a concentração de casos detectados entre contatos nesse estudo, especialmente em uma das zonas do município, pode sugerir a presença de fatores influentes na transmissão da doença na região, bem como uma capacidade diagnóstica aliada ao comprometimento das equipes de ESF no controle da hanseníase.

Sousa (2016) ao analisar o padrão espacial da ocorrência de hanseníase em Teresina, Piauí, e sua relação com indicadores socioeconômicos, constatou que a maior concentração dos casos de hanseníase está presente na periferia e nas regiões Centro-Norte e Sul. Observou ainda, que a detecção da doença foi mais expressiva em bairros com estrato de alta carência social e muito alta carência social. As evidências apontaram que o processo de adoecimento da

hanseníase ultrapassa o campo biológico e passa por outros condicionantes, como fatores socioeconômicos.

Segundo Marciano et al. (2018), a manutenção da alta endemicidade da hanseníase mantém relação com os problemas sociais, más condições de vida e saneamento, dificuldades operacionais na descentralização do programa de controle da doença e rotatividade de pessoal. Outros estudos também apontam a hanseníase fortemente condicionada pelo contexto social, principalmente no aspecto socioeconômico (GARCIA; SILVA, 2016; LOPES; RANGEL, 2014; NEGRÃO et al., 2016; SANTOS et al., 2010).

Outro aspecto a ser considerado é o fato do município de Teresina possuir clima tropical (chuvas de verão e inverno seco) e ser banhado por dois rios: rio Parnaíba e rio Poti. A zona norte do município é a zona que está em maior proximidade ao rio Poti. Apesar de não estar bem definida a relação da incidência de hanseníase com ambientes úmidos e próximos a rios, há relatos dessa relação na literatura (EVANGELISTA, 2014; KAZDA et al., 1990).

No estudo de Miranda (2015), realizado do estado da Bahia sobre condições socioeconômicas e ambientais associadas à hanseníase, os resultados apontaram para uma associação entre o risco relativo da hanseníase e corpos d'água na área geográfica proposta, o que pode indicar uma associação entre o *Mycobacterium leprae* e os ambientes úmidos.

O estudo de Negrão et al. (2016), sobre a distribuição espacial e focos de hanseníase em Guarapuava/PR, revelou que os casos novos de hanseníase diagnosticados estavam agrupados formando focos de contato e disseminação, associada ao ambiente geográfico em que a população estava presente ou próxima, como áreas próximas a rios ou córregos cobertas por vegetação arbórea cuja temperatura e umidade podem favorecer a sobrevivência do *Mycobacterium leprae*, assim como áreas com alta densidade populacional, que propicia o contato entre doentes e não doentes.

Quanto à influência da capacidade diagnóstica das equipes de ESF no aumento do número de casos de hanseníase, vale destacar que a zona norte obteve indicador de avaliação de contatos superior as demais zonas, o que sugere que o percentual de casos diagnosticados de hanseníase pode estar ligado também ao percentual de contatos submetidos ao exame dermatoneurológico.

Para Alves (2017), o aumento do número de casos novos não reflete exclusivamente a situação epidemiológica da doença em uma região, mas indica que ações de educação em saúde, ações de controle da doença e a capacidade diagnóstica dos profissionais da APS têm influenciado no percentual de casos diagnosticados.

Segundo Monteiro et al. (2018), a eficiência diagnóstica dos serviços de APS resulta em indicadores que refletem a incidência real de ocorrência de casos, bem como a redução da prevalência oculta, a qual é a maior responsável pela transmissão da doença. Em seu estudo sobre o impacto da implementação de um projeto de intervenção no município de Palmas, os resultados mostraram um aumento considerável no coeficiente de detecção de casos novos em adultos e crianças, detecção por avaliação de contatos, formas clínicas avançadas, incapacidades físicas e reingressos para novo tratamento. Acredita-se na efetividade de treinamentos para o desenvolvimento de ações para diagnóstico e controle da hanseníase, de maneira que as ações devem estar inseridas na rede de atenção à saúde, principalmente na atenção primária.

No tocante a estrutura das UBS, a maioria dos gestores entrevistados referiram que o horário de funcionamento da unidade ocorre das 07:00 às 17:00h. Segundo a Fundação Municipal de Saúde de Teresina, o funcionamento das UBS estar compreendido de segunda a sexta de 07:00 às 19:00h (FMS, 2016).

Para Starfield (2002), a acessibilidade é um dos quatro elementos estruturais dos sistemas de atenção à saúde, e é muito relevante para a atenção primária. A acessibilidade envolve a localização da unidade fisicamente próxima à população à qual atende, os horários e os dias em que está aberta para atendimento, o grau de receptividade para consultas não agendadas e o quanto a população capta estes diferentes aspectos. A acessibilidade permite que as pessoas cheguem aos serviços e o acesso é a forma que uma pessoa usuária experimenta esta característica em seu serviço de saúde.

No estudo de Sousa et al. (2017), sobre estrutura do programa municipal de controle da hanseníase, em Canaã dos Carajás (Pará), no contexto da Atenção Primária à Saúde, verificou que o fato de nenhuma unidade de saúde ficar aberta após as 18h, no horário de almoço ou no sábado ou domingo não prejudica diretamente o desenvolvimento das ações de hanseníase, mas dificulta o acesso dos usuários que trabalham em turnos, como é o caso da maioria dos trabalhadores homens do município em decorrência dos horários estabelecidos pelas empresas de mineração e suas prestadoras de serviço.

Já no estudo de Cordeiro et al. (2014), a respeito das contribuições advindas com a ampliação do horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, para o horário noturno, no que concerne ao atendimento às necessidades de saúde da clientela masculina, os achados demonstraram que a ampliação do horário de funcionamento nas UBS para o período noturno pode ser uma eficiente estratégia para se criar horários alternativos para o atendimento à

clientela masculina, sobretudo aos usuários trabalhadores. Entretanto, percebeu-se que existem fragilidades que necessitam ser superadas, como o preparo das equipes de APS em compreender e resolver as demandas dos homens.

Os resultados desse estudo revelaram que o atendimento às pessoas acometidas pela hanseníase no último mês foi reportado pela grande maioria dos gestores, bem como a existência de estratégia de busca ativa de casos e contatos faltosos e de um protocolo de seguimento de contatos domiciliares.

Lima et al. (2016), em seu estudo sobre a importância da busca ativa como estratégia de controle da hanseníase em territórios endêmicos, constatou que a busca ativa é uma metodologia eficiente para detecção de novos casos de hanseníase, haja vista os 27 casos novos detectados entre 292 contatos de hanseníase examinados. Situação semelhante foi observada no estado de São Paulo por Lastória e Abreu (2011), onde foram detectados 90 casos de hanseníase através de uma campanha de busca ativa de casos entre pessoas com manchas suspeitas de hanseníase.

Estudo realizado em uma comunidade situada no Recife durante 4 anos, demonstrou que a partir de um mutirão de visitas domiciliares o coeficiente de detecção de hanseníase subiu 412,5% no terceiro ano, e ao final do quarto ano a prevalência havia sido reduzida em 41,16%. Ademais, o acompanhamento longitudinal de uma equipe de saúde da família, com processo de trabalho organizado, ações sistemáticas, garantia de acesso ao tratamento individual e vínculo modifica o cenário epidemiológico de uma doença como a hanseníase, apesar dos determinantes sociais adversos (MENDONÇA JÚNIOR et al., 2014).

Com relação a existência de protocolo de investigação diagnóstica para menores de 15 anos na unidade, a maioria dos gestores não soube informar. Já a presença do caderno de atenção básica nº 21 e dos boletins epidemiológicos nacionais foi confirmada pela grande parte dos entrevistados.

Em estudo realizado sobre a tendência histórica das taxas de detecção de hanseníase em menores de 15 anos no Brasil, no período de 2001 a 2016; os indicadores demonstraram que a série temporal em 19 Unidades da Federação do Brasil foi decrescente. Entretanto, muitas Unidades se mantiveram hiperendêmicas como: Mato Grosso, Pará, Maranhão, Rondônia, Roraima, Pernambuco, Piauí e Acre. Embora a tendência dos casos novos tenha sido decrescente, algumas capitais também mantiveram a média da taxa de detecção hiperendêmica durante os 16 anos de estudo, como: Teresina, Recife, Cuiabá, Boa Vista, Rio Branco e Belém.

Outras, porém, expuseram taxas muito altas e baixas: Fortaleza, Aracaju, Vitória, Goiânia, Manaus, João Pessoa e Rio de Janeiro (SCHNEIDER e FREITAS, 2018).

