



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

JOELMA MARIA COSTA

**TRANSTORNO MENTAL COMUM EM PESSOAS ACOMETIDAS POR
HANSENÍASE EM CONTEXTO DE ALTA ENDEMICIDADE NO NORDESTE
DO BRASIL**

Teresina/PI

2021

JOELMA MARIA COSTA

**TRANSTORNO MENTAL COMUM EM PESSOAS ACOMETIDAS POR
HANSENÍASE EM CONTEXTO DE ALTA ENDEMICIDADE NO NORDESTE
DO BRASIL**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo

Área de concentração: A enfermagem no contexto social brasileiro

Linha de pesquisa: Políticas e práticas socioeducativas em Enfermagem

Teresina/PI

2021

Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do CCS
Serviço de Processamento Técnico

Costa, Joelma Maria.
C837t Transtorno mental comum em pessoas acometidas por hanseníase em
contexto de alta endemicidade no nordeste do Brasil / Joelma Maria Costa.
-- Teresina, 2021.
141 f. : il.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, 2022.
Orientação: Profa. Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo.
Bibliografia

1. Transtornos Mentais. 2. Hanseníase. 3. Enfermagem. I. Araújo,
Telma Maria Evangelista de. II. Título.

CDD 616.89

Elaborada por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014

FOLHA DE APROVAÇÃO

TRANSTORNO MENTAL COMUM EM PESSOAS ACOMETIDAS POR HANSENÍASE EM CONTEXTO DE ALTA ENDEMICIDADE NO NORDESTEDO BRASIL

Tese de Doutorado
apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em
Enfermagem como parte dos
requisitos necessários para
obtenção do título de doutora
em Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo
Universidade Federal do Piauí- Presidente

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

Profa. Dra. Clodis Maria Tavares
Universidade Federal de Alagoas- 2º Examinador

Profa. Dra. Lidya Tolstenko Nogueira
Universidade Federal do Piauí- 3º Examinador

Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro
Universidade Federal do Piauí- 4º Examinador

Profa. Dra. Olivia Dias de Araújo
Universidade Federal do Piauí- 1º Suplente

Profa. Dra. Márcia Astrês Fernandes
Universidade Federal do Piauí- 2º Suplente

Ao meu Deus de infinita
bondade, amor e misericórdia.

Aos meus pais queridos, filhos
amados e irmãos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu forças, coragem e fé para seguir adiante, enfrentandoos desafios durante toda essa caminhada.

À Universidade Federal do Piauí, na pessoa do Magnífico Reitor Prof. Dr. Gildásio Guedes Fernandes, pela oportunidade de qualificação profissional e incentivo à pesquisa.

À minha competente orientadora, Profa. Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo, minha admiração e agradecimento pelo incentivo, coragem, compreensão e contribuições indispensáveis para realização desta tese.

À Profa. Dra. Maria Eliete Batista Moura, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela organização, disponibilidade e dedicação na condução deste programa.

A todos os docentes por compartilharem seus conhecimentos e dedicarem-se à pesquisa em saúde.

Às pessoas acometidas por hanseníase que participaram desta investigação e se dispuseram a participar incansavelmente respondendo aos instrumentos da pesquisa.

Aos professores examinadores: Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Junior, Profa. Dra. Clodis Maria Tavares, Profa. Dra. Lidya Tolstenko Nogueira, Profa. Dra. Claudete Ferreira de Souza Monteiro, Profa. Dra. Márcia Astrês Fernandes, Profa. Dra. Olivia Dias de Araújo pelas valiosas contribuições na elaboração da tese.

Aos colegas de doutorado pela oportunidade de compartilharmos experiências, conhecimento e construção coletiva nessa jornada.

Aos gestores das cidades de Floriano, Bigman Barbosa e Gilberto Júnior, à SESAPI - Secretaria de Saúde do Estado do Piauí, aos profissionais da Estratégia Saúde da Família, da FUNASA - Fundação Nacional de Saúde de Floriano, Dr. Luimar de Jesus Santos e enfermeira Helida Ferreira. Aos apoiadores em Floriano: Rotary Clube de Floriano, FAESF - Faculdade de Ensino Superior de Floriano, Grupo Escalete de teatro, ALBEARTES - Academia de Letras e Belas Artes de Floriano, APAE - Associação de

Pais e Amigos dos Excepcionais de Floriano, FAENEB - Faculdade Evangélica do Nordeste Brasileiro, Secretaria Municipal de Educação de Floriano, Movimento dos colecionadores de Reggae de Floriano e MORHAN - Movimento de Reintegração da pessoa com hanseníase, Lucimar Batista, Ruimar Batista, Francilene Mesquita e Artur Custódio.

Aos integrantes do projeto IntegraHans PI em Floriano: profissionais (Danusa Felinto, Ariadne, Anderson Oliveira, Hildelisa Veloso, Rose Batista, Manuela, Thamina Oka, Adriene Rocha, Nadielly, Serligia, Thais Braglia, Zilma Neiva, Juliana Bastos, Ceanny Formiga, Simone Galvão, Simone Rego, Adalgenice Cardoso, Carlos Edder, Idalina França, Jader Figueiredo, Manoel Borges, Felipe Moreiras, Daniela Costa, Diego Muniz, Rayane Freitas, Vinicius Oliveira, Francimar Marques, Dinailson Martins, Regina Mávia Noletto, Eveline Boa Vida), mestres (Inara Sena, Priscila Dantas e Armano Gomes) e apoiadores da UFC (Reagan Nzundu, Anderson Fuentes, José Mário Barbosa, Eliana Amorim, Thayse Andrade, Olga Alencar, professoras Jaqueline Caracas e Alberto Novaes), obrigada pelo apoio durante a realização do projeto.

À equipe da Estratégia Saúde da Família 171 pelo apoio e torcida para concretização do estudo.

Aos amigos Olivia Dias de Araújo, Rosa Maria Duarte Veloso, Érica de Alencar Rodrigues Neri, Jonas Alves Cardoso, queridos, presentes, especialmente nas horas de sufoco, gratidão.

Ao professor Alberto Novaes Ramos Júnior por acreditar e compartilhar conhecimento, por se encantar, pela disponibilidade, paciência e apoio em todos os momentos do projeto. Gratidão!

À minha família, meus filhos Izaquiel Costa Oliveira e Jaziel Costa Oliveira, pela energia que me inspira a seguir adiante. Aos meus queridos pais, Beneides Rosa Nunes e Pedro da Costa Nunes, pela força em que me espelho desde tenra idade. Aos meus irmãos e sobrinhos. Muito obrigada a todos.

Ao pai dos meus filhos, Izael Costa Oliveira (*in memoriam*), que me incentivou a continuar buscando sempre qualificação.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes realizações do homem formam conquistas do que parecia impossível.”

(Charles Chaplin)

“Não podemos voltar ao normal, porque o normal era exatamente o problema. Precisamos voltar melhores. Menos egoístas. Mais solidários. Mais humanos.”

(Autor desconhecido)

RESUMO

INTRODUÇÃO: os transtornos mentais comuns (TMC) constituem um conjunto de sintomas difusos, inespecíficos, não psicóticos. As evidências disponíveis indicam que o tema vem sendo estudado, entretanto persistem lacunas relacionadas ao TMC na hanseníase e os fatores que o influenciam. **OBJETIVO:** analisar o TMC em pessoas acometidas por hanseníase e sua relação com fatores sociodemográficos, clínicos, limitação de atividade e participação social. **MÉTODO:** trata-se de um estudo transversal, analítico, realizado em Floriano-PI. A coleta de dados ocorreu entre 2015 e 2016, foram avaliadas 217 pessoas por meio da aplicação de instrumentos que avaliam o TMC: Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), avaliação neurológica simplificada (ANS), escala para limitação de atividade *Screening of Activity Limitation and Safety* (SALSA), escala de restrição à Participação Social e questões sobre aspectos sociodemográficos e clínicos. Para digitação e qualificação da base de dados, utilizou-se o programa Epi-Info™, versão 7.1.3., e para as análises estatísticas, o SPSS, versão 26. Os dados sociodemográficos, assistenciais, de apoio e clínico foram analisados por meio de técnicas descritivas (medidas de tendência central e variabilidade). Para as análises bivariadas, utilizou-se o teste Exato de Fisher e no modelo multivariado, a regressão logística, para produção das *odds ratio* (OR Ajustadas), com nível de significância de 0,05 e intervalos de confiança de 95%. **RESULTADOS:** houve predomínio de mulheres (51,6%), com alta por cura (95,9%), paucibacilar (57,6%), e sem episódios reacionais (62,2%), tempo de diagnóstico menor que três meses (73,3%) e referiram boa qualidade de vida após o diagnóstico (59,9%). O TMC ocorreu em 36,4% dos casos, com proporção de 61,3% do sintoma “sentir-se nervoso, tenso ou preocupado” no domínio humor depressivo ansioso. Ser do sexo masculino reduziu em 44,1% as chances de ter TMC (OR=0,559; IC 95%= 0,319-0,98) e ter tempo de diagnóstico maior que seis meses aumentou em 2,6 vezes as chances de ter TMC, quando comparado ao tempo inferior a três meses (OR=2,636, IC95%= 1,080-6,433). Exercer atividade religiosa configurou fator de proteção para grau de incapacidade física, enquanto as pessoas acometidas que procuraram o serviço de saúde após concluírem o tratamento apresentaram cinco vezes mais chances de ter desenvolvido incapacidade. Ter uma boa qualidade de vida configurou fator de proteção para limitação de atividade e restrição à participação social. Casos com hipertensão e depressão, que mudaram de ocupação devido à hanseníase e receberam ajuda apresentaram mais chances de limitação de atividade. **CONCLUSÃO:** constatou-se que os transtornos mentais comuns afetam especialmente as mulheres com maior tempo para o diagnóstico da hanseníase. Mas, não se pode deixar de investigar os vários aspectos associados à doença como incapacidade física, participação e limitação que interferem na qualidade de vida dessas pessoas.

Palavras-chaves: Transtornos Mentais. Hanseníase. Enfermagem.

ABSTRACT

INTRODUCTION: common mental disorders (CMD) are a set of diffuse, nonspecific and non-psychotic symptoms. Evidence shows that this topic has been studied; however, there are knowledge gaps related to CMD in leprosy and the factors that influence it. **OBJECTIVE:** to analyze the common mental disorder (CMD) in people affected by leprosy and its relationship with sociodemographic and clinical factors, activity limitation and social participation. **METHOD:** this is a cross-sectional and analytical study held in Floriano-PI. Data collection took place in 2015 and 2016, when 217 people were evaluated, through the application of instruments that evaluate CMD: the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), simplified neurological assessment (SNA), scale for limiting activity named Screening of Activity Limitation and Safety (SALSA), Social Participation restriction scale and questions on sociodemographic and clinical aspects. In order to type and qualify the database, the Epi-Info™ program, version 7.1.3., was used; and, to perform statistical analyses, SPSS, version 26. Sociodemographic, support, clinical and care-related data were analyzed using descriptive techniques (measures of central tendency and variability). In order to perform bivariate analyses, Fisher's Exact test was used; and, in the multivariate model, logistic regression was used to produce the "odds ratio" (Adjusted OR), with a significance level of 0.05 and confidence intervals of 95%. **RESULTS:** in the sample, there was a predominance of women (51,6%), median age 49 years, who were discharged due to cure (95,9%), paucibacillary (57,6%), and did not manifest reaction episodes (62,2%), diagnosis time of less than 3 months (73,3%), and reported good quality of life after diagnosis. The common mental disorder took place in 36.4% of the sample, with a prevalence of 61.3% of the symptom feeling nervous, tense or worried in the domain of anxious depressed mood. Being male reduced the chances of having CMD by 44.1% (OR = 0.559; 95% CI = 0.319-0.98) and having been diagnosed for more than six 6 months increased the chances of having CMD by 2.6 times, when compared to the time less than three 3 months (OR = 2.636, 95% CI = 1.080-6.433). Exercising religious activity configured a protective factor for the degree of physical disability (DPD), while patients who seek the service after completing treatment were more likely to have developed disability. Having a good quality of life was a protective factor for activity limitation and restricted social participation. Patients with hypertension and depression, who changed their occupation due to leprosy and received help, were more likely to have activity limitation. **CONCLUSION:** it was found that common mental disorders especially affect women with a longer time for the diagnosis of leprosy, but one cannot fail to investigate the various aspects associated with this disease, such as DPD and its disability, participation and limitation that interfere in the quality of life of these people.

Keywords: Mental Disorders, Leprosy, Nursing.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: los trastornos mentales comunes (TMC) son un conjunto de síntomas difusos, inespecíficos y no psicóticos. La evidencia muestra que el tema ha sido estudiado; sin embargo, existen brechas de conocimiento relacionadas con el TMC en la lepra y los factores que la influyen. **OBJETIVO:** analizar el trastorno mental común (TMC) en las personas afectadas por la lepra y su relación con los factores sociodemográficos y clínicos, limitación de actividad y participación social. **MÉTODO:** se trata de un estudio analítico y transversal realizado en Floriano-PI. La recolección de datos se llevó a cabo en 2015 y 2016, donde se evaluaron 217 personas, mediante la aplicación de instrumentos que evalúan el TMC: el *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ- 20), evaluación neurológica simplificada (ENS), la escala de limitación de actividad *Screening of Activity Limitation and Safety* (SALSA), la escala de restricción a la Participación Social y preguntas sobre aspectos sociodemográficos y clínicos. Para la tipificación y calificación de la base de datos, se utilizó el programa Epi-Info™, versión 7.1.3.; y, para el análisis estadístico, SPSS, versión 26. Los datos sociodemográficos, asistenciales, de apoyo y clínicos se analizaron mediante técnicas descriptivas (medidas de tendencia central y variabilidad). Para los análisis bivariados, se utilizó el test exacto de Fisher; y, en el modelo multivariado, se utilizó la regresión logística para producir la "odds ratio" (OR Ajustadas), con un nivel de significación de 0,05 e intervalos de confianza del 95%. **RESULTADOS:** hubo predominio de mujeres (51,6%), dadas de alta por curación (95,9%), paucibacilares (57,6%) y sin episodios reactivos (62,2%), tiempo de diagnóstico menor a tres meses (73,3%) y reportado buena calidad de vida tras el diagnóstico (59,9%). El trastorno mental común se presentó en el 36,4% de la muestra, con una prevalencia del 61,3% del síntoma sintiéndose nervioso, tenso o preocupado en el dominio del estado de ánimo depresivo ansioso. Ser hombre redujo las posibilidades de tener TMC en un 44,1% (OR= 0,559; IC del 95% = 0,319-0,98) y haber sido diagnosticado durante más de seis meses aumentó las posibilidades de tener TMC en 2,6 veces, en comparación con el tiempo menos de tres meses (OR = 2.636, 95% IC 1.080-6.433). El ejercicio de la actividad religiosa configuró un factor protector para el grado de discapacidad física (GDF), mientras que los pacientes que buscan el servicio después de completar el tratamiento tienen más probabilidades de haber desarrollado discapacidad. Tener una buena calidad de vida fue un factor protector para limitación de actividad y restricción de la participación social. Los pacientes con hipertensión y depresión, que cambiaron de trabajo debido a la lepra y recibieron ayuda, tenían más probabilidades de tener limitación de actividad. **CONCLUSIÓN:** se encontró que los trastornos mentales comunes afectan especialmente a las mujeres con mayor tiempo para el diagnóstico de lepra, pero no se puede dejar de investigar los diversos aspectos asociados a la enfermedad como GDF y su discapacidad, la participación y la limitación que interfieren con la calidad de vida de estas personas.

Palabras clave: Trastornos Mentales. Lepra, Enfermería.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características socioeconômicas de pessoas acometidas por hanseníase, Floriano-PI, 2016 (n=217)	53
Tabela 2	Características assistenciais e de apoio às pessoas acometidas por hanseníase, Floriano-PI, 2016 (n=217)	54
Tabela 3	Características clínicas de pessoas acometidas por hanseníase, Floriano-PI, 2016 (n=217)	55
Tabela 4	Distribuição dos sintomas por domínio do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em pessoas acometidas por hanseníase, Floriano-2015 (n=217)	56
Tabela 5	Prevalência de Transtorno Mental Comum (SQR-20), restrição à participação social e limitação de atividade em pessoas acometidas por hanseníase, Floriano-PI, 2016 (n=217)	57
Tabela 6	Associação entre o TMC (SRQ-20) e a classificação do GIF, classificação Salsa e restrição à Participação Social de pessoas acometidas por hanseníase, Floriano-PI (n=217)	57
Tabela 7	Associação entre o TMC (SQR-20) e restrição à Participação Social com as características sociodemográficas de pessoas acometidas por hanseníase, Floriano-PI (n=217)	58
Tabela 8	Associação entre Classificação do GIF e SALSA com as características sociodemográficas de pessoas acometidas por hanseníase, Floriano-PI (n=217)	59
Tabela 9	Associação entre o TMC (SQR-20) e restrição à Participação Social com as características do perfil assistencial e apoio social de pessoas acometidas por hanseníase, Floriano-PI (n=217)	60
Tabela 10	Associação entre as características do perfil assistencial e apoio social com a classificação do GIF e Salsa de pessoas acometidas por hanseníase, Floriano-PI (n=217)	62
Tabela 11	Associação entre o TMC (SQR-20) e restrição à Participação Social com o perfil clínico de pessoas acometidas por hanseníase,	64

Floriano-PI (n=217)

Tabela 12	Associação entre a classificação do GIF e da Escala Salsa com o perfil clínico de pessoas acometidas por hanseníase,Floriano-PI (n=217)	65
Tabela 13	Regressão logística entre as características do perfil social, assistencial e clínico e o GIF de pessoas acometidas por hanseníase, Floriano-PI (n=217)	67
Tabela 14	Regressão logística entre as características do perfil social, assistencial, clínico e a classificação do questionário SALSA de pessoas acometidas por hanseníase, Floriano-PI (n=217)	69
Tabela 15	Regressão logística do perfil assistencial e clínico com o grau de restrição à participação social de pessoas acometidas por hanseníase, Floriano-PI (n=217)	70
Tabela 16	Regressão logística do perfil sociodemográfico, assistencial e TMC (SRQ-20) em pessoas acometidas por hanseníase,Floriano-PI (n=217)	70