A investigação em menores de 15 anos constitui uma ação importante de monitoramento da situação endêmica da hanseníase, já que os casos novos em menores de 15 anos podem indicar fontes de contágio não diagnosticadas e sem a assistência das unidades de saúde, de modo que a detecção de casos de hanseníase por meio do exame de contato é relevante para o diagnóstico precoce e conseqüentemente para a redução da transmissão da doença (FREITAS et al., 2017).

A portaria GM/MS nº 149/2016 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 quanto aos aspectos referentes à gestão, ao planejamento, a uniformização, o monitoramento e a avaliação no que concerne ao acolhimento, diagnóstico, tratamento e cura, prevenção de incapacidades e organização do serviço. No entanto, a disponibilidade da portaria na unidade também não foi confirmada pela maioria dos participantes (BRASIL, 2016).

No tocante aos recursos materiais disponíveis na UBS, percebeu-se que mais da metade dos gestores confirmaram o acesso aos materiais necessários para atendimento e acompanhamento dos casos de hanseníase, bem como para vigilância dos contatos e educação em saúde da população adstrita. Esse achado corrobora com o relato de gestores do município de Canaã dos Carajás- PA, os quais também não relatam dificuldade de aquisição aos recursos materiais e insumos necessários ao desenvolvimento das ações do programa de controle da hanseníase (SOUSA et al., 2017).

Estudo realizado em municípios brasileiros sobre as características da estrutura das UBS e do processo de trabalho das equipes de APS com o coeficiente de detecção de hanseníase no Brasil, revelou que existe associação significativa entre o coeficiente de detecção de hanseníase e a disponibilidade de kit de monofilamentos, de vacina BCG, de Tratamento Diretamente Observado (TDO), de horário mínimo de funcionamento, busca ativa de casos faltosos e ações educativas para hanseníase. Os municípios com UBS em melhores condições quanto aos materiais e ao processo de trabalho das equipes, relacionadas ao controle da hanseníase, possuem maior detecção de casos da doença. (PINHO, 2017).

Apesar de múltiplos fatores influenciarem na qualidade do trabalho das equipes de saúde, a existência de recursos e insumos para desenvolvimento de ações no controle da

hanseníase é de significativa importância e pode refletir no desempenho das equipes de APS, bem como modificar parâmetros relacionados a endemicidade da doença.

De acordo com o modelo de Donabedian (2003), calcado na tríade estrutura, processos e resultados; os recursos materiais e financeiros, juntamente com os recursos físicos e humanos, constituem a estrutura do serviço de saúde e devem ser considerados em suas dimensões qualitativa e quantitativa. A estrutura é, portanto, os atributos materiais e organizacionais, relativamente estáveis, bem como os recursos humanos e financeiros disponíveis nas unidades prestadoras de serviços.

Não obstante os recursos materiais serem necessários para o desenvolvimento de ações de vigilância em hanseníase, outros aspectos inerentes ao serviço de saúde são necessários para efetivação e qualidade dessas ações, como por exemplo, os processos nos serviços de saúde.

O processo é extremamente importante para assegurar que condições necessárias reduzam a vulnerabilidade programática que pode estar presente no serviço de APS. Ademais, o processo resulta da combinação dos recursos estruturais para desenvolver ações de atenção à saúde, e envolve a relação entre profissionais de saúde e pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde. Também se refere ao que os profissionais são capazes de fazer pelas pessoas usuárias e as atitudes, habilidades e capacidades técnicas com que desempenham (MENDES, 2015; DONABEDIAN, 2003).

Nesse contexto, Ayres (2006), aponta que diagnósticos de vulnerabilidade e elaboração de propostas de intervenção devem sempre considerar a mediação exercida (e a ser exercida) entre os sujeitos e seus contextos sociais pelos programas e serviços disponíveis. Elementos como o grau e a qualidade do compromisso desses serviços e programas, os recursos disponíveis, os valores e competências de suas gerências e técnicos, o monitoramento, avaliação e retroalimentação das ações, a sustentabilidade das propostas e, especialmente, sua permeabilidade e estímulos à participação e autonomia dos diversos sujeitos sociais no diagnóstico da situação e no encontro dos caminhos para sua superação, são elementos fundamentais no enfoque da vulnerabilidade.

Esse estudo possui limitações concernentes ao banco de coleta de dados, haja vista a incompletude de alguns dados sobre os casos de hanseníase e seus contatos, bem como o alto percentual de registros ignorados. Destaca-se também o tamanho amostral de gestores entrevistados, constituídos por 10% do universo disponível.

6 CONCLUSÃO

Os contatos registrados nesse estudo pelas equipes de atenção primária, evidenciaram características de maior vulnerabilidade ao adoecimento por hanseníase que transcende a dimensão programática; sendo contatos domiciliares, do sexo masculino, faixa etária acima dos 15 anos e grau de parentesco consanguíneo de casos na forma infectante da doença.

As ações de investigação epidemiológica desenvolvidas pela atenção primária foram essencialmente concernentes a busca ativa de casos e contatos faltosos, exame dermatoneurológico e encaminhamento para vacina BCG entre contatos domiciliares de hanseníase. No entanto, a efetivação e a qualidade das ações evidenciaram falhas operacionais.

Apesar do município possuir cobertura de 100% da Estratégia Saúde da Família e as unidades de saúde disponibilizarem recursos materiais essenciais para realização das ações de vigilância dos contatos de hanseníase, a estrutura dos serviços de atenção primária demonstrou fragilidades na disponibilidade de vacina BCG e na acessibilidade da população usuária à unidade de saúde.

Foram diagnosticados 32 casos novos de hanseníase entre contatos domiciliares, 3 casos entre contatos de casos paucibacilar e 29 entre contatos de casos multibacilar, representando 6,27% do total registrado.

A distribuição espacial dos casos novos detectados ocorreu de forma heterogênea, predominantemente em zonas de bairros mais antigos, com destaque para os bairros da zona norte do município de Teresina.

Diante disso, constatou-se fragilidades nos serviços de saúde de atenção primária quanto a descentralização das ações de controle da hanseníase para a ESF de maneira efetiva e eficaz. Ademais, destaca-se a falta de operacionalização das ações de vigilância de contatos para além do contexto domiciliar, a deficiente busca ativa, o seguimento e acompanhamento dos casos e contatos, bem como o considerável percentual de registros incompletos e ignorados, os quais evidenciam a necessidade de educação continuada, capacitação e sensibilização profissional.

Recomendações:

Recomenda-se realizar novos estudos sobre a temática para fomentar a formulação e implementação de novas estratégias e políticas públicas para controle da hanseníase, reformular o livro de registro dos casos de hanseníase para incluir o registro e acompanhamento de contatos sociais, e inserir o protocolo de Exame Dermatoneurológico (EDN) na rotina dos serviços de atenção primária em saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, E. S. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município do nordeste brasileiro: uma análise retrospectiva. **Rev Fund Care Online**.v.9, n.3, p.648-652, 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5530/pdf_1>. Acesso em: set. 2018.

ALVES, R. F. et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicol. teor. prat.** v.13, n.3, São Paulo, 2011. Disponível em:< http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000300012>. Acesso em: 01 fev. 2019.

ARAÚJO, O. D. **Vulnerabilidades relacionadas à hanseníase entre contatos /coabitantes e sua interface com a detecção de casos novos**. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Piauí, Teresina: Pós-Graduação em Enfermagem; 2017. 224p. Disponível em:< <http://repositorio.ufpi.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/921/TESE%20DOUTORADO%20L%C3%8DVIA%20DIAS%20DE%20ARA%C3%A9JO%202017.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 28 out. 2018.

ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**; v. 36, n.3):373-382, mai-jun, 2003

ARAÚJO, R. M. S. et al. Análise do perfil epidemiológico da hanseníase. **Rev enferm UFPE on line**; v. 11, n.9, p.3632-41, 2017. Disponível em:< <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234513/27722>>. Acesso em: 27 jan. 2019.

ARAÚJO, T. M. E. et al. **Boletim de vigilância em saúde do estado do Piauí: Hanseníase 2016**. Teresina: Universidade Federal do Piauí, Integra Hans PI .2016. 40p. Disponível em:< http://www.saude.pi.gov.br/uploads/warning_document/file/353/BOLETIM_PIAUI_2016_UFPI_final.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2018.

AYRES, J. R. C. M. et al. **Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde**. In: Souza, G.W. et al Saúde em debate. 2. ed. Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 375-417.

BARRETO, J. A. Diagnóstico laboratorial da Hanseníase: indicações e limitações. In: ALVES, E. D. et al. **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília: NESPROM, 2014. 492 p.

BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc Enferm USP*. v. 43, Esp 2, p. 1326-30, 2009. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342009000600031&script=sci_abstract&tlng=pt>.
 Acesso em: 20 jan. 2019.

BOELEN, J. J. et al. Protective effect of BCG against leprosy in South Sulawesi, Indonesia. *International Journal of leprosy*, v. 63, n.3, p. 456-7, 1995. Disponível em:<
<http://ila.ilsil.br/pdfs/v63n3a13.pdf>>. Acesso 28 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Procedimentos Técnicos: baciloscopia em hanseníase**. 2010^a

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase, por ano diagnóstico - Municípios/UF/Regiões/Brasil - 2017**. 2017a. Disponível em:<
http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinannetbd/hansenise/hans_indicadores.htm.def>. Acesso em: 21 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase, por ano diagnóstico - Brasil - (2000-2017)**. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?hansenise/hans2000BD.def>>.
 Acesso em: 21 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos e Notificação. **Taxa de detecção geral de hanseníase por 100.000 habitantes Estados e regiões, Brasil, 1990 a 2017**. 2017b. Disponível em:< <http://portalsinan.saude.gov.br/hansenise>>. Acesso em: 22 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Departamento de Vigilância e Doenças Transmissíveis. **Guia Prático Sobre a Hanseníase**. Brasília; 2017c. 68p. Disponível em:<
<http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/Guia-Pratico-de-Hansenise-WEB.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional**. Brasília; 2016. 58 p. Disponível em:<
http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes_para_eliminacao_hansenise_-_manual_-_3fev16_isbn_nucom_final_2.pdf>. Acesso em 22 set. 2018

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Boletim Epidemiológico. **Hanseníase**. Volume 49 N° 4 – 2018. Disponível em:<

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/19/2018-032.pdf>>. Acesso em 22 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde**. Dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. 2ed.rev.Brasília: Ministério da saúde, 2008. 200p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 90 p. Disponível em:< http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniose.pdf>. Acesso em: 29 out. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 32, de 30 de junho de 2015. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. República Federativa do Brasil. Imprensa Nacional. BRASÍLIA - DF. Nº 123 – **Diário Oficial da União** – 01/07/15 – seção 1 – p.49.

_____. Lei nº 3.542, de 11 de fevereiro de 1959. Presidência da República.Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Institui a Campanha Nacional contra a Lepra e dá outras Providências**. Disponível em:< https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1950-1969/L3542.htm>. Acesso em: 06 nov. 2018.

_____. Portaria nº. 814, de 22 de julho de 1993. Expede novas instruções normativas visando ao desenvolvimento de ações destinadas a orientação e ao acompanhamento de execução do programa de controle e eliminação da hanseníase em todo o território nacional, de acordo com a Portaria MS/GM nº 862, de 7.8.92, publicada no Diário Oficial de 10.8.92. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 ago. 1993. Seção 1, p. 11167.

_____. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010b. **Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase**. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html>. Acesso em: 9 abr. 2017.

_____. Portaria nº 149, de 3 de fevereiro de 2016b. **Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública, com finalidade de orientar os gestores e os profissionais dos serviços de saúde**. Disponível em: < http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/Oficial_04.02-I.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2017.

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em:<

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 24 set. 2018.

_____. Portaria nº 71, de 11 de dezembro de 2018. Torna pública a decisão de ampliar o uso da clofazimina para hanseníase paucibacilar conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**. Disponível em:< http://conitec.gov.br/images/Relatorios/Portaria/2018/Portarias_SCTIE-69-70-71-72.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2019.

_____. DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase, por ano diagnóstico - Brasil - (2000-2017)**. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?hanseniase/hans2000BD.def>>. Acesso em: 21 fev. 2019.

_____. DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Hanseníase – indicadores operacionais e epidemiológicos. **Geral - Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase, por ano diagnóstico - Municípios/UF/Regiões/Brasil - 2018 (dados preliminares)**. Disponível em:< http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/webtabx.exe?ETL_hanseniase/ETL_hantfpi18.def>. Acesso em: 21 fev. 2019.

BRITO, K.K.G et al. Caracterização dos casos de hanseníase diagnosticados através do exame de contato. **Rev enferm UFPE**. Recife, v.10, n.2, p.435-41, 2016.

CAMPOS, M.R.M et al. Perfil Clínico-Epidemiológico dos Pacientes Diagnosticados com Hanseníase na Paraíba e no Brasil, 2008 – 2012. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 22, n.1, p. 79- 86,2018. Disponível em:< <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/32152>>. Acesso em: 27 dez. 2018.

CARVALHO, A.P.M. **Testes sorológicos específicos para Mycobacterium leprae**: implicações para a vigilância epidemiológica de casos de hanseníase e contatos domiciliares. (Tese). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2017. Disponível em:< http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-AU6GZR/ana_paula_mendes_carvalho.pdf?sequence=1>. Acesso em: 27 jan. 2019.

CORDEIRO, S.V.L. Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.18, n.4, 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400644>. Acesso em: 01 fev. 2019.

COSTA, D.F.C. **Entre ideias e ações**: medicina, lepra e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934). Tese (doutorado), Niterói: UFF. 410p. 2007. Disponível em:< http://www.historia.uff.br/stricto/teses/Tese-2007_COSTA_Dilma_Fatima_Avellar_Cabral_da-S.pdf>. Acesso em: 29 out. 2018.

COSTA, L.A. et al. Análise epidemiológica da hanseníase na Microrregião de Tucuruí, Amazônia brasileira, com alto percentual de incapacidade física e de casos entre jovens. **Rev Pan-Amaz Saude**; v.8, n.3, p.9-17. 2017. Disponível em:< http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232017000300009>. Acesso em: 29 out. 2018.

CUNHA, M. H. C. M. et al. Fatores de risco em contatos intradomiciliares de pacientes com hanseníase utilizando variáveis clínicas, sociodemográficas e laboratoriais. **Rev Pan-Amaz Saude** [online]. 2017, v.8, n.2, p.21-28, 2017. Disponível em:< http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2176-62232017000200021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jan. 2019.

CHHABRA, N. et al. Leprosy Scenario at a Tertiary Level Hospital in Delhi: A 5-year Retrospective Study. **Indian Journal of Dermatology**, v.60, n.1, p. 55-59, 2015. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318064/>>. Acesso em: 07 jan. 2019.

DESSUNTI, E.M. et al. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. **Rev Bras Enferm**, Brasília; 61(esp): p. 689-93. 2008.

DONABEDIAN A. An introduction to quality assurance in health care. Oxford, Oxford University Press, 2003. Disponível em:< <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg0522>>. Acesso em: 03 fev. 2019.

DÜPPRE, N. C. **Efetividade do BCG-ID em Comunicantes de Pacientes com as Formas Multibacilares da Hanseníase**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, ENSP. (Dissertação). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro. 1998. Disponível em:< https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5207/2/ENSP_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Duppre_Nadia%20Cristina.pdf>. Acesso em 28 jan. 2019.

DURÃES, S.M.B et al. Estudo de 20 focos familiares de hanseníase no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro. **An Bras Dermatol**; v.80, n. 3, p. 295-300, 2005. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962005001000006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 jan. 2019.

DURÃES, S.M.B et al. Estudo epidemiológico de 107 focos familiares de hanseníase no município de Duque de Caxias - Rio de Janeiro, Brasil. **An. Bras. Dermatol**, v.85, n.3, pp.339-345. 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0365-05962010000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 24 jan. 2019.

EICHELHANN, K. et al. Leprosy. An Update: Definition, Pathogenesis, Classification, Diagnosis, and Treatment. **Actas Dermosifiliogr.**; v.104, n.7, p.554-63, 2013.

EIDT, L.M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saude soc.** v.13 n.2 São Paulo, 2004. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200008>. Acesso em 04 set. 2018.

ESCÓRCIO, M.K.M. et al. Epidemiologia da hanseníase no estado do Piauí no período de 2006 a 2013. **Sanare**, v.14, n.1, 2015. Disponível em:< <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/713/415>>. Acesso em: 10 jan. 2019.

FEMINA, L.L. A importância da vigilância dos contatos. (Dissertação). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto. 2015. Disponível em:< http://bdtd.famerp.br/bitstream/tede/338/2/luanalaisfemina_dissert.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2018.

FERREIRA, I.L.C.S.N. et al. Os Contatos de Portadores de Hanseníase em Paracatu (MG): Perfil, Conhecimentos e Percepções. **Hansen Int**; v.37, n.1, p. 35-44, 2012. Disponível em:< <http://www.ils.br/revista/imageBank/v37n1a04.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2019.