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1	Grau de limitação de atividade de vida diária mensurado pela escala Salsa	42
Quadro 2	Grau de restrição à participação social	42
Quadro 3	Definição operacional das variáveis explicativas da pesquisa	43
Figura 1	Distribuição geográfica dos novos casos de hanseníase detectados em 2018	27
Figura 2	Distribuição dos municípios nos grupos epidemiológicos e operacionais segundo unidade da federação	27
Figura 3	Quantitativo de municípios por subgrupo de detecção de casos de hanseníase, Brasil (2019).	28
Figura 4	Ciclo da pobreza, DTNs e saúde mental, mais áreas de intervenção	34
Figura 5	Fluxograma dos sujeitos avaliados na pesquisa	40

LISTA DE ABREVIATURAS E/ OU SIGLAS

ANS- Avaliação Neurológica

SimplificadaAPS- Atenção

Primária em Saúde

CADSUS- Cadastramento de Usuários do Sistema

Único de SaúdeCGD- Coeficiente de Detecção Geral

DTN- Doenças Tropicais

NegligenciadasESF-

Estratégia Saúde da Família

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade,

Incapacidade e SaúdeFIRJAN- Federação das Indústrias do

Estado do Rio de Janeiro

GIF- Grau de Incapacidade Física

IDHM- Índice de Desenvolvimento

Humano MunicipalIFDM- Índice FIRJAN

de Desenvolvimento Municipal MDT-

Terapia Multidrogas

OMS- Organização Mundial

de Saúde ONU-

Organização das Nações

UnidasPQT-

Poliqimioterapia

SALSA- Triagem de Limitação de Atividade e

Consciência de RiscoSIM- Sistema de Informação de

Mortalidade

SINAN- Sistema de Notificação de Agravos e

NotificaçãoSPSS- *Statistical Package for the*

Social Sciences

SRQ-20- Self-Reporting

QuestionnaireSUS-

Sistema Único de Saúde

TMC- Transtorno Mental

Comum UFPI-

Universidade Federal do

PiauíWHO- *World Health*

Organization

WHOQOL- Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Contextualização do problema e objeto do estudo	19
1.2 Hipótese do estudo	23
1.3 Objetivos	23
1.3.1 Geral	23
1.3.2 Específico	23
2 REFERENCIAL TEMÁTICO	25
2.1 Contexto social e epidemiológico da hanseníase	25
2.2 Limitação de Atividade Física, Participação Social e Hanseníase	30
2.3 Transtorno mental comum e atenção integral à pessoa com hanseníase	33
3 MÉTODO	38
3.1 Delineamento do estudo	38
3.2 Local do estudo	38
3.3 População e amostra	39
3.4 Instrumentos	40
3.4 Variáveis do estudo	42
3.5 Coleta de dados	50
3.6 Organização e análise dos dados	51
3.7 Aspectos éticos e legais	52
4 RESULTADOS	53
5 DISCUSSÃO	71
5.1 Aspectos sociodemográficos, clínicos e de apoio da população do estudo	71
5.2 Grau de Incapacidade Física, Limitação de Atividade e Restrição à Participação Social na Amostra	77
5.3 Ocorrência de TMC e dimensões humor depressivo-ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos do SRQ-20	79

5.4 Fatores associados ao TMC, GIF, Limitação da Atividade e Restrição à Participação Social	82
5.5 Limitações do estudo	88
6 CONCLUSÃO	89
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	113
APÊNDICE B- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	115
ANEXO A- PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS SUJEITOS	118
ANEXO B- PERFIL CLÍNICO DOS SUJEITOS	122
ANEXO C- AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA (ANS)	126
ANEXO D-SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ-20)	129
ANEXO E- ESCALA SALSA- TRIAGEM DE LIMITAÇÃO DE ATIVIDADE	130
ANEXO F- ESCALA DE RESTRIÇÃO À PARTICIPAÇÃO SOCIAL	132
ANEXO G- PARECER CEP	135

APRESENTAÇÃO

Minha aproximação com pesquisas em saúde mental iniciou com a participação em projeto de extensão da Universidade Federal do Piauí (UFPI), intitulado 'Visita domiciliar como instrumento do cuidar em saúde mental na estratégia saúde da família', cujo objetivo foi realizar busca ativa, promoção, prevenção e articulação da rede de saúde mental em uma comunidade da Equipe de Saúde da Família (ESF) em que atuava, utilizando o SRQ-20 como instrumento de rastreio.

Atualmente, sou enfermeira assistente em Unidade Integrada para desintoxicação de usuário de álcool e outras drogas, com demanda de usuários não só com distúrbios psiquiátricos, mas também com alta carga de vulnerabilidade para outras doenças. E, na qualidade de profissional da Estratégia Saúde da Família de Teresina, cuido de pessoas acometidas por hanseníase há 24 anos.

Nesse cuidado a pessoas com hanseníase, quase sempre priorizava o aspecto biológico da doença em detrimento de fatores psicossociais. Entretanto, em 2015, fui convidada para participar do estudo intitulado INTEGRAHANS-PI, desenvolvido pela UFPI (Programa de Pós-graduação em Enfermagem - PPGEnf/UFPI), com a colaboração da Universidade Federal do Ceará (UFC), idealizadora do modelo, validado e adaptado à realidade do Estado do Piauí.

O estudo foi subdividido em dois estudos de base, com três subestudos: aspectos epidemiológicos e operacionais, aspectos clínicos e aspectos psicossociais. O envolvimento como coordenadora local do subestudo relativo a aspectos psicossociais da hanseníase possibilitou maior aproximação com a temática, especificamente em momentos nos quais se avaliaram pessoas acometidas pela doença e seus contatos, em Floriano-PI. Nesse momento, o grupo de pesquisadores decidiu acrescentar ao estudo um instrumento para rastreio de Transtorno Mental Comum (TMC).

Essa experiência possibilitou refletir sobre as condições de vida desses sujeitos e a importância da assistência prestada de maneira integral e longitudinal, incluindo a saúde mental. O estudo foi financiado por: *Nederlandse Stichting Voor Leprabestrijding* (NHR/BRASIL), Ordem de Malta (CIOMAL), Secretarias Municipais

de Saúde de Floriano e Picos e Secretaria de Estado da Saúde do Piauí, tendo como parceiras a Universidade Estadual do Piauí (UESPI), a Faculdade de Ensino Superior de Floriano (FAESF), a Estratégia Saúde da Família dos municípios de Floriano e Picos.

No contexto do Projeto INTEGRANS-PI, a presente tese está fundamentada em dados já finalizados dos casos avaliados a partir do Município de Floriano-PI.

INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Problema

O transtorno mental comum (TMC) foi definido por Goldberg e Huxley (1992) como um conjunto de sintomas difusos, inespecíficos, não psicóticos, que não preenchem critérios para definição de transtornos depressivos, ansiosos ou somatoformes, segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID 10) (OMS, 2012) e a *American Psychiatric Association* (APA, 2014).

O TMC se caracteriza por insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas que clinicamente geram sofrimento significativo, causas de morbidades ou decorrentes destas. Interfere na qualidade de vida das pessoas, pois acarreta prejuízos nas atividades sociais e profissionais das pessoas, apresentando elevada prevalência na atenção primária em saúde (APS), sendo considerado um problema de saúde pública (LUCCHESI et al, 2014).

No contexto mundial, diferentes estudos têm evidenciado alta prevalência de doença mental em diferentes populações (SKAPINAKIS et al., 2013; XIONG et al., 2019). Estudos realizados no Brasil estimaram prevalências de TMC que oscilavam entre 28,7% e 50,0%, com predomínio de pessoas do gênero feminino, idosos e aquelas em tratamento de condições crônicas (CUNHA et al., 2015; MOREIRA et al., 2011; MORAES; SEGRI, 2011).

As pessoas com TMC apresentam queixas somáticas inespecíficas com distúrbios isolados ou associados a comorbidades físicas, podendo levar a subdiagnóstico, tratamentos inadequados, incapacidade funcional comparável à de condições crônicas, o que justifica a relevância de ações de rastreamento de casos possíveis de TMC na comunidade, sobretudo no âmbito da Atenção Primária e Saúde da Família (MARAGNO, et al, 2006).

Também, vale ressaltar o forte estigma associado à doença mental. As pessoas percebem a doença como sazonal, crônica, incurável e aqueles com diagnóstico de TMC estabelecido são estereotipados, vistos como perigosos, não confiáveis, discriminados no local de trabalho, nos relacionamentos, tornando-se mais vulneráveis (BECKER, 2019).

Os processos de determinação da saúde mental incluem, além dos atributos individuais, fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais, como políticas nacionais, proteção social, padrões de vida, condições de trabalho e apoio social da comunidade. Dependendo do contexto local, determinados grupos e pessoas são mais vulneráveis a sofrer problemas mentais, como aqueles excluídos socialmente, crianças expostas à negligência, com estilo de vida não saudável, grupos minoritários, populações indígenas, idosos, pessoas que sofrem discriminação, violações de direitos humanos e em condições crônicas de saúde (WHO, 2013).

Atualmente, evidencia-se a necessidade de integração de aspectos relativos à saúde mental como tema transversal presente nas pesquisas relacionadas às doenças tropicais negligenciadas (DTN), tendo em vista a prevalência desproporcionalmente alta de doença mental que se configura como comorbidade entre pessoas e comunidades afetadas, em particular naquelas que apresentam curso crônico (BAILEY et al. 2019).

As DTNs se configuram como um grupo de doenças evitáveis e tratáveis, que afetam pessoas mais vulneráveis (LANCET, 2014), sendo responsáveis por grande repercussão psicossocial, gerada por incapacidade física, causa de estigma e isolamento social (PROTO; et al, 2010).

Conviver com uma condição crônica gera incertezas e sofrimento arraigados na própria condição epistêmica que envolve a doença. Condições sociais, econômicas, de gênero e acesso ao tratamento fazem uma importante diferença, mas também os sintomas e a trajetória da própria doença, tais como se a doença crônica se torna visível para outros, produz ruptura ou permite continuidade nas atividades rotineiras, se acarreta dependência, se exige o uso contínuo de drogas debilitantes ou se gera situações de condenação moral e estigma (FONSECA; FLEISCHER; RUI, 2016).

Dentre essas condições crônicas e negligenciadas, a hanseníase insere-se como condição com claras repercussões biomédicas, particularmente como uma das principais causas de dano neural e incapacidade física. Entretanto, os maiores desafios estão no campo social e cultural, uma vez que o impacto provocado pela doença interfere no cotidiano das pessoas e a pessoa afetada pode coexistir com pobreza, preconceito, abandono e sofrimento mental relacionados às representações sociais acerca da doença (MONTE, PEREIRA; 2015). Destaca-se que os fatores culturais podem influenciar na experiência das pessoas afetadas com a doença,

especialmente no que tange ao forte estigma social, responsável por divórcios, despejos, perda de emprego e exclusão (SHENOI; PRABHU, 2013).

Por outro lado, muitas vezes, a pessoa acometida incorpora o estigma social, tendo dificuldades na própria aceitação e no processo de adaptação, pois se depara com uma nova condição, sendo que a resolução das dificuldades depende dos recursos internos e do suporte social fornecido principalmente pela família (MONTE; PEREIRA, 2015).

A hanseníase persiste com caráter de endemicidade em países mais pobres e entre populações menos favorecidas, reflexo do contexto social, econômico, grau de desenvolvimento social e humano em que vivem. Embora tenha ocorrido melhoria na assistência a pessoas em tratamento da hanseníase, com consequente redução da sua detecção, a doença ainda permanece como problema de saúde pública no país devido à prevalência oculta (TEIXEIRA, 2019; BLOK, 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2019 foram registrados 208.619 novos casos de hanseníase no mundo, com três países acima de 10.000 novos casos da doença, sendo 120.334 (59,9%) na Índia, 17.017 (7,5%) na Indonésia e 28.660 (12,7%) no Brasil (WHO, 2020).

O coeficiente de detecção geral (CGD) de hanseníase em 2019 no Brasil foi de 13,23 casos por 100 mil habitantes, com 3,44 casos por 100 mil habitantes na população com menos de 15 anos de idade, e 11,16% com grau 2 de incapacidade física (GIF2) entre os casos novos avaliados no diagnóstico, com distribuição heterogênea em todo o país (BRASIL, 2021).

O estado do Piauí apresenta CGD na população superior ao observado em muitos estados do país e da região Nordeste, ocupando a 5ª colocação entre os estados brasileiros em 2019 e a 3ª no Nordeste, com coeficiente de detecção geral de 27,15 casos por 100 mil habitantes e para os menores de 15 anos de 6,48 casos por 100 mil habitantes, com endemicidade considerada muito alta. Ressalta-se a importância de monitoramento dos indicadores epidemiológicos da doença e o aumento no exame de contatos de casos, que em 2019 foi regular, com 76,7% dos contatos examinados (BRASIL, 2021).

No município de Floriano, em 2016, o CGD foi de 45,75 casos por 100.000 habitantes, classificando o município como hiperendêmico. No período de 2001 a

2016, a média do CGD foi de 121,76 casos por 100.000 habitantes, quando foram notificados 1.111 casos novos no município, totalizando 4,9% dos casos registrados em todo o estado (ARAÚJO et.al., 2018).

Portanto, a doença se mantém com detecção elevada no país, sendo que a região Nordeste apresenta níveis maiores que a média nacional, assim como as regiões Norte e Centro-Oeste. Diferentes estudos apontam que pessoas afetadas pela hanseníase podem apresentar problemas psicossociais graves, como depressão, inatividade e incapacidade física, com necessidade de algum tipo de apoio e/ou reabilitação (CORRÊA, et al, 2014; RIBEIRO, LANA, 2015).

Acrescenta-se o fato de que a avaliação do sofrimento mental, caracterizada pela existência de TMC em pessoas atingidas por hanseníase, pode determinar o impacto da doença na vida das pessoas acometidas, uma vez que esta repercute negativamente, causando prejuízos psicossociais e estigma (ROCHA et al, 2010).

Diante desse contexto, deve-se não apenas concentrar esforços na eliminação da infecção causada pela hanseníase e de suas sequelas físicas, mas também buscar analisar as consequências decorrentes da doença na vida das pessoas, mesmo após o tratamento, e o impacto psicossocial associado à condição de apresentar uma doença crônica, por meio da aplicação de ferramentas que avaliem questões para além do aspecto físico, de modo a qualificar a assistência a esse grupo de pessoas, com vistas à garantia de atenção integral e longitudinal (MONTEIRO et al, 2014).

Embora o TMC não psicótico acometa uma parcela significativa da população mundial e seja responsável por importante carga de morbidade, não tem sido priorizado nas ações dos serviços de saúde, em especial na atenção primária à saúde (APS). Soma-se a isso a possibilidade de expressão em pessoas com a hanseníase, uma doença crônica, negligenciada, que produz estigma, isolamento social e que pode provocar danos psíquicos. Portanto, são relevantes os estudos que foquem no rastreamento de TMC em pessoas atingidas pela hanseníase, podendo contribuir para ampliar o olhar dos profissionais de saúde, da academia e da sociedade em geral sobre o tema, na perspectiva da integralidade.

Existe uma lacuna de conhecimento relacionado ao TMC na hanseníase e aos fatores que o influenciam. Apesar dos estudos existentes, a abordagem proposta nesta tese é diferenciada, uma vez que se almeja estudar alguns dos fatores potencialmente associados ao TMC na pessoa com hanseníase no contexto da APS.

Ademais, justifica-se desenvolver este estudo, especialmente em um contexto de hiperendemicidade para a doença, como o município de Floriano, e alta endemicidade, como o estado do Piauí, considerando-se uma coorte representativa de 10 anos.

Reconhece-se que a presente pesquisa tem um elevado potencial de contribuir para subsidiar ações de saúde desenvolvidas por profissionais de saúde no âmbito da APS voltadas para pessoas com a doença, na medida em que busca rastrear TMC, com vistas ao cuidado integral e especialmente à saúde mental das pessoas acometidas. Também contribuirá para o aprofundamento científico sobre a temática a partir da geração de novos dados, conhecimentos e novas reflexões.

Com base no exposto, parte-se da seguinte questão de pesquisa: quais os fatores associados ao TMC em pessoas acometidas por hanseníase? Nessa perspectiva, delimitou-se como objeto deste estudo o TMC em pessoas acometidas por hanseníase e a associação com fatores sociodemográficos, clínicos, limitação de atividade e participação social.

1.2 Hipótese do estudo

A ocorrência de TMC em pessoas acometidas por hanseníase está associada a aspectos sociodemográficos, clínicos, limitação de atividade e participação social.

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral

Analisar o TMC em pessoas acometidas por hanseníase e sua associação com fatores sociodemográficos, clínicos, limitação de atividade e participação social.

1.3.2 Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico das pessoas participantes do estudo;
- Identificar a frequência do grau de incapacidade física, limitação de atividade e restrição à participação social na amostra;
- Estimar a ocorrência de TMC na população do estudo;
- Verificar a ocorrência e a proporção de sintomas prevalentes nas dimensões: humor depressivo-ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de

energia vital e pensamentos depressivos do SRQ-20;

- Verificar a presença de associação entre grau de incapacidade física, limitação de atividade, participação social e TMC com os perfis sociodemográficos, clínico, assistencial e de apoio na amostra;
- Analisar a associação entre TMC e grau de incapacidade física, restrição à participação e limitação da atividade na amostra.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 Contexto social e epidemiológico da hanseníase

Ao longo da história, as políticas para controle da “lepra” no Brasil tiveram como base a segregação de pessoas doentes em instituições denominadas “leprosários”, uma tentativa de conter a infecção, que corroborou com a representação social da doença como um castigo divino. Tal medida não se revelou capaz de controlar a epidemia, mas contribuiu, sobremaneira, para aumentar o medo e o estigma associados à hanseníase (TAVARES et al, 2019).

Na década de 1980, ampliaram-se as perspectivas de tratamento da doença com a recomendação da poliquimioterapia (PQT) pela OMS. Nos últimos anos, o Brasil passou por mudanças no seu perfil de morbimortalidade, entretanto não conseguiu atingir a meta de eliminação da hanseníase: menos de um caso em cada cem mil habitantes, especialmente em algumas regiões, devido à complexidade dos determinantes e da ocorrência da doença (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2007).

Dentre esses fatores, observa-se que os determinantes de saúde, como desigualdades de renda, moradia, educação, saneamento, restrição à alimentação, tipos de agravos associados e grupos populacionais, contribuem, sobremaneira, para as diferenças na detecção da doença nas diversas regiões do país, ainda que, de modo geral, os números evidenciem uma tendência em direção à eliminação da hanseníase em nível nacional (BRASIL, 2015; RIBEIRO; SILVA; OLIVEIRA, 2018).