FREITAS, B.H.B.M. et al. Tendência da hanseníase em menores de 15 anos em Mato Grosso (Brasil), 2001. **Rev Saúde Pública**, v.52, n.28, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006884.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2019.

FMS. Fundação Municipal de Saúde. Teresina. **Unidade Básica de Saúde**. Disponível em:< <http://fms.teresina.pi.gov.br/ubs>>. Acesso em: 28 set. 2018.

_____. Fundação Municipal de Saúde. Teresina. Disponível em:< <http://www.portalpmt.teresina.pi.gov.br/noticia/Teresina-se-mantem-com-263-equipes-do-Estrategia-Saude-da-Familia/18977>>. Acesso em: 15 set. 2018.

GARCIA, L. P.; SILVA, G. D. M. **Doenças transmissíveis e situação socioeconômica no brasil: análise espacial**. Brasília, dezembro de 2016. Texto para discussão / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em:< http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7364/1/td_2263.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2019.

GOES, F. S. et al. Coprevalência de hanseníase em contatos com idade compreendida entre 5 a 15 anos no Nordeste brasileiro. **Rev baiana enferm.** v.32,n. 2, 2018. Disponível:< <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/26100>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

GOIABEIRA, Y. N. L. A. et al. Programa de controle da hanseníase em capital hiperendêmica: uma avaliação operacional. **Rev. baiana enferm.** v.32, 25144, 2018. Disponível em:< <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25144/15808>>. Acesso em: 26 jan. 2019.

GONÇALVES, N.V. et al. A hanseníase em um distrito administrativo de Belém, estado do Pará, Brasil: relações entre território, socioeconômica e política pública em saúde, 2007–2013. **Rev Pan-Amaz Saude**, v.9, n.2, 2018, p.21-30. Disponível em:< http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2176-62232018000200021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2019.

GRZYBOWSKI, A.; NITA, M. Leprosy in the Bible. **Clin Dermatol.**v.34, n.1, p. 3-7. 2016.

HOCHMAN, G. **A era do saneamento** – As bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: hucitec/anpocs, 1998.

HUANG, C.L. The transmission of leprosy in man. **Int J Lepr Other Mycobact Dis.** 1980;48(3):309-18.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em:< <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=3&idnoticia=1866&t=primeiros-resultados-definitivos-censo-2010-populacao-brasil-190-755-799-pessoas&view=noticia>>. Acesso em: 27 set. 2018.

KAPLAN, D. L. Biblical leprosy: An anachronism whose time has come. **J Am Acad Dermatol;** v.28, n. 2, p.507-510. 1993.

KAZDA, J. et al. Acid fast bacilli found in sphangnum vegetation of coastal Norway containing Mycobacterium leprae-specific phenolic glycolipid-I. **International Journal of Leprosy**, v.58, n.2, p.353-357. 1990. Disponível em:< <http://ila.ils1.br/pdfs/v58n2a11.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2019.

LANZA, F. M.; LANA, F.C. F. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; v.20, (Esp) p. 238-46. 2011.

LANZA, F.M. et al. Perfil epidemiológico de la lepra en el municipio de divinópolis, minas gerais. **Rev Enferm UFSM;** v.2, n.2, p.365-374, 2012. Disponível em:< <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/5343/3761>>. Acesso em: 22 dez. 2018.

LANZA, F. M. **Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase:** validação de instrumentos e análise do desempenho de municípios endêmicos do Estado de Minas Gerais. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo

Horizonte, 2014. Disponível em:< <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ANDO-9MBGZ8>>

LASTÓRIA, J.C. et al. SBD-RESP na busca ativa de casos de hanseníase. **An Bras Dermatol.** v.86, n.3, p.613-20, 2011. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962011000300039&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 fev. 2019.

LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n.4,1p.263-1274, 2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000401263&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 01 fev. 2019.

LIMA, R. S. K.et al. A importância da busca ativa como estratégia de controle da hanseníase em territórios endêmicos. **Hansen Int.** 2016; v.41, n.1, p. 55-63. Disponível em:< http://www.ils.br/revista/detalhe_artigo.php?id=12617>. Acesso em: 01 fev. 2019.

LYON, S.; GROSSI, M. A. F. Diagnóstico e tratamento da hanseníase. In: ALVES, E. D. et al. **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília: NESPROM, 2014. 492 p.

LLOYD, D. M; LLOYD, D.T. A. Biblical leprosy: A comedy of errors. **J R Soc Med**; v. 82, p.622-623. 1998.

LOBATO, D.C. et al. Avaliação das ações da vigilância de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude**; v.7, n.1,2016. Disponível em:< http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000100006>. Acesso em: 24 set. 2018.

LOPES, V. A. S.; RANGEL, E. M. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 817-829, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0817.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2019.

LOCKWOOD, D. N. J. et al. A quimioprofilaxia com rifampicina de dose única protege aqueles que menos precisam e não é uma intervenção custo-efetiva. **PLoS Negl Trop Dis**, v. 12, n. 6, 2018. Disponível em:< <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0006403>>. Acesso em: 24 fev. 2019.

MARGARIDO, L. C.; RIVITTI, E. A. In: Veronesi: **tratado de infectologia** / editor científico Roberto Focaccia. 5. ed. rev. e atual. -- São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

MARCIANO, L. H. S.C. et al. Epidemiological and geographical characterization of leprosy in a Brazilian hyperendemic municipality. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n.8, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000805004&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 31 jan. 2019.

MATOS, H. J. et al. Epidemiologia da hanseníase em coorte de contatos intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987-1991). **Cad. Saúde Pública** [online]. v.15, n.3, p.533-542, 1999. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1999000300010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 29 jan. 2019.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. 2.ed.São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

MELO, J. P. M. et al. Perfil epidemiológico dos casos de hanseníase de uma unidade de Saúde. **Rev. Saúde Col. UEFS**, Feira de Santana, v.7, n.1, p. 29-34, 2017. Disponível em:< <http://periodicos.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1176>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

MENDES, E.V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p. Disponível em:< <http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2016/12/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2019.

MENDONÇA JÚNIOR, M.T. Abordagem da hanseníase na Atenção Primária em uma comunidade no Recife. **An Congr Sul-Bras Med Fam Comunidade**. Gramado, v.4, n.122, 2014. Disponível em:< <https://www.cmfc.org.br/sul/article/view/1765/1754>>. Acesso em: 01 fev. 2019.

MIRANDA, W.C. **Condições socioeconômicas e ambientais associadas à hanseníase na Bahia, Brasil**. (Dissertação). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.2015. 87p. Disponível em:< <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8135/tde-09102015-141340/pt-br.php>>. Acesso em: 31 jan. 2019.

MOET, F.J. et al. Effectiveness of single dose rifampicin in preventing leprosy in close contacts of patients with newly diagnosed leprosy: cluster randomized controlled trial. **BMJ**. 2008, v. 5, 336(7647) p.761– 764, 2008. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18332051>>. Acesso em: 24 fev. 2019.

MONTEIRO, L.D. et al. Tendências da hanseníase após implementação de um projeto de intervenção em uma capital da Região Norte do Brasil, 2002-2016. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n.11, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2018001105010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 24 jan. 2019.

MONTEIRO, T.B.M. et al. Aspectos clínicos e sociodemográficos dos contatos domiciliares de casos de hanseníase. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v.12, n.3, p.635-41, 2018. Disponível em:< <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/25096/28008>>. Acesso em: 27 jan. 2019.

MORHAN. Movimento de Reintegração das pessoas atingidas pela hanseníase. **A história dos filhos órfãos de pais vivos no Brasil**. A separação de pais e filhos em razão da política de isolamento compulsório para pessoas acometidas pela Hanseníase no Brasil. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:< http://www.morhan.org.br/views/upload/Dossie_Filhos.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2018.

MOURA, E. C. et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc.saúde coletiva**, v.19, n.02,2014. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200429&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 01 fev. 2019.

NEGRÃO, G.N. et al. Variáveis Epidemiológicas Intervenientes na Ocorrência da Hanseníase no Município de Guarapuava, PR. **Geografia** (Londrina) v. 25. n. 2. p. 110 – 129, jul/dez, 2016. Disponível em:< <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/geografia/article/view/24422/20545>>. Acesso em: 30 jan. 2019.

NETO, J.M.P. et al. Análise do controle dos contatos intradomiciliares de pessoas atingidas pela hanseníase no Brasil e no estado de São Paulo de 1991 a 2012. **Hansen Int**. 2013; 38 (1-2): p. 68-78.

NICCHIO, M.V.C. et al. Spatial and temporal epidemiology of Mycobacterium leprae infection among leprosy patients and household contacts of an endemic region in southeast Brazil. **Acta Tropica**. v. 163, p. 38-45, 2016.

OLIVEIRA, J.C.F. et al. Análise do perfil epidemiológico da hanseníase em Maricá, Rio de Janeiro: uma contribuição da enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.22, n.6, p.815-1, 2014. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v22n6/v22n6a15.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2018.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020** Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase. 2016. Disponível em: < <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/8/9789290225201-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 9 abr. 2017.

PALÚ, F. H; CETOLIN, S. F. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes com hanseníase no extremo oeste catarinense, 2004 A 2014. **Arq. Catarin Med.** v.44, n.2, p. 90-98, 2015. Disponível em:< <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/29>>. Acesso em: 27 dez. 2018.

PANDYA, S. S. The First International Leprosy Conference, Berlin, 1897: the politics of segregation. **Hist. cienc. Saude -Manguinhos** v.10, n.1, p. 161-77, 2003.

PEÇANHA, A. C. A evolução urbana de Teresina: passado, presente e... **Carta Cepro**, Teresina, v.22, n.1, p.59-69, jan./jun. 2003.

PEIXOTO, B. K. S. et al. Aspectos epidemiológicos dos contatos de hanseníase no Município de São Luís-Ma. **Hansen Int.** 2011; 36(1), p. 23-30. Disponível em:< http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=11559>. Acesso em: 01 jan. 2019.

PIAUI. Secretaria de estado de saúde (Sesapi). Governo do estado do Piauí. **Boletim epidemiológico. Informe epidemiológico da hanseníase - 2017.** 2017.

PINHO, R. D. B. **Controle da hanseníase na atenção básica em saúde no Brasil: análise de fatores de estrutura e processo de trabalho.** (Dissertação). Universidade Federal do Maranhão. São Luís. 2017. 94 p. Disponível em:< <https://tedebc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/1237/2/Rafaela%20Pinho.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2019.

PRODANOV, C.C; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico:** métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

QUEIROZ, M. S.; PUNTEL, M. A. **A endemia hansênica:** uma perspectiva multidisciplinar [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 120 p.

RAMOS JÚNIOR, A. N. et al. Pesquisas em Hanseníase: contextos e agendas. In: ALVES, E. D. et al. **Hanseníase:** avanços e desafios. Brasília: NESPROM, 2014. 492 p.

ROCHA, C. A. **Caracterização dos comunicantes em um ambulatório de referência para hanseníase na cidade de Salvador-Bahia.** Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Lima Machado. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Salvador, 2016. Disponível em:< https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/21722/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Med_%20Cristianne%20Andrade%20da%20Rocha.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2019.

RODRIGUES, C. A. **Perfil Epidemiológico da Hanseníase em Menores de 15 Anos no Município de Teresina.** Dissertação (mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro; 2009, 63p. Disponível em:< <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2361>>. Acesso em:> 17 jan. 2019.

RODRÍGUEZ-PAZOS, L. et al. Leprorreacción tipo 1 y embarazo. **Actas Dermosifiliogr**; v. 101, n. 2, p.190-1, 2010.

ROMANHOLO, H. S. B. et al. Surveillance of intradomiciliary contacts of leprosy cases: perspective of the client in a hyperendemic municipality. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 163-169, 2018. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100163>. Acesso em: 29 dez. 2018.

RIBEIRO, M. D. A. et al. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação. **Rev Panam Salud Publica**; v.42, 2018. Disponível em:< <https://scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e42/>>. Acesso em: 25 jan. 2019.

RICHARDUS, J. H; HABBEMA, J. D. The impact of leprosy control on the transmission of M. Leprae: is elimination being attained?. **Lepr Rev**; v.78, n.4, p.330-37. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18309706>>. Acesso em: 22 dez. 2018.

RICHARDUS, J. H.; OSKAM, L. Protecting people against leprosy: Chemoprophylaxis and immunoprophylaxis. **Clinics in Dermatology**, v. 33, p. 19-25, 2015. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25432807>>. Acesso em: 24 fev. 2018.

SALTARELLI, R. M. F; SEIXAS, D. H. T. Limites e possibilidades na atenção ao portador de hanseníase no âmbito da estratégia saúde da família. **Rev. APS**; v.19, n.4, p. 613 – 622, 2016. Disponível em:< <http://ojs2.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/15557/0>>. Acesso em: 24 fev. 2018.

SANTOS, A.D. et al. Lepra em crianças e adolescentes com menos de 15 anos em um centro urbano no Brasil. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**; v.111, n.6, 2016.

SANTOS, E. S. et al. Distribuição espaço-temporal da hanseníase em Mato Grosso. **Hygeia**, v.6, n.10, p.1 - 13, 2010. Disponível em:< <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16970/9359>>. Acesso em: 31 jan. 2019.

SANTOS, M. B. et al. Análise espacial e características epidemiológicas dos casos de hanseníase em área endêmica. **Rev enferm UFPE**, Recife, v.10, n. 5. p.4188-97, 2016.

SCHNEIDER, P. B.; FREITAS, B.H.B. Martins de et al. Tendência da hanseníase em menores de 15 anos no Brasil, 2001-2016. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n.3, 2018. Disponível em:<

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000305014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 03 fev. 2019.

SILVA, A. R. et al. Hanseníase no Município de Buriticupu, Estado do Maranhão: busca ativa de casos na população adulta. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 43. n. 6, p. 691-694, 2010.

SILVA, P. M. F. et al. Avaliação das limitações físicas, aspectos psicossociais e qualidade de vida de pessoas atingidas pela hanseníase. **Rev Fun Care Online**; v.11, n.1, p.211-215, 2019. Disponível em:< http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6975/pdf_1>. Acesso em: 19 jan. 2019.

SORATTO, J. et al. Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Abr-Jun; v.24, n.2, p. 584-92, 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf>. Acesso em 24 nov. 2018.

SOUSA, M.W.G. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no estado do Piauí, período de 2003 a 2008. **An Bras Dermatol**. 2012;v.87, n.3, p.401-7, 2012. Disponível em:< <http://www.ufrgs.br/textecc/traducao/dermatologia/files/artigos/hanseniase.pdf>>. 24 dez. 2018.

SOUSA, G. S. et al. Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 230-242, 2017. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000100230&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 fev. 2019.

SOUSA, P.C. G. **Análise Espacial da Endemia Hansênica em uma capital do Nordeste**. (Dissertação). Universidade Federal do Piauí. Teresina. 2018. Disponível em:< <http://repositorio.ufpi.br/xmlui/handle/123456789/1021>>. Acesso em 17 jan. 2019.

SOUZA ARAÚJO, H. C. **História da Lepra no Brasil**. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional. 1956.

SOUZA, E. A. et al. Vulnerabilidade programática no controle da hanseníase: padrões na perspectiva de gênero no Estado da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. v.34, n.1, 2018a. Disponível:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000105009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 28 nov. 2018.

SOUZA, E. A. et al. Hanseníase e gênero no Brasil: tendências em área endêmica da região Nordeste, 2001–2014. **Rev Saude Publica**, v.52, n.20, 2018b. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000335.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2019.

SOUZA, C.S. **Hanseníase**: formas clínicas e diagnóstico diferencial. *Medicina*, Ribeirão Preto, 30: 325-334, jul./set. 1997. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/1997/vol30n3/hanseniase_formas_clinicas_diagnostico_diferencial.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002. 726p.

TIMOTEO, R. C. A. et al. Hanseníase: avaliação em contatos. *ABCS Health Sci*; v.38, n.3, p.133-141, 2013. Disponível em:< <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/18/617>>. Acesso em: 20 jan. 2019.

VAN BEERS, S. M.; HATTA, M.; KLATSER, P. R. Patient contact is the major determinant in incident leprosy: implications for future control. *Int J Lepr Other Mycobact Dis*, Bauru; v.67, p.119-28, 1999. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10472363>>. Acesso em: 30 nov. 2018.

VELLOSO, A. P.; ANDRADE, V. **Hanseníase: curar para eliminar**. Porto Alegre: Edição das autoras, 2002.

VERA-CABRERA, L. et al. Case of Diffuse Lepromatous Leprosy Associated with Mycobacterium lepromatosis. *J Clin Microbiol*; v.49, p.4366-8, 2011.