A disseminação da hanseníase no Brasil em algumas áreas deve-se a condições socioeconômicas desfavoráveis e extrema pobreza que incluem situação de moradia e saneamento precários, alta densidade familiar e analfabetismo. Os estudos evidenciam probabilidade duas vezes maior de ocorrência de hanseníase nessas pessoas, quando comparadas às que vivem em melhores condições sociais (HOUWELING *et. al.*, 2016; MURTO, 2013; CURY, 2012).

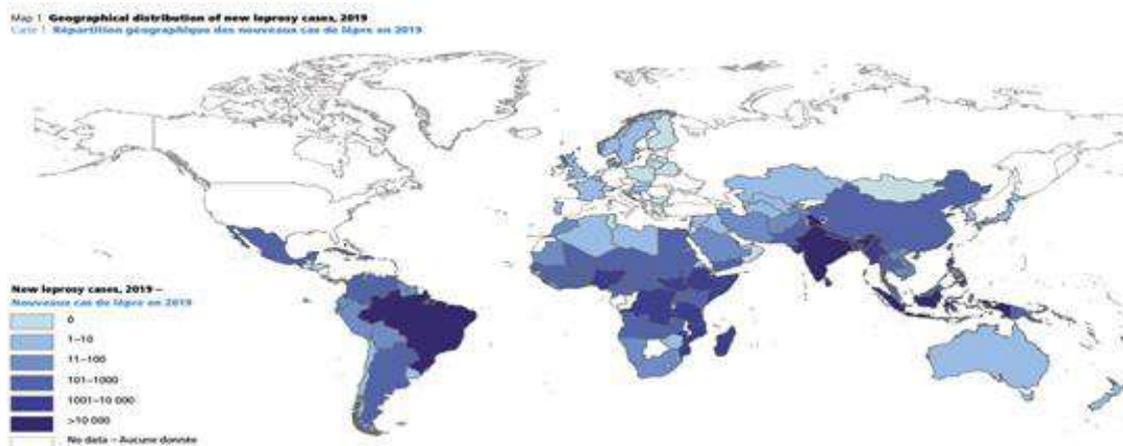
Com vistas à eliminação da doença, a OMS elabora sistematicamente estratégias globais a cada cinco anos para orientar ações em todo o mundo.

Inicialmente, em 2000, concentrou-se na detecção passiva de casos e tratamento poliquimioterápico. Em 2006, o foco era a interrupção da transmissão da doença por meio do diagnóstico precoce de todos os casos e pelo tratamento imediato com a PQT via integração dos serviços. Já em 2011, buscou-se aprimorar as ações conjuntas de capacitação e assessoria técnica com ênfase na detecção precoce para reduzir incapacidades decorrentes da hanseníase (WHO, 2016).

A Estratégia Global para o controle da Hanseníase 2016–2020 “Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase” fundamenta-se em três pilares: fortalecer o controle, a coordenação e a parceria do governo; combater a hanseníase e suas complicações; combater a discriminação e promover a inclusão das pessoas acometidas. O diagnóstico precoce da doença e o tratamento das pessoas acometidas com PQT permanecem como sendo a base de controle, contudo sugerem-se estratégias adicionais para reduzir estigma, discriminação e isolamento social (WHO, 2016).

Em outra importante agenda global, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu a partir de 2016, para os próximos 15 anos, os objetivos do desenvolvimento sustentável e metas para combater as desigualdades sociais e vulnerabilidades. Saliu-se que as pessoas que vivem em situação de extrema pobreza devem ser empoderadas, assistidas, terem removido obstáculos e restrições aos direitos básicos de cidadania, com esforços por parte das nações para garantir direitos como segurança alimentar, promoção de saúde física e mental, educação inclusiva, dentre outros (ONU, 2015).

De fato, a desigualdade social no país tem contribuído para que as taxas da detecção da doença permaneçam elevadas, mesmo com esforços para reduzir os casos de hanseníase a partir do diagnóstico precoce. No ano de 2019, registraram-se no mundo 202.185 novos casos de hanseníase, sendo a doença mais incidente na Ásia, com 143.787 novos casos, América, com 29.936, e África, com 20.205, conforme a figura abaixo (WHO, 2020).

Figura 1 - Distribuição geográfica dos novos casos de hanseníase detectados em 2019.

A hanseníase apresenta um padrão focal de ocorrência no país. Conforme os dados descritos na tabela abaixo, as áreas de maior risco de adoecimento no Brasil estão concentradas em Mato Grosso, Maranhão, Pernambuco, Pará, Bahia e Tocantins, sendo que o Piauí ocupa o 11º lugar em número de casos (BRASIL, 2019). Ressalta-se que o estado do Piauí concentra cerca de 72,3% dos seus municípios com taxa de detecção ≥ 10 casos novos por 100.000 habitantes.

Figura 2– Distribuição dos municípios nos grupos epidemiológico e operacionais segundo unidade da federação

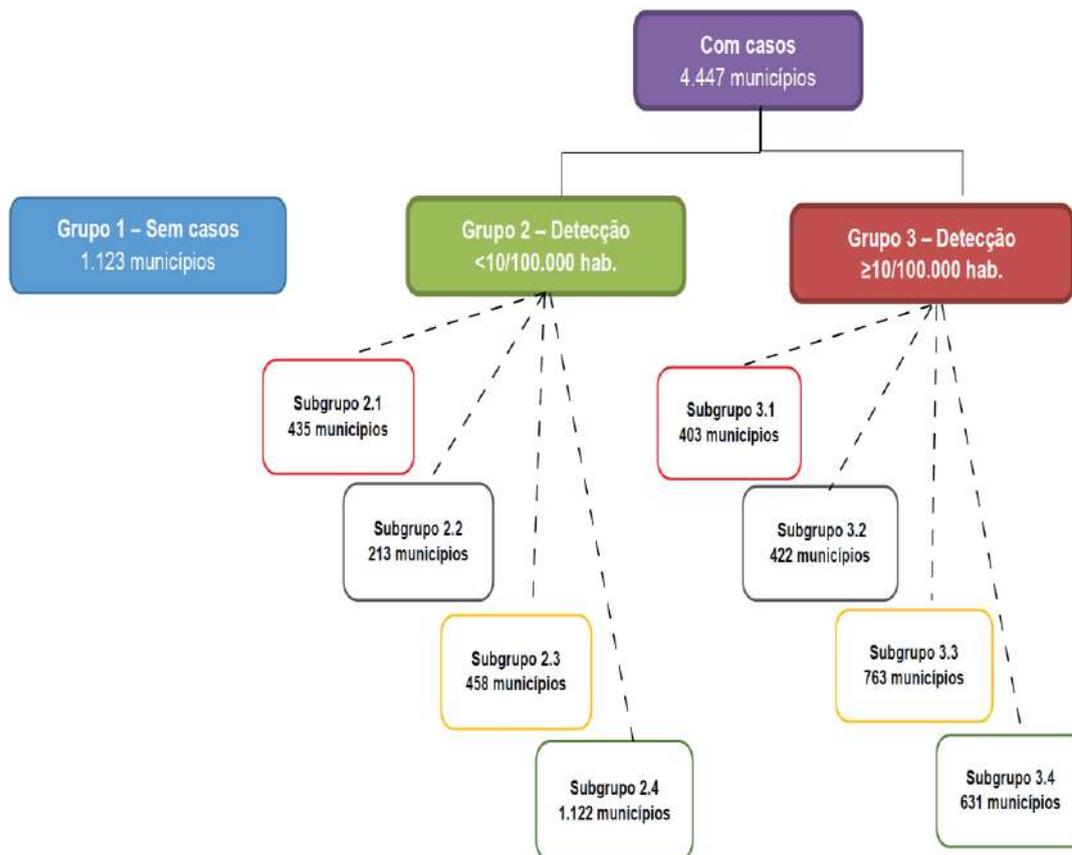
UF	Grupo 1	Grupo 2				Grupo 3			
	Sem casos	Com casos – Detecção <10				Com casos – Detecção ≥ 10			
	n= 1118	n=2228				n=2219			
		Subgrupo 2.1	Subgrupo 2.2	Subgrupo 2.3	Subgrupo 2.4	Subgrupo 3.1	Subgrupo 3.2	Subgrupo 3.3	Subgrupo 3.4
		n=435	n=1122	n=458	n=213	n=403	n=631	n=763	n=422
Acre	0	0	5	0	0	0	6	5	6
Alagoas	11	27	26	4	5	8	5	10	6
Amazonas	0	4	8	5	3	2	7	18	15
Amapá	1	0	2	0	0	1	3	2	7
Bahia	30	87	93	18	29	57	30	30	43
Ceará	0	20	20	13	7	34	22	44	24
Distrito Federal	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Espírito Santo	1	2	21	11	1	2	15	25	0
Goias	4	4	19	8	1	17	92	67	34
Maranhão	0	6	10	2	1	58	23	55	62
Minas Gerais	285	63	198	115	34	10	54	87	7
Mato Grosso do Sul	1	2	6	1	2	19	9	32	6
Mato Grosso	0	0	0	0	1	35	27	57	21
Pará	1	3	9	1	1	6	11	49	62
Paraíba	48	30	50	5	14	20	21	8	27
Pernambuco	3	16	43	14	3	14	25	57	10
Piauí	10	13	35	2	2	31	67	31	33
Paraná	53	18	137	54	14	7	66	47	3
Rio de Janeiro	5	7	29	25	11	1	2	8	4
Rio Grande do Norte	46	33	37	6	12	9	15	0	9
Rondônia	0	2	1	0	2	12	12	27	8
Roraima	1	1	1	0	0	5	1	3	3
Rio Grande do Sul	322	30	82	21	26	0	9	2	4
Santa Catarina	146	17	74	26	12	2	8	7	1
Sergipe	4	11	12	3	3	5	14	17	6
São Paulo	146	37	205	123	30	14	47	36	7
Tocantins	0	2	0	0	0	44	40	39	14

Fonte: CGDE/DCCI/SVS/MS

Com o objetivo de planejar estratégias que alcancem os diversos cenários epidemiológicos de ocorrência da hanseníase no país, os municípios foram classificados pelo Ministério da Saúde de acordo com os indicadores epidemiológicos e operacionais em três grupos: municípios sem casos novos; municípios que apresentaram taxa de detecção <10 casos/100.000 habitantes; e aqueles que apresentaram taxa de detecção ≥ 10 casos/100.000 habitantes (BRASIL, 2019).

Os municípios que apresentaram casos novos de hanseníase foram estrategicamente reagrupados em quatro subgrupos de acordo com indicadores que impactam na carga da hanseníase: número de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico e proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes de 2013 a 2017, conforme a figura abaixo (BRASIL, 2019).

Figura 3- Distribuição dos municípios segundo grupos epidemiológicos e operacionais, Brasil.



No Brasil, as principais estratégias de controle e tratamento da doença são o reconhecimento dos sinais cardinais para diagnóstico oportuno, que deve ser realizado especialmente no exame de contatos, e a PQT precoce, que consiste na combinação de dapsona, rifampicina e clofazimina. O seu uso deve levar em consideração a história clínica das pessoas acometidas e a classificação operacional adotada pelo Ministério da Saúde: paucibacilar e multibacilar. O diagnóstico oportuno é relevante, pois reduz o risco de desenvolvimento de incapacidade física e o tempo de transmissão da doença (ARAÚJO, 2003; SMITH et al., 2017).

Com as estratégias de controle, o coeficiente de detecção geral reduziu de 25,44 casos por 100.000 habitantes, em 2000, para 13,70 casos por 100.000 habitantes, em 2018. Assim, o coeficiente de detecção passou de muito alta endemicidade para alta endemicidade, sendo que a proporção de casos novos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico evoluiu para 8,5%, considerado parâmetro médio na efetividade das atividades da detecção oportuna (BRASIL, 2018).

A hanseníase é uma causa importante de deformidade e invalidez devido ao comprometimento da função nervosa, que pode ocorrer durante ou após a quimioterapia da doença, reforçando a importância da vigilância dos casos após a conclusão do tratamento (CROFT et al, 2000).

Um dos aspectos fundamentais do monitoramento é a avaliação do grau de incapacidade física (GIF), em que casos de hanseníase são classificados quanto ao número de lesões, perda de força e acometimento dos nervos periféricos. Quando não há comprometimento neural são classificados como grau 0 de incapacidade física; grau 1 de incapacidade quando há diminuição ou perda de sensibilidade nos olhos e/ou mãos e/ou pés e da força muscular; e grau 2 de incapacidade quando há lesões mais graves nos olhos e/ou mãos e/ou pés (BRASIL, 2016).

A perda da sensibilidade produzida pelo dano neural torna os indivíduos suscetíveis a acidentes como queimaduras, lesões e amputações, uma vez que os receptores nervosos responsáveis pela sensibilidade térmica, tátil e dolorosa estão comprometidos, sendo importante a avaliação do grau de incapacidade no diagnóstico, durante o tratamento e na alta, de modo a prevenir a dificuldade de acesso à unidade de saúde e o encaminhamento ao serviço de reabilitação física (RIBEIRO; LANA, 2015).

Assim sendo, faz-se necessária a avaliação da limitação de atividade e participação social nas pessoas acometidas por hanseníase como uma forma de continuidade no cuidado, na perspectiva da integralidade, para além do diagnóstico e tratamento medicamentoso, com ações de acompanhamento inclusive no pós-alta em hanseníase, considerando a natureza incapacitante e o estigma relacionado à doença (CALIXTO et al., 2016; BRASIL, 2008).

2.2 Limitação de atividade física, Participação social e Hanseníase

A hanseníase pode desencadear, após a conclusão do tratamento medicamentoso, quadros inflamatórios agudos denominados episódios reacionais, em consequência da resposta imunológica do organismo até a eliminação dos bacilos mortos. As reações contribuem para o agravamento do quadro causando incapacidade física e sofrimento psíquico (TEIXEIRA; SILVEIRA; FRANÇA, 2010; QUEIROZ et al, 2015).

A ocorrência de incapacidades físicas torna as pessoas acometidas pela doença ainda mais vulneráveis, com danos na qualidade de vida, especialmente nos aspectos sociais e emocionais. Torna-se necessário priorizar, após o tratamento medicamentoso, ações de prevenção de incapacidade física e reabilitação nas práticas de cuidado e no acompanhamento dos casos (SILVA, et al. 2019).

Considerando a natureza crônica da doença, as ações devem integrar como meta conduzir as pessoas com ou sem incapacidades para alcançar nível físico, mental e social satisfatório, a fim de proporcionar uma qualidade de vida satisfatória, requerendo para tanto uma avaliação adequada para uma readaptação social.

Para uma avaliação adequada, a OMS recomenda a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que descreve a funcionalidade e as incapacidades relacionadas às condições de saúde dos indivíduos, considerando ainda o contexto pessoal e ambiental das pessoas, e vem sendo amplamente utilizada por equipes multiprofissionais para avaliação das condições de vida e promoção de saúde (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Outro aspecto importante a considerar acerca da CIF é que esta permite compreender diferenças de expressões das incapacidades em pessoas

atingidas pela mesma doença, mas que apresentam contextos sociais diferentes, sendo o contexto objeto de intervenção para prevenir incapacidade e melhorar a funcionalidade (ARAÚJO, 2013).

Assim, tem se tornado cada vez mais necessário avaliar a limitação de atividade física e a restrição à participação social em pessoas em tratamento de hanseníase. Ambas são aspectos importantes que definem o componente de incapacidade da CIF. Esta define limitações de atividade como sendo dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de atividades e restrições de participação, como problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real (PIEXAK; CEZAR-VAZ; BONOW, 2019).

A partir dessas definições, foi desenvolvido um instrumento para mensurar a limitação de atividade: a escala SALSA (*Screening of Activity Limitation and Safety awareness* ou Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de Risco), com escores que variam de 0 a 80, em que valores altos são indicativos de crescente limitação. Os graus de limitação são classificados em: sem limitação (até 24), leve limitação (25 a 39), moderada limitação (40 a 49), grave limitação (50 a 59) e extrema limitação (60 a 80), sendo a versão 4.6 aplicada em até 20 minutos (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014). Trata-se de um instrumento validado no Brasil com aplicação em pessoas com história de hanseníase e outras neuropatias (SALSA COLLABORATIVE STUDY GROUP, 2010).

Quanto à escala de restrição à participação social, recomenda-se para maiores de 15 anos, abrange oito dos nove domínios do componente atividade e participação da CIF. É composta por 18 itens e seu escore varia de 0 a 90. Os graus de restrição são classificados em: sem restrição (0 a 12), leve restrição (13 a 22), moderada restrição (23 a 32), grave restrição (33 a 52) e extrema restrição (53 a 90). Destaca-se que esse instrumento é validado para uso em pessoas com hanseníase, deficiências e condições crônicas que gerem estigma e discriminação (VAN BRAKEL et al, 2006).

A incapacidade funcional torna as pessoas acometidas mais vulneráveis e dependentes nas atividades cotidianas, podendo afetar a qualidade de vida, produtividade e trazer graves implicações para a pessoa, a família e sistema de saúde (IKEHARA et al. 2010).

O comprometimento do nervo pode prejudicar a funcionalidade corporal, uma vez que limita o desenvolvimento de atividades e dificulta o estabelecimento de relações

sociais. Além disso, o impacto físico causado pela hanseníase, a resposta emocional durante o diagnóstico, ser do sexo feminino e baixa escolaridade têm sido considerados fatores de risco para restrição à participação social (LOURES; MÁRMORA,2017; NICHOLLS et al.2005).

Estudo que avaliou os aspectos referentes às limitações físicas, psicossociais e qualidade de vida das pessoas atingidas pela hanseníase, utilizando SALSA, Participação Social e *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-bref), verificou que a maioria dos sujeitos apresentava algum grau de restrição física e social, sendo que a restrição social apresentou forte correlação como grau 2 de incapacidade e domínio físico e ambiental da qualidade de vida as médias mais baixas (SILVA et al,2019).

Em outro estudo, realizado na Índia, o uso da escala SALSA demonstrou que todos os casos apresentavam grave restrição à limitação de atividade e que a incapacidade se associava significativamente com idade, escolaridade, estado civil, situação profissional e consequência do diagnóstico inoportuno (DIXIT; DHIMAN, 2019).

Assim, a alteração no grau de limitação de atividade pode direcionar os profissionais de saúde para ampliar a realização da avaliação neurológica simplificada (ANS), enquanto a Escala de Participação possibilita uma abordagem direcionada aos aspectos emocionais, das relações sociais, facilitando a identificação da necessidade de abordagem individual ou em grupos. Portanto, torna-se um avanço a adoção dessas estratégias pelos profissionais de saúde, não apenas durante o tratamento, mas também no pós-alta, proporcionando atenção integral e qualificada (BARBOSA, 2008).

Outro aspecto de extrema relevância na APS diz respeito às práticas de autocuidado, que podem ser realizadas em grupo ou individualmente, com a orientação do profissional de enfermagem e de todos os membros da equipe. As estratégias devem ser inseridas na rotina de atendimento das pessoas acometidas de modo possibilitar o empoderamento perante a doença e prevenção de incapacidades (LIMA et al,2018).

Ademais, ressalta-se a importância do suporte social do tipo instrumental e emocional às pessoas acometidas, implementado pela família e profissionais de saúde, diante das limitações funcionais, atitudes estigmatizantes no contexto da hanseníase, que podem gerar restrição à participação social e causar sofrimento

durante e após o tratamento da doença (LOURES; MÁRMORA,2017).

2.3 Transtorno mental comum e cuidado integral à pessoa com hanseníase

O histórico da hanseníase guarda relação com episódios de exclusão social e preconceito, imprime marcas que ultrapassam aspectos físicos da doença, desvelados por meio das representações sociais e ideias preconcebidas, influenciando, sobremaneira, no modo como as pessoas enfrentam a doença, podendo causar sequelas permanentes (MARTINS; CAPONI, 2010; MELLAGI; MONTEIRO, 2009).

Até meados do século passado, mesmo com descoberta de drogas para o tratamento de *Mycobacterium leprae*, o isolamento em instituições de maneira compulsória era tido como essencial. Com isso, muitas pessoas acometidas ocultavam o diagnóstico de hanseníase por medo de discriminação e segregação. O medo da doença levava ao isolamento social não só da pessoa doente, mas também de toda a sua família (CASTRO; WATANABE, 2009; SANTOS, 2003).

De modo geral, a doença está associada a sentimentos negativos, desesperança e perda da individualidade. A institucionalização prolongada levou à readaptação coletiva, à aceitação de normas internas e à incorporação da condição social de pessoa que representava perigo para a sociedade externa ao leprosário, o que reforçou o estigma e preconceito social (ROCHA et al., 2011). A partir dessas perspectivas, a Rede de Organizações Não Governamentais de DTN criou o Grupo de Tarefas de Bem-Estar Mental e Estigma (MWS) ampliando as discussões acerca do risco de morbidades psicossociais em comunidades acometidas e expostas às DTNs com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de pessoas e seus cuidadores que sofrem ou estão sob risco de sofrer com problemas mentais (EATON, 2017).

Logo, muitos fatores associados à hanseníase, como discriminação social, estigma, dor e incapacidade física, prejudicam a qualidade de vida, podem acarretar prejuízos na saúde mental das pessoas e desencadear transtornos mentais, sendo necessário implementar medidas preventivas para reduzir as DTNs associadas à condição de pobreza dessas pessoas, tais como saneamento básico, administração de medicamentos, controle de vetores, melhoria do ambiente, diagnóstico precoce para reduzir distúrbios neurológicos e incapacidades, que irão interferir diretamente no modo como a doença é percebida socialmente, conforme figura abaixo (PICADO;

et al, 2019).

Figura 4- Ciclo da pobreza, DTNs e saúde mental e áreas de intervenção



Fonte: PICADO et al, 2019.

O contexto histórico e social da loucura e da hanseníase apresenta dimensões semelhantes, como doenças de confinamento, institucionalizadas, excludentes, com sujeitos ditos não normais, para além da dimensão física e do contágio, com representações sociais desfavoráveis (GARCIA, 2001).

Nesse contexto, a hanseníase é percebida como uma condição que traz prejuízos diante do grupo social, podendo representar a posse de um estigma, uma condição indesejável. Implica ainda que a pessoa tem um atributo que a torna diferente das demais e que as expectativas sociais habituais não se aplicam a ela. O indivíduo estigmatizado é aprisionado sob a fixidez do olhar do “outro” (GOFFMAN, 1988).

Por isso, a pessoa com suspeita de hanseníase deve ser acolhida, aconselhada e orientada no estabelecimento do diagnóstico positivo, pois nesse momento o processo estigmatizante pode se iniciar, alcançando consequências devastadoras, como a não aceitação da doença, abandono de tratamento e sofrimento psicológico (MAIA et al., 2012; LUSTOSA et al., 2011).

A pessoa acometida pela doença, em muitos casos, esconde sua condição por medo de discriminação e preconceitos sociais, o que pode levar a prejuízos maiores

na sua condição. O estigma não é a única causa de restrições à participação, mas pode agravar bastante o efeito incapacitante de deficiências, limitações de atividades ou outras barreiras à participação (VAN BRAKEL et al, 2006).

O estigma pode interferir de maneira significativa no sentido que a pessoa confere à doença e, em consequência, no seu quadro psíquico. Os valores, histórias, informações, símbolos e vivências da doença podem desencadear questões emocionais, como ansiedade, medo, dúvidas que interferem na história de vida pessoal, no psiquismo e na qualidade de vida (LEITE; SAMPAIO; CALDEIRA et al, 2015).

A hanseníase enquanto doença metaforizada como castigo pessoal e ameaça social atormenta a imaginação coletiva, gera incapacidade física, pode transformar o corpo em algo repulsivo, além de desencadear estigma e sofrimento (SONTAG, 2007).

Um estudo cujo objetivo foi rastrear transtorno mental em pessoas em tratamento de hanseníase evidenciou que 71,7% dos casos em tratamento para hanseníase apresentavam diagnósticos psiquiátricos, sendo que 20,8% pelo menos um diagnóstico, 21,7% tiveram dois diagnósticos e os demais, 29,2%, três ou mais diagnósticos psiquiátricos. Por outro lado, somente uma parte desse transtorno teria sido diagnosticada e tratada. Essa lacuna de atenção traria aumento no sofrimento individual e implicações sociais, como aumento da demanda nos serviços de saúde e absenteísmo (ROCHA-LEITE et al, 2014).

Nesse contexto, a hanseníase, além de algumas vezes produzir alterações no corpo, pode produzir alterações no psiquismo e na história das pessoas acometidas, levando, inclusive, a um processo de autoestigmatização e de enclausuramento social, dificultando a adaptação e processo de enfrentamento da doença (LEITE; SAMPAIO; CALDEIRA, 2015).

Estudo realizado em hospital da Índia constatou que as pessoas acometidas apresentaram extrema insatisfação com a vida e preocupação com a doença. Cerca de 78% dos casos evitaram o contato com amigos devido à vergonha e medo, 75% sentiam-se insatisfeitos com a vida, 41% das pessoas solteiras enfrentaram dificuldades para se casar, 40% estavam preocupados em perder emprego e 22% apresentaram ideias suicidas (SESHADRI et al, 2015).

As pessoas com hanseníase que apresentam reações hansênicas têm sua qualidade de vida prejudicada, especialmente no que concerne a dimensão psicológica. Estudo que avaliou a qualidade de vida de pessoas em episódios

reacionais de hanseníase evidenciou que 85,9% relataram sentimentos negativos, como mau humor, desespero, ansiedade e depressão, com intensidades variadas (COSTA et al. 2012).

Em outro estudo desenvolvido em um centro de saúde especializado, no município de Uberaba (MG), fatores como idade avançada, maior grau de incapacidade, menor renda, baixa escolaridade e capacidade produtiva dos indivíduos apresentaram correlação com sintomas depressivos (GAUDENCI et al,2015).

Estudo realizado em um centro de referência para tratamento de hanseníase, no estado de São Paulo, concluiu que sintomas depressivos moderados e graves acometeram 43,1% dos casos avaliados, com sintomas como preocupação somática, dificuldade no trabalho, irritabilidade, fadiga, autoacusação, choro fácil, insônia, perda da libido, tristeza e anedonia (CORRÊA et al, 2014).

Mesmo após intervenções, as pessoas que apresentam dano neural grave, submetidas à cirurgia de neurólise para reduzir a dor e impedir a instalação de sequelas e incapacidades, apresentaram na avaliação do domínio psicológico a presença de sentimentos negativos como reflexo do inconformismo, tristeza, vergonha, insegurança e sentimento de inutilidade (REIS; GOMES; CUNHA, 2013).

Ressalta-se que a OMS, por meio do Plano de Ação Integral sobre Saúde Mental 2013-2020, reconhece o papel da saúde mental e busca garantir e proteger as pessoas quanto ao direito de saúde mental para todas e todos, diminuição do estigma, estabelecendo quatro objetivos: liderança e governança mais eficazes para a saúde mental; prestação de serviços abrangentes e integrados de saúde mental e assistência social em contextos comunitários; implementação de estratégias de promoção e prevenção; e sistemas de informação reforçados, evidências e pesquisas (MENDES; ROCHA, 2016).

Vale ressaltar que, embora o país tenha um número expressivo de pessoas em tratamento para hanseníase, a maioria dos serviços na atenção primária à saúde não dispõe de instrumentos ou protocolos que auxiliem o profissional a avaliar a instabilidade emocional produzida pela doença e possibilitem realizar um planejamento psicoterapêutico que contribua com a adesão ao tratamento e fortaleça uma assistência integral (CUNHA,2015).

Assim, os profissionais de saúde devem estabelecer um cuidado inclusivo, acolhedor, de modo a reduzir as barreiras no estabelecimento do diagnóstico precoce e prevenção, bem como os preconceitos enfrentados pela pessoa com diagnóstico de hanseníase (DIAS; PEDRAZZANI, 2008).

Entretanto, muitas pessoas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) passam por diversas unidades de saúde, durante meses ou anos, até receberem o diagnóstico definitivo de hanseníase em unidades de referência, o que pode sugerir baixa qualificação por parte dos profissionais em reconhecer alterações dermatoneurológicas da doença, com sua multiplicidade de sinais e sintomas, levando a diagnósticos diferenciais incorretos, acarretando prejuízo de ordem pessoal e social (AQUINO et al, 2015). Ressalta-se o papel do profissional de enfermagem como integrante da equipe multiprofissional atuando em diferentes etapas, como o diagnóstico, tratamento e pós-alta. Ele deve prestar uma assistência individual, integral e humanizada, que possibilite reduzir dúvidas, angústias, sofrimento, para que a pessoa acometida sinta segurança no tratamento, eleve a autoestima e melhore sua qualidade de vida (DOS SANTOS, 2012).

Outro aspecto a considerar diz respeito à integração de todos os serviços que compõem a rede de atendimento a fim de estabelecer diagnóstico precoce, busca ativa de novos casos, ações de educação em saúde que reforcem a adesão ao tratamento, facilitando o acesso, a prevenção de incapacidades, reabilitação e a diminuição do estigma e da exclusão social (PEREIRA et al, 2008).

3. MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo com delineamento transversal, analítico desenvolvido a partir do macroprojeto de pesquisa operacional, do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, intitulado INTEGRAHANS-PIAUI: abordagem integrada de aspectos clínicos, epidemiológicos (espaço-temporais), operacionais e psicossociais da hanseníase em municípios piauienses de alta endemicidade.

3.2 Local do estudo

O local do estudo foi a cidade de Floriano, estado do Piauí, situado na região do médio Parnaíba. Esse município, com outros 47, incluindo a capital do estado, pertencem a áreas hiperendêmicas, sendo considerado prioritário para a vigilância em hanseníase pelo Ministério da Saúde, em seu Plano Integrado de Ações Estratégicas 2011-2015 (BRASIL, 2012; PENNA; OLIVEIRA; PENNA, 2009).

Floriano é um município que dista a 244 km da capital, conhecido como a princesa do sul e capital do Médio Parnaíba, com localização à margem direita do rio Parnaíba, na divisa com o estado do Maranhão. É um importante polo comercial, educacional e de saúde da região e entroncamento rodoviário do estado (BRASIL, 2010).

O município de Floriano possui uma população de 57.690 habitantes, sendo predominantemente urbana (49.970 habitantes) (IBGE, 2010). Faz parte do Território Vale dos Rios Piauí e Itaueira que é composto por 19 municípios e se destaca por ser de maior contingência populacional, com estimativa populacional para 2018 de 58.158 pessoas (BRASIL, 2018). Segundo o Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM), estabelecido para o ano 2016, Floriano apresenta desenvolvimento moderado (0,6995), sendo o 7º do Piauí e o 2.130º no *ranking* dos municípios brasileiros (FIRJAN, 2018).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) que mede as dimensões longevidade, educação e renda, no ano de 2010, foi de 0,700. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano. Em relação ao índice de Gini, que serve para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo, este foi de 0,5579, em 2010, considerado médio (IBGE, 2010).

Com relação à estrutura básica de saúde, Floriano conta com 26 equipes da Estratégia Saúde da Família, 100% de cobertura, distribuídas em 21 unidades básicas de saúde (UBS), das quais sete estão localizadas na zona urbana e conta com 144 Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2018).

3.3 População/amostra do estudo

A população fonte do presente estudo foi composta do universo de casos novos de hanseníase residentes no município de Floriano, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2001 a 2014, totalizando 1.076 registros.

A escolha do período está relacionada ao fato de somente a partir do ano de 2001 o Ministério da Saúde passou a atualizar e controlar os registros e o processamento das informações contidas nos bancos de dados nacionais, estaduais e municipais do SINAN, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, dessa forma, para a tomada de decisões em todos os níveis. O ano de 2014 representou o último ano anterior ao início da coleta dos dados.

Os critérios de inclusão adotados foram ter idade igual ou superior a 15 anos e responder a todos os instrumentos do estudo; como critérios de exclusão, óbitos, pessoas com endereços de domicílio inexistente e que não responderam a todos os instrumentos do estudo.

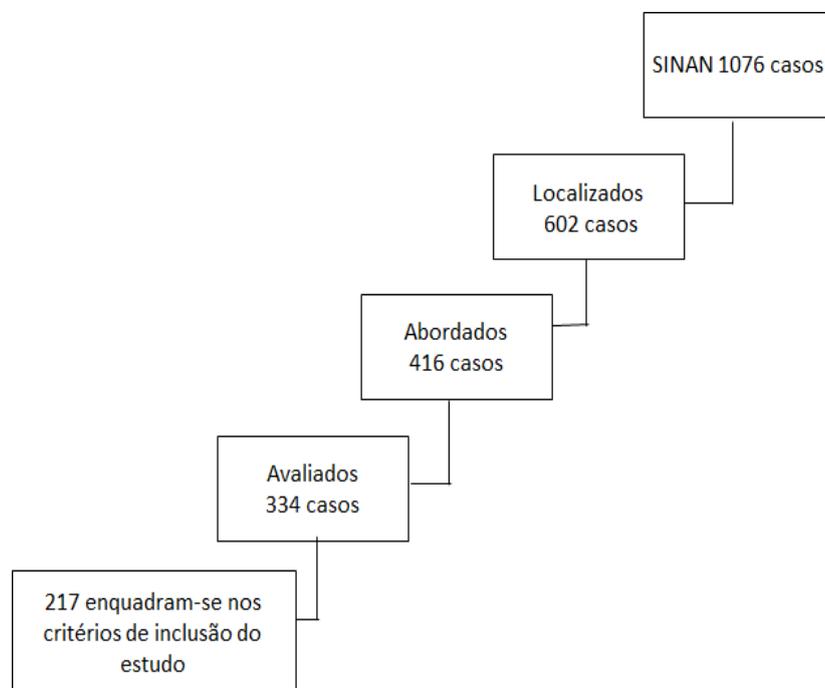
Dos 1.076 casos registrados no SINAN, 474 casos não foram localizados devido a endereços incompletos, domicílio inexistente e mudanças para outro município e/ou estado. Dos 602 casos localizados, não foram abordados 186 em virtude de óbitos (53), recusas (5), viagem (6), seguiam hospitalizados (4), mudaram de endereço (96) e encontravam-se no trabalho (22), restando 416

casos. Dentre estes, 82 pessoas não foram avaliadas, pois faltaram ao agendamento mesmo após confirmação por telefone, perfazendo um total de 334 casos avaliados.

Assim, dos 334 casos avaliados, excluíram-se 117 pessoas por não responderem a algum dos instrumentos, restando 217 sujeitos que preencheramos critérios de inclusão definidos no estudo.

O fluxograma a seguir apresenta o quantitativo da população localizada, abordada, avaliada e a que foi contemplada pelos critérios de inclusão do estudo.

Figura 5 – Fluxograma da população do estudo



3.4 Instrumentos

Para o presente estudo, utilizaram-se os seguintes instrumentos: perfil sociodemográfico dos sujeitos (ANEXO A); perfil clínico dos sujeitos (ANEXO B); instrumentos de avaliação neurológica simplificada (ANEXO C) do Ministério da Saúde (BRASIL,2010); Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) (ANEXO D);Escala SALSA (ANEXO E); e escala de Restrição à Participação Social (ANEXO F).

Para rastrear o TMC, utilizou-se o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) (ANEXO D), originalmente criado por Harding et al. (1980), composto inicialmente por 30 questões, 20 sobre sintomas não psicóticos e as demais que incluíam sintomas psicóticos, convulsivos e abuso de álcool, que devido à baixa sensibilidade ficaram em desuso. A versão brasileira apresenta 20 questões, e em 2008, sofreu uma avaliação do seu desempenho com uma readequação no seu ponto de corte (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; VAN DER WESTHUIZEN et al, 2017). É considerado um instrumento de fácil aplicação, bem compreendido, de baixo custo, com capacidade de discriminação de casos positivos e negativos. É recomendado pela OMS para estudos comunitários e na APS (SANTOS et al., 2010, MARAGNO et al., 2006).

A partir de então, o instrumento vem sendo amplamente utilizado para rastreio de TMC não psicóticos. Apresenta 20 perguntas com respostas dicotômicas “sim” ou “não” relacionadas a sintomas e problemas que ocorreram nos últimos 30 dias antes da entrevista. Cada resposta afirmativa recebe o valor '1' e a pontuação final corresponde à soma desses valores. Os resultados são correlacionados com a probabilidade de presença de distúrbios não psicóticos, variando de 0 (sem probabilidade) a 20 (provavelmente). Neste estudo, o ponto de corte adotado foram valores ≥ 7 medidos pela soma das respostas positivas da escala para rastreio de TMC (ROCHA et al., 2010; MOREIRA et al., 2011).