VIDERES, A. R.N. **Trajetória de vida de ex-portadores de hanseníase com histórico asilar**. Natal, 2010. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2010. Disponível em:< https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/14717/1/ArieliRNV_DISSERT.pdf>. Acesso em 27 dez. 2018.

VIEIRA, M.S. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de União-PI no período de 2010 a 2013. *R. Interd*; v. 8, n. 4, p. 120-126, 2015. Disponível em:< <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/784>>. Acesso em: 27 dez. 2018.

WHO, World Health Organization. **Weekly epidemiological record**. SEPTEMBER 2015, 90th YEAR / 4 No. 36, 2015, 90, 461–476. Disponível em:< <http://www.who.int/wer/2015/wer9036.pdf?ua=1>>. Acesso em: 9 abr. 2017.

_____. World Health Organization. **Weekly epidemiological record**. 31 august 2018, no 35, 2018, 93, 445–456. Disponível em:< <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274289/WER9335.pdf?ua=1>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

_____. World. Health Organization. **Integrating neglected tropical diseases into global health and development**: fourth WHO report on neglected tropical diseases. 2017. 278p.

_____. World Health Organization. **Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of leprosy**. 2018. 87p. Disponível em:< <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274127>>. Acesso em: 30 dez. 2018.

ZODPEY, S. P. et al. Protective effect of Bacillus Calmette Guerin (BCG) against leprosy: a population-based case-control study in Nagpur, India. **Lepr Rev**; v.70, n.3, p.287 – 94, 1999. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10603718>>. Acesso em: 28 jan. 2019.

**APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS (LIVRO REGISTRO DE
ACOMPANHAMENTO DE CASOS)**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ- UFPI
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA E SAÚDE**

**VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA DA VIGILÂNCIA DOS CONTATOS DE
HANSENÍASE EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO**

Data da coleta de dados: ____/____/____

A) Classificação do contato: 1. DOMICILIAR 2. SOCIAL

B) Nº ESF: _____

C) Zona Geográfica: 1.SUL 2.SUDESTE/LESTE 3.NORTE

D) Classificação operacional do caso referência: 1.PB 2.MB 3. IGNORADO

E) Grau de parentesco com o caso referência: 1. PAI 2. MÃE 3.FILHO(a) 4. IRMÃO (a)
5.ESPOSO/COMPANHEIRO (a) 6.SOBRINHO(a) 7. TIO (a) 8. AVÔ (Ó) 9. NETO (a)
10.NORA 11. GENRO 12. SOGRO (a) 13.CUNHADO(a) 14. ENTEADO (a) 15. PRIMO (a)
16 EX-ESPOSO (a) 17. EX-NAMORADO (a) 18. CUIDADOR (a) 19. COMPANHEIRO DA
AVÓ 20. FILHO DA ENTEADA 21. BISNETO (a) 99. IGNORADO

F) Sexo: 1.FEMININO 2.MASCULINO 3. IGNORADO

G) Faixa etária: 1. 0 A 15 ANOS 2. ACIMA DE 15 ANOS 3. IGNORADO

H) Contato examinado: 1.SIM 2.NÃO 3. IGNORADO

I) Contato encaminhado para receber BCG: 1.SIM 2.NÃO 3. NÃO SE APLICA
4.IGNORADO

J) Contato teve diagnóstico de hanseníase: 1. SIM 2. NÃO

APÊNDICE B – DICIONÁRIO DE VARIÁVEIS

Dicionário de variáveis: contatos de hanseníase do município de Teresina-PI.

Quesito	Categorias	
Descrição	Código da variável	Descrição
Classificação do contato	1	Contato domiciliar
	2	Contato social
Equipe de Estratégia Saúde da Família	1 a 300	Nº da equipe
	999	Ignorado
Zona geográfica	1	Sul
	2	Sudeste/leste
	3	Norte
Classificação operacional do caso referência	1	Paucibacilar
	2	Multibacilar
	3	Ignorado
Grau de parentesco com o caso referência	1	Pai
	2	Mãe
	3	Filho (a)
	4	Irmão (a)
	5	Esposo/comp. (a)
	6	Sobrinho (a)
	7	Tio (a)
	8	Avô (a)
	9	Neto (a)
	10	Nora
	11	Genro
	12	Sogro (a)
	13	Cunhado (a)
	14	Enteado (a)
	15	Primo (a)
	16	Ex- esposo (a)
	17	Namorado (a)
	18	Cuidador (a)
	19	Companheiro da avó
20	Filho da enteada	
21	Bisneto (a)	
99	Ignorado	
Sexo	1	Feminino
	2	Masculino
	3	Ignorado
Faixa etária	1	0 a 15 anos
	2	Acima de 15 anos
	3	Ignorado
Contato examinado	1	Sim
	2	Não

	3	Ignorado
Contato encaminhado para BCG	1	Sim
	2	Não
	3	Não aplicável
	4	Ignorado
Contato teve diagnóstico de hanseníase	1	Sim
	2	Não

APÊNDICE C- TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ- UFPI
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA E SAÚDE****TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)**

Eu, Laila Caroline Leme da Silva, da Universidade Federal do Piauí, **do programa de pós-graduação em Ciências e Saúde- Nível mestrado**, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado **“VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA DA VIGILÂNCIA DOS CONTATOS DE HANSENÍASE EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO”**, comprometo-me com a utilização dos dados contidos nos prontuários de pacientes com hanseníase para obtenção dos objetivos previstos mediante a aprovação do sistema CEP-UFPI.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos prontuários, bem como com a privacidade de seus conteúdos. Esclareço que os dados a serem coletados se referem aos contatos domiciliares de casos índices de hanseníase.

A utilização das informações será apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa. Qualquer outra pesquisa com coleta de informações será submetida a apreciação do CEP/UFPI.

Teresina, 2017.

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ- UFPI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA E SAÚDE**

Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga – Teresina/PI

CEP: 64049-550 - Fone (86) 3237-2062

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Vimos convidá-lo (a) a participar do estudo “**VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA DA VIGILÂNCIA DOS CONTATOS DE HANSENÍASE EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO**” respondendo às perguntas deste questionário de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, leia atentamente as informações abaixo.

Instituição/Departamento: UFPI/ Mestrado em Ciências e Saúde.

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Maria Zélia de Araújo Madeira

Pesquisadora participante: Laila Caroline Leme da Silva

OBJETIVO DO ESTUDO: Analisar a vulnerabilidade programática da vigilância dos contatos de hanseníase

PROCEDIMENTOS: A participação nesta pesquisa consistirá em numa entrevista por meio de um questionário sobre a estrutura de Unidades Básicas de Saúde.

BENEFÍCIOS: Este estudo irá contribuir para o conhecimento da vulnerabilidade programática da vigilância dos contatos de hanseníase existente na atenção primária. Através desse conhecimento, a pesquisa irá contribuir para formulações de intervenções importantes que visem a melhoraria da qualidade das ações que são desenvolvidas pela ESF no tocante a investigação dos contatos de hanseníase para que os casos sejam detectados e recebam o tratamento exato e em tempo oportuno, interrompendo assim, a cadeia de transmissão e haja o controle da doença.

RISCOS: A participação no estudo terá riscos mínimos, no entanto pode ocorrer constrangimento ao responder as perguntas do questionário.

SIGILO: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma.

Eu, _____, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima. Este consentimento será assinado em duas vias, ficando o entrevistado com a posse de uma delas devidamente assinado pelo entrevistador.