Para avaliação da limitação de atividade, utilizou-se a escala de limitação de atividade SALSA (ANEXO E), a qual foi desenvolvida por colaboração internacional entre cinco países (Brasil, China, Índia, Israel e Nigéria), no período de 2000 a 2006, e objetiva avaliar a extensão da limitação de atividade, o risco de aumentar as deficiências e medir a capacidade funcional (SALSA COLLABORATIVE STUDY GROUP, 2010; MELCHIOR; VELEMA, 2011). A

escala SALSA, versão 1.1, é composta por 20 itens, medidos a partir de dois tipos de resposta: positiva (sim), em escala do tipo Likert de 3 pontos cujos níveis são (1) fácil, (2) um pouco difícil e (3) muito difícil; e negativa (não), que pode receber as pontuações 0 para “eu não preciso fazer isso” ou 4 para “eu fisicamente não consigo” ou “evito por causa do risco”. O escore final é obtido pelo somatório dos valores dos itens, podendo variar de 0 a 80 pontos, conforme Quadro 1.

Quadro 1 - Grau de limitação de atividade de vida diária mensurado pela escala Salsa

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

Fonte: SALSA COLLABORATIVE STUDY GROUP, 2007.

Para avaliar a participação social, utilizou-se a escala de Participação Social (ANEXO F), versão 4.6, composta por uma entrevista com 18 itens cujas pontuações já vêm nos respectivos quadros de resposta. Tem escore total que varia de 0 a 90, sendo que o ponto de corte considerado normal é 12. Os graus de restrição são classificados como seguem no Quadro 2.

Quadro 2- Grau de restrição à participação social

Graus de restrição à participação social				
Nenhuma restrição significativa	Leve restrição	Moderada restrição	Grande restrição	Extrema restrição
0 – 12	13 – 22	23 – 32	33 – 52	53 – 90

Fonte: *Participation scale users manual*, 2005.

3.4 Variáveis

A variável dependente deste estudo é o TMC, com desfecho binário sim/não, o qual foi distribuído em quatro dimensões: humor depressivo-ansioso; sintomas somáticos; decréscimo de energia vital; pensamentos depressivos.

As variáveis explicativas serão as que seguem: características sociodemográficas; dados clínicos; limitação da atividade (grau de limitação da atividade); participação social (caracterização do grau de restrição à participação social); conforme o quadro abaixo.

Quadro 3 -Definição operacional das variáveis explicativas da pesquisa

Variáveis	Descrição	Categorias	Classificação
Sexo	Sexo	Masculino Feminino	Categórica Nominal
Etnia/Raça	Etnia (autorreferida)	Negra Parda Branca Amarela Outras	Categórica Nominal
Idade	Faixa etária (anos)	15 a 19 anos 20 a 59 anos 60 anos e mais	Categórica Ordinal
Anos de estudo	Quantidade de anos de estudo completos	≤ 4 anos 5- 9 anos > 9 anos	Categórica Ordinal
Estado conjugal	Convive com companheiro	Solteiro Casado/ União estável Separado(a)/ Divorciado(a)/Viúv a o(a)	Categórica Nominal
Atividade religiosa	Frequenta alguma atividade religiosa	Sim Não	Categórica Nominal

Situação Laboral	Situação de trabalho	Não trabalha Trabalha Aposentado	Categórica Nominal
Mudou de trabalho ou ocupação	Mudou ocupação por conta da hanseníase	Não Sim	Categórica Nominal
Bolsa família	Tem acesso ao benefício do Bolsa Família	Sim Não	Categórica Nominal
Renda mensal	Salário mínimo de 2015	≤ 800 801-1600 1601-2400 >2400 Não sabe /Não quer responder	Categórica Ordinal
Situação de moradia	Tipo de moradia	Casa própria Alugada	Categórica Nominal
Frequente visita de profissionais da ESF	Visita de prof. da ESF nos últimos 12 meses,	Sim Não	Categórica Nominal
Part. atividades educativas	Participou de atividades educativas	Sim Não	Categórica Nominal

Participa de grupo	Participa de algum grupo organizado de hanseníase	Não Sim	Categórica e Nominal
Outros casos de hanseníase na família	Se havia caso de hanseníase anterior ao seu na família	Não Sim	Categórica e Nominal
Ouviu falar de hanseníase	Se já tinha ouvido falar de hanseníase	Não Sim	Categórica e Nominal
Apoio de familiares	Recebeu apoio de familiares	Não Sim	Categórica e Nominal
Apoio de amigos	Recebeu apoio de amigos	Não Sim	Categórica e Nominal
Recebe ajuda	Família, amigo ou vizinho lhe presta ajuda	Não Sim	Categórica e Nominal
Qualidade de vida autorreferida	Qualidade de vida após o diagnóstico de hanseníase	Boa Nem ruim, nem boa Ruim	Categórica e Nominal
Satisfação com o atendimento na UBS	Se está satisfeito com atendimento na UBS	Sim Não	Categórica Nominal
Procurou serviço após conclusão do tratamento	Teve que procurar o serviço por causa da hanseníase após concluir o tratamento	Sim Não	Categórica Nominal

Diabetes mellitus	Doenças autorreferidas	Sim Não	Categórica e Nominal
Depressão	Doenças autorreferidas	Sim Não	Categórica e Nominal
Hipertensão arterial	Doenças autorreferidas	Sim Não	Categórica e Nominal
Outras comorbidades	Doenças autorreferidas	Sim Não	Categórica e Nominal
Reações hansênicas	Doenças autorreferidas	Nunca teve episódio reacional Sim	Categórica e Nominal
Incapacidade física de longa duração	Tem incapacidade física de longa duração	Sim Não	Categórica e Nominal
Incapacidade física	Incapacidade física causada pela hanseníase	Sim Não	Categórica e Nominal
Incapacidade limita		Sim Não	Categórica e Nominal

Tempo para estabelecer diagnóstico	Quanto tempo levou o diagnóstico da doença	_____	Numérica discreta
Momento de tratamento	Momento em que se encontra agora	Em tratamento com PQT, regular Teve alta por cura Abandono de tratamento	Categórica Nominal
Mais de uma PQT	Se realizou mais de 1 esquema de tratamento com PQT	Não Sim	Categórica Nominal
Tempo do tratamento	Duração do seu tratamento específico para hanseníase (PQT)	6 meses 12 meses 18 meses 24 meses Ignorado	Categórica Ordinal
Número de vezes avaliado	Foi avaliado/examinado (ANS) durante o tratamento	Uma vez Duas vezes Três vezes ou mais	Categórica Ordinal
Discriminado no serviço de saúde	Se foi discriminado no serviço de saúde	Não Sim	Categórica Ordinal
Hanseníase tem cura	Autopercepção acerca da doença	Não Sim	Categórica nominal

Sua pele lhe causou problemas com seu parceiro ou amigos mais próximos e parentes?	Percepção sobre problemas com parceiro, amigos e parentes	Muitíssimo Muito Um pouco Nada Não é relevante	Categórica Ordinal
Sua pele causou dificuldades sexuais?	Percepção sobre dificuldades sexuais	Muitíssimo, Muito Um pouco Nada Não é relevante	Categórica Ordinal
Tratado diferente após contar sobre a hanseníase	Autopercepção após contar sobre a doença	Não contou Não tratam diferente Sim, tratam diferente	Categórica Nominal
Mudou de endereço por causa da hanseníase	Ter tido (ou estar com) hanseníase foi um dos fatores para a mudança de domicílio?	Não Sim	Categórica Nominal

Mudou de trabalho/ocupação por conta da hanseníase		<p>Não se aplica</p> <p>Sim, melhorei minha situação de trabalho</p> <p>Sim, piorei minha situação de trabalho</p> <p>Não houve mudança na situação de trabalho</p> <p>Não sabe /Não quer responder</p>	<p>Categórica</p> <p>Nominal</p>
Classificação operacional	Classificação operacional?	<p>Paucibacilar</p> <p>Multibacilar</p>	<p>Categórica</p> <p>Nominal</p>
Forma clínica	Qual a forma clínica?	<p>Indeterminada</p> <p>Tuberculoide</p> <p>Dimorfa</p> <p>Virchowiana</p> <p>Não definida</p>	<p>Categórica</p> <p>Nominal</p>
Grau de incapacidade física	Caracterização do GIF	<p>Grau 0</p> <p>Grau 1</p> <p>Grau 2</p>	<p>Categórica</p> <p>Ordinal</p>

ESCORE SALSA (LIMITAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA)			
Classificação da escala Salsa	Caracterização do grau de limitação de atividades	Sem limitação Com limitação (leve, moderada, grande, extrema)	Categórica Nominal
RESTRIÇÃO À PARTICIPAÇÃO SOCIAL			
Classificação da escala de Restrição à Participação Social	Caracterização do grau de restrição à participação social	Nenhuma restrição significativa Com restrição (leve, moderada, grande, extrema)	Categórica Ordinal

3.5 Coleta de dados

Considerando que este estudo compõe a pesquisa operacional “INTEGRAHANS-PI”, da qual esta autora participou de todas as etapas com a sua orientadora, os dados foram coletados no período de julho de 2015 a julho de 2016.

Inicialmente, preparou-se o campo para a coleta de dados com realização de cinco oficinas. A primeira oficina teve como objetivo sensibilizar gestores, docentes e profissionais para pesquisa. A segunda, avaliar as informações do banco de dados do SINAN. Nessa etapa, os dados foram confrontados com as informações do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Cadastramento de Usuários do Sistema Único de Saúde (CADSUS) para identificar os óbitos e atualizar endereços, respectivamente.

Uma terceira oficina possibilitou a discussão dos instrumentos pelos pesquisadores e adequação à realidade local. A quarta oficina foi destinada à discussão pelos profissionais da ESF, incluindo os Agentes Comunitários de Saúde, docentes e discentes sobre a abordagem domiciliar. A quinta e última oficina, com carga horária de 100h, foi destinada aos profissionais da ESF, docentes e discentes,

sendo realizada por profissionais com reconhecida *expertise* na área e vinculados às Universidades Federais do Ceará e do Piauí, Secretaria Municipal de Saúde de Floriano e Secretaria de Estado da Saúde do Piauí, com o objetivo de nivelar os pesquisadores quanto à aplicação dos instrumentos e avaliação do exame clínico dos sujeitos da pesquisa.

A aplicação dos instrumentos e a avaliação neurológica simplificada (ANS) obedeceram a um cronograma de agendamento, com data e horário estabelecidos de acordo com a conveniência dos participantes, por ocasião da abordagem domiciliar. A ANS incluiu a história, ocupação e atividades diárias, queixas das pessoas acometidas, inspeção, palpação dos nervos, teste de força muscular e teste de sensibilidade da face, membros superiores e membros inferior, realizada por profissionais previamente capacitados (em equipamentos sociais, tais como escolas, clubes, associações, igrejas, unidades básicas de saúde, associações).

Durante a realização do inquérito clínico epidemiológico, alguns participantes apresentaram demandas sociais e de saúde, tendo sido utilizado fluxograma de encaminhamento para atendimento na rede de saúde local e/ou estadual de acordo com a complexidade do caso.

3.6 Organização e análise dos dados

Os dados foram digitados em banco de dados editado para cada formulário com o uso do Excel. Logo após, excluíram-se as duplicidades, inconsistências e incompletudes. A partir de então, os dados foram exportados para análise estatística no *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 26.

A análise dos dados iniciou pela caracterização do perfil sociodemográfico, clínico e foi realizada por meio de técnicas descritivas (medidas de tendência central e variabilidade). O teste de Kolmogorov-Smirnov foi aplicado para testar a aderência da amostra à normalidade.

Para determinação da prevalência de TMC, utilizaram-se como ponto de corte escores com valores ≥ 7 e o padrão de TMC foi medido pela soma das respostas positivas na escala. A associação estatística entre TMC, dados clínicos, limitação de atividade física e participação social foi realizada inicialmente por meio de análise bivariada. Aquelas variáveis significativas ao nível de $p < 0,20$ na análise bivariada entram no modelo multivariado por meio de regressão logística, a qual foi utilizada para

produção das “*oddsratio*” (OR Ajustadas), com vistas a avaliar fatores relacionados à chance de desenvolver TMC, adotando-se os desfechos binários “com e sem transtorno” O nível de significância adotado foi de 0,05 e intervalos de confiança de 95%.

3.7 Aspectos éticos e legais

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, sob o parecer nº 2.573.958 (ANEXO G), e solicitou-se autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Floriano e da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Aos participantes adultos e responsáveis por menores de 18 anos foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e para os adolescentes o Termo de Assentimento, conforme Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, garantindo-se o sigilo e anonimato das informações coletadas, além domínio de constrangimento durante as avaliações e entrevistas (BRASIL, 2012).

4 RESULTADOS

Entre os participantes do estudo, identificou-se predomínio do sexo feminino (51,6%), idade entre 20 e 59 anos (64,1%), pardos (63,6%), menos de 4 anos de estudo (42,4%), casados/união estável (51,2%), exerciam atividade religiosa (78,3%), trabalhavam (47,5%), não mudaram de ocupação por conta da hanseníase (91,2%), com renda média de pouco mais que um salário mínimo, sem acesso ao benefício do Bolsa Família (67,3%), conforme a Tabela 1.

Tabela 1- Características socioeconômicas de pessoas acometidas por hanseníase, Floriano-PI, 2016 (n=217)

	n(%)	Média ± Dp	Med
Sexo			
Feminino	112(51,6%)		
Masculino	105(48,4%)		
Etnia/Raça			
Branca	19(8,8)		
Parda	138(63,6)		
Negra	60(27,6)		
Faixa etária			
15-19 anos (Jovem)	15(6,9)	48,79±17,51	49
20-59 anos (Adulto)	139(64,1)		
≥60 anos (Idoso)	63(29,0)		
Anos de estudo			
≤ 4 anos	92(42,4)	6,49±4,92	6
5-9 anos	61(28,1)		
> 9 anos	64(29,5)		
Estado conjugal			
Solteiro	66(30,4)		
Casado/União estável	111(51,2)		
Separado	40(18,4)		
Atividade religiosa			
Não	47(21,7)		
Sim	170(78,3)		
Situação de trabalho			
Não trabalha	29(13,4)		
Trabalha	103(47,5)		
Aposentado	49(22,6)		
Dona de casa	36(16,6)		
Renda familiar			
≤ 800	143(65,9)	805,42±691,60	788
801-1600	60(27,6)		
1601-2400	7(3,2)		
>2400	7(3,2)		
Mudou ocupação por conta da hanseníase			
Não	198(91,2)		
Sim	19(8,8)		
Tem acesso ao benefício do Bolsa Família			
Não	146(67,3)		
Sim	71(32,7)		

Fonte: pesquisa direta, salário mínimo, em 15/07/2015, R\$ 788,00.

No que se refere às características assistenciais e de apoio, a maioria recebeu frequente visita de profissionais da ESF (53,9%), não participou de atividades educativas(88,5%) e grupo de autocuidado (98,6%), com casos anteriores na família (52,1%), recebeu apoio de familiares (82%) e amigos (59%),mas não obteve ajuda (71%), referiu boa qualidade de vida após o diagnóstico (59,9%), tempo de diagnóstico ≤ 3 meses (73,3%), não procurou o serviço de saúde após concluir o tratamento (72,4%), não foi discriminada no serviço de saúde (93,5%) ou mudou de domicílio (99,5%) (Tabela 2).

Tabela 2- Características assistenciais e de apoio às pessoas acometidas por hanseníase, Floriano-PI, 2016 (n=217)

	n(%)
Frequente visita de profissionais da ESF	
Não	100(46,1)
Sim	117(53,9)
Participou de atividades educativas sobre hanseníase	
Não	192(88,5)
Sim	25(11,5)
Participa de algum grupo organizado de hanseníase	
Não	214(98,6)
Sim	3(1,4)
Se havia caso de hanseníase anterior ao seu na família	
Não	104(47,9)
Sim	113(52,1)
Recebeu apoio de familiares	
Não	39(18,0)
Sim	178(82,0)
Recebeu apoio de amigos	
Não	89(41,0)
Sim	128(59,0)
Família, amigo ou vizinho lhe presta ajuda	
Não	154(71,0)
Sim	63(29,0)
Qualidade de vida após o diagnóstico de hanseníase	
Ruim	33(15,2)
Nem ruim, nem boa	54(24,9)
Boa	130(59,9)
Quanto tempo levou para o diagnóstico	
≤ 3 meses	159(73,3)
3-6 meses	25(11,5)
>6 meses	33(15,2)
Teve que procurar o serviço por causa da hanseníase após concluir tratamento	
Não	157(72,4)
Sim	60(27,6)
Se foi discriminado no serviço de saúde	
Não	203(93,5)
Sim (Hanseníase)	3(1,4)
Sim (Outro Motivo)	11(5,1)
Ter tido (ou estar com) hanseníase foi um dos fatores para a mudança de domicílio?	
Não	216(99,5)
Sim	1(0,5)

Fonte: pesquisa direta.

A maior parte dos pacientes teve alta por cura (95,9%), foi classificada como paucibacilar (57,6%), com predominância da forma indeterminada (41,9%), utilizou um único esquema de PQT (74,2%), teve duração do tratamento menor que 1 ano (56,7%), foi submetida a duas ANS durante o tratamento (40,6%), não apresentou episódios reacionais (62,2%), tinha hipertensão arterial (46,2%), ausência de incapacidade física causada pela hanseníase (92,2%) e não apresentava limitação da atividade (89,4%) (Tabela 3).

Tabela 3- Características clínicas de pessoas acometidas por hanseníase, Florianópolis, 2016 (n=217)

	n(%)
Momento em que se encontra agora	
Em tratamento com PQT, regular	06(2,8)
Teve alta por cura	208(95,9)
Classificação operacional	
Paucibacilar	125(57,6)
Multibacilar	92(42,4)
Forma clínica	
Indeterminada	91(41,9)
Tuberculoide	34(15,7)
Dimorfa	60(27,6)
Virchowiana	24(11,1)
Não definida	08(3,7)
Mais de 1 PQT	
Não	161(74,2)
Sim	56(25,8)
Duração da PQT	
<12 meses	123(56,7)
≥12 meses	94(43,3)
Quantas ANS durante o tratamento	
Uma vez	72(33,2)
Duas vezes	88(40,6)
Três ou mais vezes	57(26,3)
Reação hansênica	
Nunca teve episódio reacional	135(62,2)
Sim	54(24,9)
Doenças autorreferidas	
Hipertensão	56(46,20)
Diabetes mellitus	25(20,66)
Depressão	25(20,66)
Outras comorbidades	70(57,85)
Incapacidade física causada pela hanseníase	
Não	200(92,2)
Sim	17(7,8)
Caracterização do GIF	
Grau 0	53(24,4)
Grau 1	126(58,1)
Grau 2	38(17,5)
Incapacidade limita	
Não	194(89,4)
Sim	23(10,6)

Fonte: pesquisa direta.

Dentre os domínios do SRQ-20, verificou-se que no humor depressivo- ansioso predominaram sentir-se nervoso, tenso ou preocupado (61,3 %) e sentir-se triste ultimamente (42,9%); para o domínio sintomas somáticos, o mais frequente foi dormir mal (41,0 %); no domínio decréscimo de energia vital, ficar cansado com facilidade (39,6%); e entre os pensamentos depressivos, o sintomacom maior ocorrência foi ter perdido o interesse pelas coisas (25,8%) (Tabela 4).

Tabela 4- Distribuição dos sintomas por domínio do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em pessoas acometidas por hanseníase, Florianópolis-2015(n=217)

SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ-20)	Sim	Não
	n(%)	n(%)
Humor depressivo-ansioso		
Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?	133(61,3)	84(38,7)
Assusta-se com facilidade?	83(38,2)	134(61,8)
Sente-se triste ultimamente?	93(42,9)	124(57,1)
Você chora mais do que de costume?	41(18,9)	176(81,1)
Sintomas somáticos		
Tem dores de cabeça frequentemente?	77(35,5)	140(64,5)
Você dorme mal?	89(41,0)	128(59,0)
Você sente desconforto estomacal?	73(33,6)	144(66,4)
Você tem má digestão?	51(23,5)	166(76,5)
Você tem falta de apetite?	61(28,1)	156(71,9)
Tem tremores nas mãos?	59(27,2)	158(72,8)
Decréscimo de energia vital		
Você cansa-se com facilidade?	86(39,6)	131(60,4)
Tem dificuldade em tomar decisão?	69(31,8)	148(68,2)
Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas?	47(21,7)	170(78,3)
O seu trabalho traz sofrimento?	30(13,8)	187(86,2)
Sente-se cansado todo o tempo?	41(18,9)	176(81,1)
Tem dificuldade de pensar claramente?	52(24,0)	165(76,0)
Pensamentos depressivos		
Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida?	35(16,1)	182(83,9)
Tem perdido o interesse pelas coisas?	56(25,8)	161(74,2)
Tem pensado em dar fim à sua vida?	12(5,5)	205(94,5)
Sente-se inútil em sua vida?	27(12,4)	190(87,6)

Fonte: pesquisa direta.

De acordo com a Tabela 5, o TMC ocorreu em 36,4% da amostra, com média de 5,6 e IC 95% (4,9-6,2); a limitação de atividade em 46,1%, média 27,9 e IC 95% (26,4-29,4); e a restrição à participação social em 18,4%, média 8,4 e IC 95% (6,6-10,1).

Tabela 5- Transtorno mental comum (SQR-20), restrição à participação social e limitação de atividade em pessoas acometidas por hanseníase, Florianó-PI, 2016 (n=217)

	(%)	Média	Dp	IC95%
SRQ-20				
Sem transtorno comum	138(63,6)	5,6	4,5	4,9-6,2
Com transtorno comum	79(36,4)			
Classificação Salsa				
Sem limitação	117(53,9)	27,9	11,2	26,4-29,4
Com limitação	100(46,1)			
Participação social				
Nenhuma restrição significativa	177(81,6)	8,4	13,0	6,6-10,1
Com restrição	40(18,4)			

Fonte: pesquisa direta.

Na Tabela 6, observa-se que nessa amostra do estudo o TMC (SQR-20) não foi estatisticamente associado ao GIF, à limitação da atividade, nem à restrição à participação social ($p>0,05$).

Tabela 6- Associação entre o TMC (SRQ-20) e a classificação do GIF, classificação Salsa e restrição à Participação Social de pessoas acometidas por hanseníase, Florianó-PI (n=217)

	Classificação SRQ-20		P-valor
	Sem transtorno mental comum	Com transtorno mental comum	
	n(%)	n(%)	
Caracterização do GIF			
Grau 0	35(16,1)	18(8,3)	0,912
Grau 1	79(36,4)	47(21,7)	
Grau 2	24(11,1)	14(6,5)	
Classificação Salsa			
Sem limitação	72(33,2)	45(20,7)	0,496
Com limitação	66(30,4)	34(15,7)	
Restrição à participação social			
Nenhuma restrição	112(51,6)		0,838
Significativa		65(30,0)	
Com restrição	26(12,0)	14(6,5)	

Fonte: pesquisa direta.¹Teste exato de Fisher

Ao testar-se a associação do TMC, por meio do SQR-20 e da Participação social com os dados sociodemográficos da amostra do estudo, verificou-se que apenas a variável sexo mostrou-se estatisticamente associada ao TMC ($p=0,041$) e nenhuma delas foi associada à participação social (Tabela 7).

Tabela 7- Associação entre o TMC (SQR-20) e restrição à Participação Social com as características sociodemográficas de pessoas acometidas por hanseníase, Florianópolis (n=217)

Variáveis	SRQ-20		P-valor	Participação Social		P-valor
	Sem transtorno n(%)	Com transtorno n(%)		Sem restrição n(%)	Com restrição n(%)	
Sexo			0,041			0,240
Masculino	74(34,1)	31(14,3)		89(41,0)	16(7,4)	
Feminino	64(29,5)	48(22,1)		88(40,6)	24(11,1)	
Etnia/Raça			0,096			0,637
Branca	11(5,1)	8(3,7)		17(7,8)	2(0,9)	
Parda	82(37,8)	56(25,6)		112(51,6)	26(12,0)	
Negra	45(20,7)	15(6,9)		48(22,1)	12(5,5)	
Faixa Etária(anos)			0,272			0,218
15-19	12(5,5)	3(1,4)		10(4,6)	5(2,3)	
20-59	84(38,7)	55(25,3)		117(53,9)	22(10,1)	
≥60	42(19,4)	21(9,7)		50(23,0)	13(6,0)	
Anos de estudo			0,229			0,938
≤ 4	64(29,5)	28(12,9)		75(34,6)	17(7,8)	
5-9	38(17,5)	23(10,6)		49(22,6)	12(5,5)	
> 9	36(16,6)	28(12,9)		53(24,4)	11(5,1)	
Estado conjugal			0,596			0,795
Solteiro	44(20,3)	22(10,1)		54(24,9)	12(5,5)	
Casado/União estável	67(30,9)	44(20,3)		89(41,0)	22(10,1)	
Separado	27(12,4)	13(6,0)		34(15,7)	6(2,8)	
Atividade religiosa			0,094			0,570
Não	25(11,5)	22(10,1)		37(17,1)	10(4,6)	
Sim	113(52,1)	57(26,3)		140(64,5)	30(13,8)	
Situação de trabalho			0,170			0,056
Não trabalha	93(42,9)	50(23,0)		116(53,5)	27(12,4)	
Trabalha	36(16,6)	24(11,1)		51(23,5)	9(4,1)	
Aposentado	4(1,8)	3(1,4)		5(2,3)	2(0,9)	
Dona de casa	5(2,3)	2(0,9)		5(2,3)	2(0,9)	
Mudou ocupação por conta da hanseníase			0,339			0,354
Não	124(57,1)	74(34,1)		163(75,1)	35(16,1)	
Sim	14(6,5)	5(2,3)		14(6,5)	5(2,3)	
Tem acesso ao benefício Bolsa Família			0,578			0,067
Não	91(41,9)	55(25,3)		124(57,1)	22(10,1)	
Sim	47(21,7)	24(11,1)		53(24,4)	18(8,3)	
Renda familiar			0,856			0,695
≤ 800	93(42,9)	50(23,0)		116(53,5)	27(12,4)	
801-1600	36(16,6)	24(11,1)		51(23,5)	9(4,1)	
1601-2400	4(1,8)	3(1,4)		5(2,3)	2(0,9)	
>2400	5(2,3)	2(0,9)		5(2,3)	2(0,9)	
Tipo de moradia			0,55			0,859
Casa própria	121(55,8)	67(30,9)		153(70,5)	35(16,1)	
Alugada	17(7,8)	12(5,5)		24(11,1)	5(2,3)	

Fonte: pesquisa direta.¹Teste exato de Fisher

Na Tabela 8, percebe-se evidência estatística de associação entre a caracterização do GIF com atividade religiosa ($p=0,011$) e mudança de ocupação por conta da hanseníase ($P\text{-valor}=0,048$). A classificação da Escala Salsa apresentou

associação estatisticamente significativa com mudança de ocupação por conta da hanseníase ($p=0,041$).

Tabela 8- Associação entre Classificação do GIF e SALSA com as características sociodemográficas de pessoas acometidas por hanseníase, Floriano-PI (n=217)

Variáveis sociodemográficas	Classificação do GIF			P-valor	Classificação Salsa		P-valor
	Grau 0	Grau 1	Grau 2		Sem limitação	Com limitação	
	n(%)	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	
Sexo				0,691			0,867
Masculino	28(12,9)	58(26,7)	19(8,8)		56(25,8)	49(22,6)	
Feminino	25(11,5)	68(31,3)	19(8,8)		61(28,1)	51(23,5)	
Etnia/Raça				0,965			0,902
Branca	4(1,8)	11(5,1)	4(1,8)		11(5,1)	8(3,7)	
Parda	33(15,2)	82(37,8)	23(10,6)		73(33,6)	65(30,0)	
Negra	16(7,4)	33(15,2)	11(5,1)		33(15,2)	27(12,4)	
Faixa etária(anos)				0,950			0,691
15-19	4(1,8)	9(4,1)	2(9)		9(4,1)	6(2,8)	
20-59	34(15,7)	82(37,8)	23(10,6)		72(33,2)	67(30,9)	
≥60	15(6,9)	35(16,1)	13(6,0)		36(16,6)	27(12,4)	
Anos de estudo				0,695			0,881
≤ 4	21(9,7)	57(26,3)	14(6,5)		48(22,1)	44(20,3)	
5-9	15(6,9)	32(14,7)	14(6,5)		33(15,2)	28(12,9)	
> 9	17(7,8)	37(17,1)	10(4,6)		36(16,6)	28(12,9)	
Estado conjugal				0,399			0,914
Solteiro	15(6,9)	44(20,3)	7(3,2)		37(17,1)	29(13,4)	
Casado/União estável	28(12,9)	61(28,1)	22(10,1)		59(27,2)	52(24,0)	
Separado	10(4,6)	21(9,7)	9(4,1)		21(9,7)	19(8,8)	
Atividade religiosa				0,011			0,439
Não	11(5,1)	21(9,7)	15(6,9)		23(10,6)	24(11,1)	
Sim	42(19,4)	105(48,4)	23(10,6)		94(43,3)	76(35,0)	
Situação de trabalho				0,126			0,514
Não trabalha	11(5,1)	13(6,0)	5(2,3)		18(8,3)	11(5,1)	
Trabalha	29(13,4)	55(25,3)	19(8,8)		55(25,3)	48(22,1)	
Aposentado	8(3,7)	35(16,1)	6(2,8)		28(12,9)	21(9,7)	
Dona de casa	5(2,3)	23(10,6)	8(3,7)		16(7,4)	20(9,2)	
Mudou ocupação por conta da hanseníase				0,048			0,041
Não	48(22,1)	119(54,8)	31(14,3)		111(51,2)	87(40,1)	
Sim	5(2,3)	7(3,2)	7(3,2)		6(2,8)	13(6,0)	
Tem acesso ao Bolsa Família				0,462			0,508
Não	32(14,7)	88(40,6)	26(12,0)		81(37,3)	65(30,0)	
Sim	21(9,7)	38(17,5)	12(5,5)		36(16,6)	35(16,1)	
Renda familiar				0,602			0,940
≤ 800	36(16,6)	85(39,2)	22(10,1)		77(35,5)	66(30,4)	
801-1600	16(7,4)	31(14,3)	13(6,0)		33(15,2)	27(12,4)	
1601-2400	1(0,5)	5(2,3)	1(0,5)		4(1,8)	3(1,4)	
>2400	0(0,0)	5(2,3)	2(0,9)		3(1,4)	4(1,8)	
Tipo de moradia				0,911			0,344
Casa própria	45(20,7)	110(50,7)	33(15,2)		99(45,6)	89(41,0)	
Alugada	8(3,7)	16(7,4)	5(2,3)		18(8,3)	11(5,1)	

Fonte: pesquisa direta.¹Teste exato de Fisher

O TMC foi estatisticamente associado ao tempo para estabelecer diagnóstico ($p=0,034$) e a restrição à participação social apresentou associação com a ajuda prestada por família, amigos ou vizinhos ($p=0,038$), qualidade de vida após o diagnóstico de hanseníase ($p < 0,001$), tratamento após contar sobre a doença ($p=0,029$) e hanseníase como fator de mudança de domicílio ($p=0,035$) (Tabela 9).

Tabela 9-Associação entre o TMC (SQR-20) e restrição à Participação Social com as características do perfil assistencial e apoio social de pessoas acometidas por hanseníase, Floriano-PI (n=217) (Continua)

Perfil assistencial e apoio Social			Participação social			
	Com transtorno	Sem transtorno	Sem limitação		Com limitação	P-Valor
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)		
Frequente visita de profissionais da ESF						
Não	62(28,6)	38(17,5)		81(37,3)	19(8,8)	0,652
Sim	76(35,0)	41(18,9)		96(44,2)	21(9,7)	0,842
Participou de atividades educativas						0,200
Não	125(57,6)	67(30,9)		159(73,3)	33(15,2)	0,190
Sim	13(6,0)	12(5,5)		18(8,3)	7(3,2)	
Participa de algum grupo organizado						0,911
Não	136(62,7)	78(35,9)		174(80,2)	40(18,4)	0,407
Sim	2(0,9)	1(,5)		3(,1)	0(0,0)	
Havia caso anterior ao seu na família						0,599
Não	68(31,3)	36(16,6)		80(36,9)	24(11,1)	0,091
Sim	70(32,3)	43(19,8)		97(44,7)	16(7,4)	
Recebeu apoio de familiares						0,942
Não	25(11,5)	14(6,5)		33(15,2)	6(2,8)	0,588
Sim	113(52,1)	65(30,0)		144(66,4)	34(15,7)	
Recebeu apoio de amigos						0,646
Não	55(25,3)	34(15,7)		73(33,6)	16(7,4)	0,885
Sim	83(38,2)	45(20,7)		104(47,9)	24(11,1)	
Família, amigo ou vizinho lhe presta ajuda						0,984
Não	98(45,2)	56(25,8)		131(60,4)	23(10,6)	0,038
Sim	40(18,4)	23(10,6)		46(21,2)	17(7,8)	
Qualidade de vida após o diagnóstico						0,921
Ruim	20(9,2)	13(6,0)		19(8,8)	14(6,5)	<0,001
Nem ruim, nem boa	35(16,1)	19(8,8)		42(19,4)	12(5,5)	
Bom	83(38,2)	47(21,7)		116(53,5)	14(6,5)	

Fonte: pesquisa direta.¹Teste exato de Fisher

Tabela 9- Associação entre o TMC (SQR-20) e restrição à Participação Social com as características do perfil assistencial e apoio social de pessoas acometidas por hanseníase, Floriano-PI (n=217) (Conclusão)

Perfil assistencial e apoio	SRQ-20		Participação social			
	Com transtorno	Sem transtorno	P-valor	Sem limitação	Com limitação	P-Valor
	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	
Teve que procurar o serviço após concluir tratamento			0,225			0,981
Não	96(44,2)	61(28,1)		128(59,0)	29(13,4)	
Sim	42(19,4)	18(8,3)		49(22,6)	11(5,1)	
Tempo para estabelecer diagnóstico			0,034			0,418
≤ 3 meses	93(42,9)	66(30,4)		132(60,8)	27(12,4)	
3-6 meses	19(8,8)	6(2,8)		18(8,3)	7(3,2)	
>6 meses	26(12,0)	7(3,2)		27(12,4)	6(2,8)	
Foi discriminado no serviço de saúde			0,438			0,799
Não	131(60,4)	72(33,2)		166(76,5)	37(17,1)	
Sim (Hanseníase)	1(,5)	2(,9)		2(,9)	1(,5)	
Sim (Outro motivo)	6(2,8)	5(2,3)		9(4,1)	2(,9)	
Tratamento após contar sobre a doença			0,695			0,029
Não contou	13(6,0)	6(2,8)		16(7,4)	3(1,4)	
Não tratam diferente	118(54,4)	67(30,9)		154(71,0)	31(14,3)	
Sim, tratam diferente	7(3,2)	6(2,8)		7(3,2)	6(2,8)	
Mudou de domicílio devido à doença			0,185			0,035
Não	138(63,6)	78(35,9)		177(81,6)	39(18,0)	
Sim	0(0,0)	1(,5)		0(0,0)	1(,5)	
Mudou de trabalho devido à doença			0,596			0,591
Não se aplica	100(46,1)	52(24,0)		122(56,2)	30(13,8)	
Sim, melhorei minha situação de trabalho	2(0,9)	0(0,0)		2(0,9)	0(0,0)	
Sim, piorei minha situação de Trabalho	9(4,1)	8(3,7)		14(6,5)	3(1,4)	
Não houve mudança na situação de trabalho	24(11,1)	17(7,8)		36(16,6)	5(2,3)	
Não sabe /Não quer responder	3(1,4)	2(,9)		3(1,4)	2(0,9)	

Fonte: pesquisa direta.¹Teste exato de Fisher

A caracterização do GIF apresentou associação estatisticamente significativa com a ajuda prestada por família, amigos ou vizinhos (p=0,023), buscar o serviço de saúde por causa da hanseníase após concluir o tratamento(p=0,003), qualidade de vida após o diagnóstico de hanseníase(p<0,001) e tratamento após contar sobre a doença (p=0,003). Já a classificação Salsa apresentou significância estatística com a ajuda prestada por família, amigos ou vizinhos (p=0,017), qualidade de vida após o

diagnóstico de hanseníase ($p < 0,001$) e se foi discriminado no serviço de saúde ($p < 0,001$) (Tabela 10).