Assinatura: _____

Teresina: ____/____/____

Prof^a. Dr^a. Maria Zélia de Araújo Madeira

Enf. Laila Caroline Leme da Silva

ANEXO A – VIGILÂNCIA DOS CONTATOS DOMICILIARES DE HANSENÍASE

CGPNCH/SUS-MS		FORMULÁRIO DE VIGILÂNCIA DE CONTATOS ENTRADOMICILIARES DE HANSENÍASE					
UNIDADE DE SAÚDE _____		Nº REG. DO CASO DE HANSENÍASE NO SINAN: _____					
MUNICÍPIO _____ UF _____		Nº PRONTUÁRIO: _____					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
NOME: _____							
ENDEREÇO: _____							
MUNICÍPIO _____ UF _____							
DATA DO DIAGNÓSTICO __/__/____ CLASSIFICAÇÃO PS <input type="checkbox"/> MB <input type="checkbox"/>							
CONTATOS ENTRADOMICILIARES							
Nº DE ORDEM	NOME	IDADE	PARENTESCO	EXAME DERMATO NEUROLÓGICO		CONDUTA	BCG
				Data	*Resultado		
1							____/____/____
2							____/____/____
3							____/____/____
4							____/____/____
5							____/____/____
6							____/____/____
7							____/____/____
8							____/____/____
9							____/____/____
10							____/____/____

* Resultado: N - Sem sinais/sintomas de hanseníase, S - Suspeito de hanseníase, C - Caso de hanseníase

ANEXO B- ESTRUTURA DAS UNIDADES DE SAÚDE

INSTRUMENTO 20 - CHECK-LIST - INFORMANTE-CHAVE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE ESTRUTURA DE UNIDADES DE SAÚDE
--

PROJETO INTEGRANS PIAUÍ

Versão 07/09/2015

CNES da Unidade de Saúde: _____	Código UBS: _____
MUNICÍPIO: (1) TERESINA	
Pesquisador: _____	Data da Coleta: _____
Revisor: _____	Data da Revisão: _____

ITEM	QUESTÃO	CODIGOS/CATEGORIAS	Revisor
1.	Nome completo do responsável pela informação	_____	
2.	Horário de funcionamento da unidade de saúde?	Horário de abertura _____ — () Horário de início do intervalo _____ — () Horário de final do intervalo _____ — () Horário de fechamento até as 19:00h _____ — ()	
3.	Quais as condições da unidade de saúde em termos de estrutura que respeita a acessibilidade dos usuários com limitação?	Inexistente 0 Muito Ruim 1 Ruim 2 () Boa 3 Muito Boa 4	
4.	Os profissionais desta unidade realizaram atendimento a pessoas acometidas pela hanseníase no último mês?	Não 0 Sim 1 () Ignorado 9	
5.	Que modalidades de atendimento são realizadas na unidade de saúde (UBS) para hanseníase? <i>[Pode ser marcada mais de uma opção]</i>	Não realiza atendimento 0 () Diagnóstico clínico inicial 1 () Confirmação diagnóstica 2 () Suspeição Diagnóstica inicial pelo enfermeiro 3 () Disponibilização de PQT 4 () Acompanhamento de PQT 5 () Exame de contatos 6 () Diagnóstico de estados reacionais 7 () Acompanhamento de reações 8 () Atenção fisioterápica 10 () Reabilitação física 11 () Cuidado para feridas 12 () Terapia ocupacional 13 () Abordagem psicológica 14 () Atenção nutricional 15 () Assistência social 16 () Assistência Enfermagem 17 () Assistência farmacêutica 18 () Outros _____ 19 () Ignorado 9 ()	

6.	Áreas de atuação dos profissionais de saúde existentes atualmente na unidade de saúde: [Inserir ao lado a quantidade – número – de profissionais]	Assistência social _____	1	()
		Cardiologia _____	2	()
		Cirurgião geral _____	3	()
		Clínica médica _____	4	()
		Cirurgião plástico _____	5	()
		Cirurgião dentista _____	6	()
		Dermatologia _____	7	()
		Educação física _____	8	()
		Endocrinologia-metabologia _____	10	()
		Fisioterapia _____	11	()
		Ginecologia-obstetrícia _____	12	()
		Infectologia _____	13	()
		Médico de Família e Comunidade _____	14	()
		Neurologia _____	15	()
		Nutrição _____	16	()
		Oftalmologista _____	17	()
		Ortopedia _____	18	()
		Otorrinolaringologia _____	19	()
		Pneumologia _____	20	()
		Psicologia _____	21	()
		Reumatologia _____	22	()
		Terapia ocupacional _____	23	()
		Urologia _____	24	()
		Farmácia _____	25	()
		Bioquímico _____	26	()
		Enfermagem _____	27	()
		Radiologia _____	28	()
		Patologia _____	29	()
		Outros _____	30	()
			Ignorado	9
7.	Existe fluxo padronizado estabelecido formalmente para o atendimento de pessoas com hanseníase?	Não _____	0	()
		Sim _____	1	()
		Ignorado _____	9	()
8.	Existe estratégia padronizada formal de busca ativa de casos faltosos?	Não _____	0	()
		Sim _____	1	()
		Ignorado _____	9	()
9.	Existe estratégia padronizada formal de busca ativa de contatos faltosos?	Não _____	0	()
		Sim _____	1	()
		Ignorado _____	9	()
10.	Existe protocolo para abordagem inicial de contatos domiciliares?	Não _____	0	()
		Sim _____	1	()
		Ignorado _____	9	()
11.	Existe protocolo para seguimento de contatos domiciliares?	Não _____	0	()
		Sim _____	1	()
		Ignorado _____	9	()
12.	Existem fichas/formulários para referência e contrarreferência de casos na rede de atenção?	Não _____	0	()
		Sim _____	1	()
		Ignorado _____	9	()
13.	A unidade de saúde recebeu supervisão específica em hanseníase nos últimos seis meses? (Ministério da Saúde ou estado ou município)	Não _____	0	()
		Sim _____	1	()
		Ignorado _____	9	()
14.	Os profissionais são capacitados para manejo básico da hanseníase?	Não _____	0	()
		Sim _____	1	()
		Ignorado _____	9	()
15.	Os profissionais são capacitados para manejo especializado da hanseníase nas modalidades de atendimento oferecidas?	Não _____	0	()
		Sim _____	1	()
		Ignorado _____	9	()
16.	Os profissionais capacitados em avaliação neurológica simplificada?	Não _____	0	()
		Sim _____	1	()
		Ignorado _____	9	()

17.	Qual profissional de saúde realiza a avaliação neurológica?	Médico	1	()
		Enfermeiro	2	()
		Fisioterapeuta	3	()
		Terapeuta ocupacional	4	()
		Técnico de enfermagem	5	()
		Auxiliar de enfermagem	6	()
		Não se aplica	7	()
		Outros _____	8	()
		Ignorado	9	()
18.	Existe o Caderno de Atenção Básica 21 na UBS/ESF?	Não	0	()
		Sim	1	
		Ignorado	9	
19.	Existe ficha para avaliação neurológica simplificada disponível na UBS?	Não	0	()
		Sim	1	
		Ignorado	9	
20.	Existe formulário para avaliação do grau de incapacidade na UBS?	Não	0	()
		Sim	1	
		Ignorado	9	
21.	Existe protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos – PCID < 15 anos?	Não	0	()
		Sim	1	
		Ignorado	9	
22.	Existe ficha específica para registro e seguimento de contatos familiares?	Não	0	()
		Sim	1	
		Ignorado	9	
23.	Existe instrumentos padronizados localmente para avaliação neurológica?	Não	0	()
		Sim	1	
		Ignorado	9	
24.	Existe livro de registro para acompanhamento de casos?	Não	0	()
		Sim	1	
		Ignorado	9	
25.	Existem fichas em branco de documentos de notificação/investigação de casos novos de hanseníase disponível na UBS?	Não	0	()
		Sim, atualizado	1	
		Sim, desatualizado	2	
		Ignorado	9	
26.	Existem fichas preenchidas no último mês de notificação/investigação de casos novos de hanseníase?	Não	0	()
		Sim	1	
		Ignorado	9	
27.	Existem fichas em branco de documentos de notificação/investigação de episódios reacionais disponível na UBS?	Não	0	()
		Sim, atualizado	1	
		Sim, desatualizado	2	
		Ignorado	9	
28.	Existem fichas preenchidas no último mês de notificação/investigação de episódios reacionais?	Não	0	()
		Sim	1	
		Ignorado	9	
29.	Existem boletins epidemiológicos nacionais na UBS?	Não	0	()
		Sim	1	
		Ignorado	9	
30.	Existem boletins epidemiológicos estaduais na UBS?	Não	0	()
		Sim	1	
		Ignorado	9	
31.	Existem boletins epidemiológicos municipais na UBS?	Não	0	()
		Sim	1	
		Ignorado	9	
32.	Existem boletins epidemiológicos / operacionais elaborados na própria UBS?	Não	0	()
		Sim	1	
		Ignorado	9	
33.	A digitação do SINAN ocorre na UBS?	Não	0	()
		Sim	1	
		Ignorado	9	
34.	A portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010, SVS/MS, está disponível na UBS?	Não	0	()
		Sim	1	
		Ignorado	9	