Tabela 10- Associação entre as características do perfil assistencial e apoio social com a classificação do GIF e Salsa de pessoas acometidas por hanseníase, Florianópolis (n=217) (Continua)

Perfil assistencial e apoio social	GIF			Salsa			
	Grau 0	Grau 1	Grau 2		Sem limitação	Com limitação	
	n(%)	n(%)	n(%)	P-valor	n(%)	n(%)	P-valor
Frequente visita de profissionais da ESF				0,688			0,802
Não	22(10,1)	61(28,1)	17(7,8)		53(24,4)	47(21,7)	
Sim	31(14,3)	65(30,0)	21(9,7)		64(29,5)	53(24,4)	
Participou de atividades educativas				0,306			0,528
Não	50(23,0)	109(50,2)	33(15,2)		105(48,4)	87(40,1)	
Sim	3(1,4)	17(7,8)	5(2,3)		12(5,5)	13(6,0)	
Participa de algum grupo organizado				0,544			0,656
Não	53(24,4)	124(57,1)	37(17,1)		115(53,0)	99(45,6)	
Sim	0(,0)	2(,9)	1(,5)		2(,9)	1(0,5)	
Havia caso anterior ao seu na família				0,605			0,77
Não	23(10,6)	64(29,5)	17(7,8)		55(25,3)	49(22,6)	
Sim	30(13,8)	62(28,6)	21(9,7)		62(28,6)	51(23,5)	
Recebeu apoio de familiares				0,698			0,715
Não	8(3,7)	25(11,5)	6(2,8)		20(9,2)	19(8,8)	
Sim	45(20,7)	101(46,5)	32(14,7)		97(44,7)	81(37,3)	
Recebeu apoio de amigos				0,283			0,785
Não	25(11,5)	46(21,2)	18(8,3)		47(21,7)	42(19,4)	
Sim	28(12,9)	80(36,9)	20(9,2)		70(32,3)	58(26,7)	
Família, amigo ou vizinho lhe presta ajuda				0,023			0,017
Não	40(18,4)	94(43,3)	20(9,2)		91(41,9)	63(29,0)	
Sim	13(6,0)	32(14,7)	18(8,3)		26(12,0)	37(17,1)	

Fonte: autor. ¹Teste exato de Fisher

Tabela 10- Associação entre as características do perfil assistencial e apoio social com a classificação do GIF e Salsa de pessoas acometidas por hanseníase, Florianópolis (n=217) (Conclusão)

Perfil assistencial e apoio	GIF			Salsa			
	Grau 0	Grau 1	Grau 2	P-valor	Sem limitação	Com limitação	P-valor
	n(%)	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	
Qualidade de vida após o diagnóstico				<0,001			<0,001
Ruim	4(1,8)	14(6,5)	15(6,9)		8(3,7)	25(11,5)	
Nem ruim, nem boa	11(5,1)	33(15,2)	10(4,6)		23(10,6)	31(14,3)	
Bom	38(17,5)	79(36,4)	13(6,0)		86(39,6)	44(20,3)	
Teve que procurar o serviço após concluir tratamento				0,003			0,308
Não	48(22,1)	84(38,7)	25(11,5)		88(40,6)	69(31,8)	
Sim	5(2,3)	42(19,4)	13(6,0)		29(13,4)	31(14,3)	
Tempo para estabelecer diagnóstico				0,826			0,756
≤ 3 meses	39(18,0)	90(41,5)	30(13,8)		88(40,6)	71(32,7)	
3-6 meses	5(2,3)	17(7,8)	3(1,4)		13(6,0)	12(5,5)	
> 6 meses	9(4,1)	19(8,8)	5(2,3)		16(7,4)	17(7,8)	
Foi discriminado no serviço de saúde				0,716			<0,001
Não	51(23,5)	118(54,4)	34(15,7)		117(53,9)	86(39,6)	
Sim (Hanseníase)	0(0)	2(9)	1(0,5)		0(0,0)	2(0,9)	
Sim (Outro motivo)	2(0,9)	6(2,8)	3(1,4)		0(0,0)	11(5,1)	
Tratamento após contar sobre a doença				0,031			0,057
Não contou	6(2,8)	6(2,8)	7(3,2)		12(5,5)	7(3,2)	
Não tratam diferente	43(19,8)	115(53,0)	27(12,4)		102(47,0)	83(38,2)	
Sim, tratam diferente	4(1,8)	5(2,3)	4(1,8)		3(1,4)	10(4,6)	
Mudou de domicílio devido à doença				0,211			0,354
Não	52(24,0)	126(58,1)	38(17,5)		116(53,5)	100(46,1)	
Sim	1(5)	0(0,0)	0(0,0)		1(5)	1(1,1(5)	
Mudou de trabalho devido à doença				0,051			0,724
Não se aplica	39(18,0)	92(42,4)	21(9,7)		86(39,6)	66(30,4)	
Sim, melhorei minha situação de trabalho	2(9)	0(0)	0(0)		1(0,5)	1(0,5)	
Sim, piorei minha situação de trabalho	1(5)	10(4,6)	6(2,8)		7(3,2)	10(4,6)	
Não houve mudança na situação de trabalho	10(4,6)	22(10,1)	9(4,1)		21(9,7)	20(9,2)	
Não sabe /Não quer Responder	1(0,5)	2(0,9)	2(0,9)		2(0,9)	2(0,9)	

Fonte: autor.¹Teste exato de Fisher

Verifica-se na Tabela 11 que o SQR-20 não foi estatisticamente associado às variáveis do perfil clínico ($p>0,05$). Entretanto, a restrição à participação social apresentou associação estatística com a incapacidade que gera limitação ($p=0,032$).

Tabela 11-Associação entre o TMC (SQR-20) e restrição à Participação Social com o perfil clínico de pessoas acometidas por hanseníase, Floriano-PI (n=217)

(Continua)

Variáveis	SRQ-20		Participação social			
	Com transtorno	Sem transtorno	P-valor	Sem limitação	Com limitação	P-Valor
	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	
Diabetes mellitus			0,84			0,911
Não	121(55,8)	70(32,3)		156(71,9)	35(16,1)	
Sim	17(7,8)	9(4,1)		21(9,7)	5(2,3)	
Depressão			0,691			0,83
Não	123(56,7)	69(31,8)		157(72,4)	35(16,1)	
Sim	15(6,9)	10(4,6)		20(9,2)	5(2,3)	
Hipertensão arterial			0,445			0,672
Não	106(48,8)	57(26,3)		134(61,8)	29(13,4)	
Sim	32(14,7)	22(10,1)		43(19,8)	11(5,1)	
Outras comorbidades			0,922			0,465
Não	90(41,5)	51(23,5)		117(53,9)	24(11,1)	
Sim	48(22,1)	28(12,9)		60(27,6)	16(7,4)	
Classificação operacional			0,667			0,488
Não	81(37,3)	44(20,3)		100(46,1)	25(11,5)	
Sim	57(26,3)	35(16,1)		77(35,5)	15(6,9)	
Forma clínica			0,401			0,964
Indeterminada	60(27,6)	31(14,3)		75(34,6)	16(7,4)	
Tuberculoide	19(8,8)	15(6,9)		27(12,4)	7(3,2)	
Dimorfa	41(18,9)	19(8,8)		50(23,0)	10(4,6)	
Virchowiana	12(5,5)	12(5,5)		19(8,8)	5(2,3)	
Não definida	6(2,8)	2(0,9)			2(0,9)	
Episódios reacionais			0,46			0,869
Não	82(37,8)	53(24,4)		110(50,7)	25(11,5)	
Sim	38(17,5)	16(7,4)		45(20,7)	9(4,1)	
Não sabe	18(8,3)	10(4,6)		22(10,1)	6(2,8)	
Incapacidade			0,787			0,915
Não	62(28,6)	34(15,7)		78(35,9)	18(8,3)	
Sim	76(35,0)	45(20,7)		99(45,6)	22(10,1)	
Incapacidade física de longa duração			0,84			0,084
Não	121(55,8)	70(32,3)		159(73,3)	32(14,7)	
Sim	17(7,8)	9(4,1)		18(8,3)	8(3,7)	
Incapacidade física causada pela hanseníase			0,532			0,062
Não	126(58,1)	74(34,1)		166(76,5)	34(15,7)	
Sim	12(5,5)	5(2,3)		11(5,1)	6(2,8)	
Incapacidade limita			0,864			0,032
Não	123(56,7)	71(32,7)		162(74,7)	32(14,7)	
Sim	15(6,9)	8(3,7)		15(6,9)	8(3,7)	

Fonte: pesquisa direta.¹Teste exato de Fisher

Tabela 11-Associação entre o TMC (SQR-20) e restrição à Participação Social com o perfil clínico de pessoas acometidas por hanseníase, Floriano-PI (n=217)
(Conclusão)

Variáveis	SRQ-20		Participação social			
	Com transtorno	Sem transtorno	P-valor	Sem limitação	Com limitação	P-Valor
	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	
Situação atual			0,543			0,058
Em tratamento regular	4(1,8)	2(0,9)		2(0,9)	2(0,9)	
Teve alta por cura	133(61,3)	75(34,6)		172(79,3)	36(16,6)	
Realizou mais de 1 PQT			0,843			0,786
Não	103(47,5)	58(26,7)		132(60,8)	29(13,4)	
Sim	35(16,1)	21(9,7)		45(20,7)	11(5,1)	
Duração da PQT			0,174			0,908
<12 meses	83(38,2)	40(18,4)		100(46,1)	23(10,6)	
≥12 meses	55(25,3)	39(18,0)		77(35,5)	17(7,8)	
Nº de ANS durante o tratamento			0,475			0,600
1	42(19,4)	30(13,8)		58(26,7)	14(6,5)	
2	57(26,3)	31(14,3)		70(32,3)	18(8,3)	
≥3	39(18,0)	18(8,3)		49(22,6)	8(3,7)	

Fonte: pesquisa direta. ¹Teste exato de Fisher

A classificação do GIF apresentou-se estatisticamente associada com a classificação operacional ($p < 0,001$), forma clínica ($p < 0,001$), incapacidade física de longa duração ($p < 0,001$), incapacidade física causada pela hanseníase ($p < 0,002$), incapacidade que limita ($p < 0,003$) e momento atual do tratamento (Pvalor $< 0,003$). Quanto à classificação Salsa, apresentou associação estatisticamente significativa com a depressão ($p < 0,006$), hipertensão ($p < 0,004$), outras comorbidades ($p < 0,001$), incapacidade física de longa duração ($p < 0,001$), incapacidade física causada pela hanseníase ($p < 0,009$) e incapacidade que limita ($p < 0,005$) (Tabela 12).

Tabela 12-Associação entre a classificação do GIF e da Escala Salsa com o perfil clínico de pessoas acometidas por hanseníase, Floriano-PI (n=217)
(Continua)

Variáveis	Classificação do GIF			Classificação Salsa			
	Grau 0	Grau 1	Grau 2	P-valor	Sem limitação	Com limitação	P-valor
	n(%)	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	
Diabetes mellitus				0,923			0,012
Não	47(21,7)	110(50,7)	34(15,7)		109(50,2)	82(37,8)	
Sim	6(2,8)	16(7,4)	4(1,8)		8(3,7)	18(8,3)	
Depressão				0,644			0,006
Não	45(20,7)	113(52,1)	34(15,7)		110(50,7)	82(37,8)	
Sim	8(3,7)	13(6,0)	4(1,8)		7(3,2)	18(8,3)	

Fonte: pesquisa direta. ¹Teste exato de Fisher

Tabela 12- Associação entre a classificação do GIF e da Escala Salsa com perfil clínico de pessoas acometidas por hanseníase, Floriano-PI (n=217)

Variáveis	Classificação do GIF			Classificação Salsa		(Conclusão)
	Grau 0	Grau 1	Grau 2	Sem limitação	Com limitação	
Hipertensão arterial						0,004
Não	46(21,2)	91(41,9)	26(12,0)			
Sim	7(3,2)	35(16,1)	12(5,5)			
Outras comorbidades						<0,001
Não	39(18,0)	80(36,9)	22(10,1)	91(41,9)	50(23,0)	
Sim	14(6,5)	46(21,2)	16(7,4)	26(12,0)	50(23,0)	
Classificação operacional						<0,001
Não	41(18,9)	70(32,3)	14(6,5)	73(33,6)	52(24,0)	0,123
Sim	12(5,5)	56(25,8)	24(11,1)	44(20,3)	48(22,1)	
Forma clínica						<0,001
Indeterminada	31(14,3)	56(25,8)	4(1,8)	55(25,3)	36(16,6)	0,292
Tuberculoide	10(4,6)	17(7,8)	7(3,2)	20(9,2)	14(6,5)	
Dimorfa	9(4,1)	38(17,5)	13(6,0)	29(13,4)	31(14,3)	
Virchowiana	2(0,9)	12(5,5)	10(4,6)	10(4,6)	14(6,5)	
Não definida	1(0,5)	3(1,4)	4(1,8)	3(1,4)	5(2,3)	
Episódios reacionais						0,652
Não	31(14,3)	78(35,9)	26(12,0)	75(34,6)	60(27,6)	0,677
Sim	16(7,4)	29(13,4)	9(4,1)	29(13,4)	25(11,5)	
Não sabe	6(2,8)	19(8,8)	3(1,4)	13(6,0)	15(6,9)	
Incapacidade						0,349
Não	28(12,9)	52(24,0)	16(7,4)	55(25,3)	41(18,9)	0,374
Sim	25(11,5)	74(34,1)	22(10,1)	62(28,6)	59(27,2)	
Incapacidade física de longa duração						<0,001
Não	53(24,4)	112(51,6)	26(12,0)	111(51,2)	80(36,9)	0,001
Sim	0(0,0)	14(6,5)	12(5,5)	6(2,8)	20(9,2)	
Incapacidade física causada pela hanseníase						<0,002
Não	53(24,4)	118(54,4)	29(13,4)	113(52,1)	87(40,1)	0,009
Sim	0(0,0)	8(3,7)	9(4,1)	4(1,8)	13(6,0)	
Incapacidade que limita						0,003
Não	53(24,4)	115(53,0)	26(12,0)	111(51,2)	83(38,2)	0,005
Sim	0(0,0)	11(5,1)	12(5,5)	6(2,8)	17(7,8)	
Momento atual						0,003
Em tratamento regular	0(0,0)	2(0,9)	4(1,8)	1,(5)	5(2,3)	0,134
Teve alta por cura	53(24,4)	123(56,7)	32(14,7)	115(53,0)	93(42,9)	
Abandono de tratamento	0(0,0)	1(0,5)	2(0,9)	1,(5)	2(0,9)	
Realizou mais de 1 PQT						0,109
Não	45(20,7)	88(40,6)	28(12,9)	45(20,7)	88(40,6)	0,495
Sim	8(3,7)	38(17,5)	10(4,6)	8(3,7)	38(17,5)	
Duração da PQT						0,436
<12 meses	30(13,8)	68(31,3)	25(11,5)	30(13,8)	68(31,3)	0,717
≥12 meses	23(10,6)	58(26,7)	13(6,0)	23(10,6)	58(26,7)	
Nº de ANS durante o tratamento						0,349
Uma	17(7,8)	42(19,4)	13(6,0)	40(18,4)	32(14,7)	0,374
Duas	22(10,1)	54(24,9)	12(5,5)	51(23,5)	37(17,1)	

Fonte: Pesquisa direta.¹Teste exato de Fisher

No que se refere à atividade religiosa e à caracterização do GIF, percebe-se que houve associação significativa com Grau 2 de incapacidade física, configurando fator de proteção. Os pacientes que procuraram o serviço de saúde após concluir o tratamento por causa da hanseníase possuíam 5,4 vezes mais chances de desenvolver Grau 1 de incapacidade física e 3,7 vezes mais chances de desenvolver GIF 2, em relação aos pacientes com o Grau 0.

Já os pacientes que referiram qualidade de vida ruim apresentaram 8 vezes mais chances de desenvolver GIF 2 e aqueles que mencionaram qualidade de vida nem ruim, nem boa apresentaram 3,1 vezes mais chances de desenvolver GIF 2, quando comparados com os que classificam sua qualidade de vida como “boa” e em relação aos pacientes classificados com GIF-0. A forma clínica indeterminada apresentou associação significativa com GIF 2 de incapacidade física, configurando fator de proteção (Tabela 13).

Tabela 13-Regressão logística entre as características do perfil social, assistencial e clínico e o GIF de pessoas acometidas por hanseníase, Floriano- PI (n=217)
(Continua)

Caracterização do GIF	ORa	IC95%	P
Perfil social			
Grau 1 Atividade Religiosa			
Sim	1,342	0,594-3,033	0,479
Não			
Mudou de ocupação por causa da hanseníase			
Sim	0,550	0,146-1,822	0,328
Não			
Grau 2 Atividade Religiosa			
Sim	0,374	0,146-0,961	0,041
Não			
Mudou de ocupação por causa da hanseníase			
Sim	2,478	0,704-8,724	0,158
Não			
Perfil assistencial e de apoio			
Grau 1 Família, amigo ou vizinho lhe presta ajuda			
Sim	0,957	0,441	2,077
Não			
Qualidade de vida após o diagnóstico da hanseníase			
Ruim	1,229	0,361-4,183	0,741
Nem ruim, nem boa	1,751	0,769-3,986	0,182
Boa			

Fonte: pesquisa direta.

Tabela 13-Regressão logística entre as características do perfil assistencial e clínico e o GIF de pessoas acometidas por hanseníase, Floriano-PI (n=217)
(Conclusão)

	ORa	IC95%	P
Procurou o serviço por causa da hanseníase após concluir tratamento			
Sim	5,470	1,942-15,401	0,001
Não			
Família, amigo ou vizinho lhe presta ajuda			
Sim	2,310	2,310-0,884	0,088
Não		8,083-2,172	
Qualidade de vida após o diagnóstico de hanseníase			
Ruim	8,083	2,172-30,083	0,002
Nem ruim, nem boa	3,171	1,057-9,508	0,039
Boa			
Teve que procurar o serviço por causa da hanseníase após concluir o tratamento			
Sim	3,759	1,081-13,073	0,037
Não			
Perfil clínico			
Grau 1 Classificação Operacional			
Paucibacilar	0,718	0,136-3,941	0,718
Multibacilar			
Forma Clínica			
Indeterminada	0,967	0,084-11,167	0,978
Tuberculose	0,655	0,053-8,151	0,742
Dimorfa	0,471	0,032-6,963	0,584
Virchowiana	0,691	0,032-14,964	0,814
Duração do tratamento específico para hanseníase			
6 meses	0,865	0,064-11,685	0,913
12 meses	3,570	0,269-47,451	0,335
18 meses	4,898	0,193-24,598	0,336
24 meses			
Grau 2 Classificação Operacional			
Paucibacilar	1,433	0,166-12,367	0,744
Multibacilar			
Forma clínica			
Indeterminada	0,058	0,004-0,830	0,036
Tuberculoide	0,198	0,014-2,762	0,228
Dimorfa	0,128	0,007-2,393	0,169
Virchowiana	0,457	0,017-12,495	0,643
Não definida			
Duração do tratamento específico para hanseníase			
6 meses	0,593	0,023-15,373	0,753
12 meses	3,485	0,162-75,117	0,426
18 meses	2,799	0,062-126,175	0,597
24 meses			

Fonte: pesquisa direta. Categoria de referência é o Grau 0.