35.	Existe material informativo/educativo sobre hanseníase exposto na unidade?	Não Sim, atualizado Sim, desatualizado Ignorado	0 1 2 9	()
36.	Existem material informativo/educativo para ação na comunidade?	Não Sim, atualizado Sim, desatualizado Ignorado	0 1 2 9	()
37.	Existe material audiovisual sobre hanseníase para utilização na unidade?	Não Sim, atualizado Sim, desatualizado Ignorado	0 1 2 9	()
38.	Existe Kit de monofilamentos (estesiômetro) disponível para a unidade?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
39.	Existe kit para realização de teste dermatoneurológico na UBS (tubo de ensaio com água quente e fria, fio dental sem sabor, chumaços de algodão, caneta esferográfica, lanterna clínica, régua)?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
40.	Possui tabela de Snellen padronizada? (para avaliação de acuidade visual)	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
41.	Possui lanterna para avaliação olhos e nariz?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
42.	Possui Fio dental para avaliação olhos (sensibilidade de córnea)?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
43.	Realiza coleta de amostra de raspado dérmico para baciloscopia?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
44.	Realiza teste Mitsuda?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
45.	Realiza teste de histamina / pilocarpina?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
46.	Utiliza o teste de amido-iodo?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
47.	Realiza atendimento para pessoas com hanseníase que desenvolvem eventos reacionais?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
48.	Os profissionais foram capacitados para manejo de eventos reacionais em hanseníase?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
49.	Existe fluxo padronizado estabelecido formalmente para o atendimento de pessoas com reações em hanseníase?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
50.	Há registro em prontuários de atendimento de eventos reacionais em hanseníase?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
51.	Possui médico cadastrado na GRS para prescrição de Talidomida?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()
52.	Os medicamentos para tratamento da hanseníase, estados reacionais e complicações estão disponíveis na farmácia da UBS?	Não Sim Ignorado	0 1 9	()

53.	Em relação a questão 52. Especifique	PQT	1	()
		Corticosteroide	2	()
		Pentoxifilina	3	()
		Clofazimina	4	()
		Anti-inflamatório não hormonal	5	()
		Ciclosporina	6	()
		Azatioprina	7	()
		Talidomida	8	()
		Cloridrato de amitriptilina	10	()
		Cloridrato de nortriptilina	11	()
		Embonato de imipramina	12	()
		Cloridrato de clomipramina	13	()
		Cloridrato de clomipramina	14	()
		Cloridrato de levomepromazina	15	()
		Carbamazepina	16	()
		Oxicarbamazepina	17	()
		Gabapentina	18	()
		Topiranato	19	()
		Outros _____	20	()
	Não se aplica	9	()	
54.	Existem protocolos padronizados formais para seguimento de complicações da hanseníase e do tratamento de episódios reacionais?	Não	0	()
		Osteoporose	1	()
		Osteonecrose	2	()
		Ruptura de tendão	3	()
		Crescimento e desenvolvimento de crianças	4	()
		Úlceras tróficas	5	()
		Dispepsia	6	()
		Infecções fúngicas	7	()
		Diabetes mellitus	8	()
		Glaucoma	9	()
		Catarata	10	()
		Iridociclíte	11	()
		Alterações corneanas	12	()
		Obesidade	13	()
		Síndrome de cushing	14	()
		Disfunção erétil	15	()
		Constipação intestinal	16	()
		Neuropatia por talidomida	17	()
		Estrongiloidíase	18	()
		Desnutrição	19	()
Outros _____	20	()		
55.	Realiza de atividades de farmacovigilância?	Não	0	()
		Sim	1	()
		Ignorado	9	()
56.	Disponibiliza de materiais para realização de imobilização de membros?	Não	0	()
		Sim	1	()
		Ignorado	9	()
57.	Disponibiliza e aplica de BCG?	Não	0	()
		Sim	1	()
		Ignorado	9	()
58.	Registra em Boletim de Doses Aplicadas do PNI dos contatos dos casos de hanseníase?	Não	0	()
		Sim	1	()
		Ignorado	9	()
59.	Recebe alunos de graduação de saúde para formação?	Não	0	()
		Sim	1	()
		Ignorado	9	()
60.	Recebe alunos de pós-graduação de saúde para formação – residência?	Não	0	()
		Sim	1	()
		Ignorado	9	()
61.	Recebe alunos de pós-graduação de saúde para formação – residência multiprofissional?	Não	0	()
		Sim	1	()
		Ignorado	9	()
62.	Desenvolvem atividades do PET na UBS?	Não	0	()
		Sim	1	()
		Ignorado	9	()

ANEXO C- DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

FMS
Fundação Municipal
de Saúde

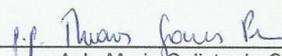


DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente dos objetivos do Projeto de Pesquisa “**VIGILÂNCIA DOS CONTATOS DE HANSENÍASE PELOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA**” e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Esta Instituição está ciente de suas coresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Autorizo os pesquisadores: **MARIA ZELIA DE ARAUJO MADEIRA E LAILA CAROLINE LEME** acesso aos prontuários, médicos e enfermeiros das Unidades de Saúde Básica do Município de Teresina -PI para coletar informações.

Teresina, 08 de novembro de 2017.



 Ayla Maria Calixto de Carvalho
 Comissão de Ética em Pesquisa da
 Fundação Municipal de Saúde

Ayla Maria Calixto de Carvalho
 Presidente de Ações Estratégicas
 CAEFMS



Rua Governador Artur de Vasconcelos, Nº 3015
Bairro Aeroporto, Teresina - PI | CEP: 64002-530



86 3215 7700 | 86 3215 7701

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VIGILÂNCIA DOS CONTATOS DE HANSENÍASE PELOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Maria Zélia de Araújo Madeira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82557318.3.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.504.997

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, analítico com abordagem quantitativa. O estudo será realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Teresina-PI. Serão incluídos no estudo profissionais médicos e enfermeiros que atuem na Atenção Primária de Saúde (APS), com o objetivo de analisar a vigilância dos contatos de hanseníase pelos profissionais da atenção básica. A coleta de dados será realizada em duas etapas: na primeira serão coletados dados nos prontuários e fichas de controle de usuários contatos domiciliares e na segunda etapa será utilizado um questionário autoaplicável com os profissionais de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar a vigilância dos contatos de hanseníase pelos profissionais da atenção básica.

Objetivos Secundários:

1. Caracterizar os contatos dos casos de hanseníase;
2. Elencar as ações desenvolvidas para investigação epidemiológicas dos contatos;
3. Identificar os fatores facilitadores e dificultadores da prática de investigação epidemiológica dos contatos.

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: 2.504.997

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Pode ocorrer aborrecimento e/ou constrangimento ao responder as perguntas do questionário. Quanto ao risco com a utilização de prontuários dos usuários, pode haver o risco da quebra involuntária do sigilo, no entanto será assegurada a confidencialidade das informações e qualquer situação que ponha em risco o curso normal e previsto da pesquisa.

Benefícios:

Não haverá benefício direto com a participação na pesquisa, no entanto irá contribuir para o conhecimento e para melhoraria da qualidade das ações que são desenvolvidas pelos profissionais na vigilância dos contatos de hanseníase preconizadas pelo Programa Nacional de Controle da Hanseníase.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa Relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos anexados e conferidos pelo secretário do CEP durante a validação documental.

Recomendações:

Sem Recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto com parecer APROVADO e apto para início da coleta de dados.

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_DO_P ROJETO_1041369.pdf	27/01/2018 10:04:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOATUAL.docx	27/01/2018 10:03:22	Maria Zelia de Araújo Madeira	Aceito
Outros	TERMODECONFIDENCIALIDADE.pdf	27/01/2018 10:02:41	Maria Zelia de Araújo Madeira	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: 2.504.997

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	14/01/2018 23:16:08	Maria Zelia de Araújo Madeira	Aceito
Outros	CLMARIAZELIA.pdf	14/01/2018 23:15:56	Maria Zelia de Araújo Madeira	Aceito
Outros	CARTEENCAMINHAMENTO.pdf	14/01/2018 23:15:26	Maria Zelia de Araújo Madeira	Aceito
Outros	TCUD.pdf	14/01/2018 22:18:40	Maria Zelia de Araújo Madeira	Aceito
Outros	INSTRUMENTODECOLETA.docx	14/01/2018 22:18:17	Maria Zelia de Araújo Madeira	Aceito
Outros	declaracadeautorizacao.pdf	14/01/2018 22:17:51	Maria Zelia de Araújo Madeira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO.pdf	14/01/2018 22:15:59	Maria Zelia de Araújo Madeira	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	14/01/2018 22:15:23	Maria Zelia de Araújo Madeira	Aceito

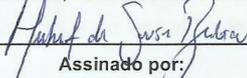
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 21 de Fevereiro de 2018


Assinado por:
Herbert de Sousa Barbosa
(Coordenador)

Prof. Dr. Herbert de Sousa Barbosa
Coordenador CEP - UFPI
Portaria PROPEQ 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