Os pacientes que mudaram de ocupação por conta da hanseníase e que receberam ajuda apresentaram 2,76 e 2,04 vezes mais chances, respectivamente, de desenvolver limitação funcional. Ter uma boa qualidade devida configurou fator de proteção para a limitação funcional. Já pacientes com depressão e hipertensão apresentaram 3,2 e 2 vezes mais chances de desenvolver limitação, respectivamente (Tabela 14).

Tabela 14-Regressão logística entre as características do perfil social, assistencial, clínico e a classificação do questionário SALSA de pessoas acometidas por hanseníase, Floriano-PI(n=217)

Variáveis	Ora	IC95%	P
Perfil social			
Mudou ocupação por conta da hanseníase			
Sim	2,764	1,01-7,569	0,048
Não			
Perfil assistencial e de apoio			
Família, amigo ou vizinho lhe presta ajuda			
Sim	2,049	1,050-3,999	0,036
Não			
Qualidade de vida após o diagnóstico da Hanseníase			
Ruim			
Nem ruim, nem boa	0,487	0,177-1,338	0,163
Boa	0,167	0,067-0,419	0,000
Perfil clínico			
Depressão			
Sim	3,235	1,187-8,819	0,022
Não			
Hipertensão arterial			
Sim	2,158	1,067-4,365	0,032
Não			
Outras comorbidades			
Sim	3,23	1,694-6,159	,000
Não			
Incapacidade física causada pela hanseníase			
Sim	0,241	0,072-0,813	0,232
Não			
Duração do seu tratamento específico para hanseníase (PQT)			
6 meses			0,079
12 meses	0,115	0,011-1,167	0,067
18 meses	0,177	0,017-1,823	0,146
24 meses	0,407	0,029-5,735	0,505

Fonte: pesquisa direta. Valor de referência: classificação Salsa (com limitação).

Ter uma boa qualidade de vida configurou fator de proteção para a restrição à participação social. Os pacientes com incapacidade que limita têm 2,7 vezes mais chances de apresentar restrição à participação social, quando comparados aos que não tinham incapacidades (Tabela 15).

Tabela 15-Regressão logística do perfil assistencial e clínico com o grau de restrição à participação social de pessoas acometidas por hanseníase, Florianó-PI(n=217)

	Ora	IC95%	P
Perfil assistencial e de apoio			
Família, amigo ou vizinho lhe presta ajuda			
Sim	1		
Não	1,880	0,876-4,032	0,105
Qualidade de vida após o diagnóstico da Hanseníase			
Ruim	1		
Nem ruim, nem boa	0,453	0,167-1,229	0,120
Boa	0,191	0,077-0,476	0,000
Tratamento após contar sobre a doença			
Não contou	1		
Não tratam diferente	1,002	0,254-3,956	0,998
Sim, tratam diferente	3,525	0,603-20,601	0,162
Perfil clínico			
Incapacidade que limita			
Sim	2,700	1,057-6,899	0,038
Não	1		

Fonte: pesquisa direta. Valor de referência: caracterização da participação social (com restrição).

Ser do sexo masculino configurou fator de proteção para a ocorrência de TMC, reduzindo as chances em 44,1% (ORa 0,559; IC95% 0,318-0,980). Já os pacientes com tempo de diagnóstico maior que seis meses tiveram 2,6 vezes mais chances de apresentar TMC quando comparados àqueles com diagnóstico menor ou igual a três meses (Ora =2,636; IC95% 1,080-6,433) (Tabela 16).

Tabela 16-Regressão logística do perfil sociodemográfico, assistencial e TMC (SRQ-20) em pessoas acometidas por hanseníase, Florianó-PI (n=217)

	Ora	IC95%	P
Sexo			
Masculino	0,559	0,318-0,980	0,042
Feminino	1		
Tempo para estabelecer diagnóstico			
≤ 3 meses	1		
3- 6 meses	1,173	0,339-4,055	0,102
>6 meses	2,636	1,080-6,433	0,033

Fonte: pesquisa direta.

5. DISCUSSÃO

A hanseníase como doença negligenciada e crônica interfere nos aspectos físicos, sociais e psicológicos das pessoas afetadas, o que torna importante a avaliação dos fatores que podem levar ao TMC.

Este estudo é pioneiro no Brasil a ser realizado com fins de investigar o transtorno mental associado aos casos de hanseníase atendidos na atenção primária à saúde. Os demais estudos brasileiros tiveram como contexto os serviços de referência para o tratamento de hanseníase.

A apresentação da discussão está subdividida em quatro seções. Na primeira, discutem-se os aspectos sociodemográficos, clínicos e de apoio da população do estudo; na segunda, o Grau de Incapacidade Física, Limitação de Atividade e Restrição à Participação Social na Amostra; na terceira seção, a ocorrência de TMC e dimensões humor depressivo-ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos segundo SRQ-20; e na quarta e última seção, fatores associados ao TMC, GIF, Limitação da Atividade e Restrição à Participação.

5.1 Aspectos sociodemográficos, clínicos e de apoio da população do estudo

As mulheres foram prevalentes na amostra, o que diverge de alguns estudos, nos quais os homens aparecem com maior frequência entre os casos diagnosticados com hanseníase, ocasionados por exposição a fatores causais da doença, individuais e diferentes contextos de vida (DE OLIVEIRA, 2020; XIONG et al, 2019, DE LIRA et al, 2019). Outros estudos apontam achados semelhantes, em que as mulheres são predominantes (ARAÚJO et al, 2014; SAVASSI; BOGUTCHI; LIMA, 2014).

Para que o diagnóstico de hanseníase se estabeleça, faz-se necessário acesso aos serviços de saúde e ser do sexo feminino é fator preditor na busca por cuidados de saúde (LEVORATO, et al, 2014). Os homens apresentam maior gravidade entre os casos diagnosticados, sugerindo negligência por procura de atendimento à saúde (JÚNIOR GEROTTO, et al, 2021).

A maioria dos investigados encontra-se em idade economicamente ativa, com trabalho regular, dados que convergem com outros estudos (CUNHA et al, 2019;

SOUZA, et al, 2018). Esses dados são relevantes no cuidado com a doença, o que reforça a necessidade de diagnóstico e tratamento precoce, uma vez que a hanseníase pode desencadear limitações físicas, fadiga e insatisfação para capacidade de trabalho e assim agravar a vulnerabilidade econômica do doente (COSTA, et al, 2012;).

Os pardos apresentaram maior presença no estudo, consoante com dados encontrados em outros estudos no país (COSTA et al, 2019; GOIABEIRA, et al 2018). A raça é um fator que influencia na renda devido a efeitos discriminatórios, ocasionando desigualdades sociais (SOUZA; SALVATO; FRANÇA, 2013), que por sua vez desencadeiam carências sociais cujas influências no risco de adoecer por hanseníase são notórias (SOUSA; MAGALHÃES; LUNA, 2020).

O baixo nível de escolaridade observado entre os participantes deste estudo coadunou com o encontrado em outros estudos (ALVES; LEMOS; PAIVA, 2017; SOUZA et al, 2018). A baixa escolaridade pode interferir no conhecimento da doença, adesão ao tratamento e cuidado nos pós-alta (COSTA et al, 2019).

Quanto à situação conjugal, os dados são semelhantes ao estudo realizado por Costa (2012), que avaliou a qualidade de vida de pacientes com estados reacionais de hanseníase atendidos no Centro de Referência de Belo Horizonte e encontrou melhor qualidade de vida relacionada aos aspectos sociais dos pacientes casados, revelando o papel do apoio familiar no tratamento. Ainda, o fato de ser casado pode influenciar de maneira positiva no cuidado e tratamento da doença devido à possibilidade de apoio e suporte emocional (NASCIMENTO et al, 2021). Por outro lado, a hanseníase pode desencadear prejuízo aos relacionamentos conjugais devido à autopercepção negativa de si mesmo, acarretando isolamento, afastamento, interferindo no cotidiano das relações conjugais, podendo culminar, inclusive, com divórcio (NASCIMENTO, et al, 2019).

A maioria exercia atividade religiosa. Esse fato é primordial no cuidado à saúde, pois pode influenciar no modo como o sujeito internaliza as mudanças na condição de saúde decorrente da doença, a busca pelo conforto e redução do sofrimento mental (DALGALARRONDO, 2007). Estudos evidenciam que fatores relacionados à prática religiosa, como a interação social, mudanças positivas no estilo de vida, formas de condução do estresse e resiliência, favorecem a satisfação pessoal e autoestima,

repercutindo na saúde física e mental (OLIVEIRA; JUNGES, 2012; MONTEIRO et al, 2020).

Com relação à renda, a maior parte apresentou baixo rendimento com valores entre um e dois salários mínimos, sem acesso aos programas sociais de transferência de renda. Considerando que a maioria das pessoas afetadas pela hanseníase vive em condição de pobreza, a integração das ações dos serviços de saúde com acesso aos programas sociais pode contribuir para melhoria das condições de vida da população e por consequência controle da hanseníase (ARAÚJO; LANA, 2020).

Estudo ecológico realizado no estado de Tocantins mostrou redução significativa dos indicadores da hanseníase nos municípios que tinham melhor cobertura pelo Programa Bolsa Família (PBF) (MONTEIRO et al, 2017).

Por outro lado, um dos desafios do PBF no país é atender toda a população elegível, não só pelo aumento da conjuntura econômica desfavorável, mas pela dificuldade de os programas sociais atenderem os menos favorecidos entre os pobres (ROCHA, 2011). Com isso, os baixos níveis de desenvolvimento social ocasionam acesso limitado à alimentação, educação e saneamento, interferindo, inclusive, no modo como os sujeitos entendem a doença e buscam o autocuidado (LOPES; RANGEL, 2014).

A visita dos profissionais da ESF foi frequente na maioria dos casos, o que era esperado, já que o município apresenta cobertura total de ESF (BRASIL, 2018). A presença de um profissional da ESF no domicílio, para realização de visita, pode favorecer a adesão ao tratamento, identificação de problemas relacionados à PQT em tempo hábil, contribuir com a vigilância de contatos e cuidados longitudinal pós-alta.

A visita deve estar embasada em planos de cuidados individualizados, com objetivos claros, sem perder de vista a necessidade da família, sendo que, para isso, fazem-se necessários preparo profissional e planejamento (MENEZES et al, 2017). Entretanto, alguns fatores podem dificultar e comprometer a qualidade do cuidado à pessoa com hanseníase, como o conhecimento insuficiente da doença, o estigma, a falta de linha de cuidado e insegurança dos profissionais para lidar com a doença (SOUSA; SILVA; XAVIER, 2017).

As pessoas incluídas no estudo não participaram de atividades educativas e grupos de autocuidado, dados consoantes com estudo realizado na Zona da Mata Mineira, que constatou a inexistência de orientações aos pacientes acerca do autocuidado e conhecimento da doença (LAURINDO ET AL, 2018).

As atividades educativas voltadas para a hanseníase são essenciais nas ações de controle da doença e devem envolver familiares e comunidade na promoção da detecção precoce, redução do estigma e preconceito que permeiam a doença, mas contribuem especialmente para que a pessoa atingida amplie o conhecimento sobre a doença, os efeitos dos medicamentos, a importância do autocuidado no tratamento e pós-alta (LIMA, et al, 2018).

A enfermagem tem papel fundamental na promoção de saúde por meio da educação, uma vez que participa de todas as etapas do tratamento, devendo prestar um cuidado integral, supervisionado, com informações claras, capazes de entender o sujeito em todas as suas dimensões biológicas, sociais, psicológicas e culturais, para que estes se tornem protagonistas do seu cuidado (PIOVESAN et al, 2016).

A criação de espaços para a troca de experiência entre os pacientes e profissionais configura-se como alternativa para minimizar dúvidas, trabalhar as crenças, sentimentos, como medo, tristeza, preocupação, angústias e compartilhar vivências (SANTANA et al, 2021).

A maioria dos sujeitos apresentava casos anteriores na família. Esse dado já era esperado, visto que a doença ocorre prioritariamente entre os contatos domiciliares, ocasionando uma sobreposição de casos na família (REIS et al, 2019). Associado a isso, o contexto de vulnerabilidade social em que vivem as famílias, com acesso escasso às condições de moradia, alimentação, educação, saneamento básico e serviços de saúde, favorece a cadeia de transmissão e a prevalência oculta da doença (SOUZA, MAGALHÃES, LUNA, et al, 2020).

O apoio de familiares e amigos observado no estudo é relevante no cuidado à pessoa com hanseníase, desde o momento do diagnóstico, que pode ser impactante, como durante todo o tratamento, entretanto alguns fatores podem interferir nesse apoio, como o desconhecimento da doença, estigma e preconceito (CARRIJO, 2014).

As pessoas participantes deste estudo não dispuseram de ajuda financeira,

roupas, comida, remédios, entre outros. Esse fato pode estar relacionado às condições de vulnerabilidade sociais em que se encontram suas famílias, o que reforça a necessidade de políticas públicas capazes de ampliar a rede de apoio às pessoas com hanseníase (CUNHA et al, 2017).

Por outro lado, sentimentos como medo e vergonha de estar doente podem levar muitos pacientes a esconder sua condição. A não aceitação da doença pode ser um fator para sentir-se desamparado ou até mesmo manter-se em isolamento social. A aceitação da enfermidade e o tratamento são aspectos de vidas que não se dissociam das condições de vida das pessoas, da sua identidade e de suas perspectivas quanto ao futuro (SILVA, ALVARENGA, VALE, 2020).

Referente aos dados clínicos, predominou no estudo pacientes em alta por cura, com percentual considerado bom. Em todo o Brasil, no mesmo período de 10 anos, a proporção de cura dos casos novos identificados ficou um pouco acima de 80%. Já entre o período de 2012 e 2019, o país apresentou redução na proporção de cura dos casos novos identificados, passando de 85,9% para 79,4%, mantendo-se no parâmetro regular (BRASIL, 2021).

O indicador de cura do tratamento medicamentoso traduz uma regularidade do acompanhamento do paciente e a quebra da cadeia de transmissão, por outro lado, deve-se ampliar o conceito de cura para além do tratamento medicamentoso, com acompanhamento pós-alta de qualidade para prevenir sequelas e incapacidades (RIBEIRO; SILVA; OLIVEIRA, 2018).

No estudo ocorreu maior frequência de casos paucibacilares e forma indeterminada, dados semelhantes em alguns estudos (GARBELINI et al, 2020; VIEIRA et al, 2014). Já em outros prevaleceu a forma multibacilares (SOUZA, et al, 2019; RIBEIRO, et al, 2021). Considerando que a forma multibacilar é a forma que mantém a cadeia de transmissão da doença, deve-se considerar a possibilidade de reforçar a busca ativa desses casos no município do estudo, considerado hiperendêmico (BRASIL, 2021).

Os casos paucibacilares em sua forma inicial possuem menor probabilidade de transmitir a doença, uma vez que os indivíduos afetados apresentam poucos bacilos, número de lesões diminuídas e risco reduzido de desenvolver neurite (OPROMOLA, 2000).

As neurites demandam uma maior adesão aos serviços terapêuticos com consequente detecção precoce dos casos. Nesse contexto, a atenção primária tem papel primordial no reconhecimento precoce da hanseníase e tratamento oportuno (LASTÓRIA; ABREU, 2012).

Os pacientes utilizaram um único esquema PQT e por uma duração menor que 1 ano. Esse achado está condizente com a forma clínica encontrada no estudo. O tratamento da hanseníase é feito pela combinação de três drogas: dapsona, clofazimina e rifampicina, utilizadas por 6 seis meses para as formas paucibacilares e 12 meses para as multibacilares (PAVÃO; CASEIRO; GAGLIANI, 2018).

Muitos fatores podem dificultar o tratamento da hanseníase, dentre eles, ressaltam-se a fragilidade e credibilidade do paciente no diagnóstico, a compreensão superficial das informações sobre a adesão ao tratamento, a prática do etilismo e efeitos colaterais da medicação. A compreensão desses fatores pelos profissionais de saúde pode favorecer uma assistência humanizada e qualificada, embasada em uma comunicação eficaz, com informações sobre a doença, incluindo a busca das expectativas do paciente quanto ao tratamento, sua eficácia e os riscos da não adesão ao mesmo (LUNA et al, 2010).

Um dos problemas para o controle da hanseníase é o abandono terapêutico, que ocorre nos primeiros meses após o diagnóstico, sendo que pacientes multibacilares têm o dobro de chances de abandonar o tratamento, apresentando relação direta com diagnóstico tardio (IGNOTTI et al, 2001).

É importante mencionar que os pacientes não foram discriminados nos serviços de saúde, sendo esta uma atitude esperada dos profissionais que atendem pacientes crônicos cujo objetivo deve ser ampliar as relações de confiança e fortalecer o vínculo. Esse fato reforça o que determina a política de humanização e acolhimento do SUS (BRASIL, 2004).

Por outro lado, estudo que analisou a experiência de cuidar por enfermeiros em UBS do Rio de Janeiro encontrou a discriminação como um fator que compromete o tratamento e esse sentimento é reforçado pela atitude e comportamento de afastamentos de muitos profissionais na APS (SILVA, PAZ, 2017).

A hanseníase não foi um fator que levou à mudança de domicílio pelos pacientes, fato que pode ser positivo se considerarmos como a doença pode interferir negativamente no cotidiano das pessoas com reflexos de natureza social, econômica

e cultural (SOUZA; MAGALHÃES; LUNA, 2020). Atrelada a isso, a constante ameaça de sofrer preconceito social, abandono e desrespeito torna o paciente vulnerável quanto à exposição ao outro, levando-o a ocultar a doença (AYRES et al, 2012).

5.2 Grau de Incapacidade Física, Limitação de Atividade e Restrição à Participação Social na Amostra

Muitos participantes da pesquisa referiram boa qualidade de vida após o diagnóstico de hanseníase, dados dissonantes de outros encontrados na literatura (SANTOS; BRAGANÇA; SANTOS FILHO, 2020; TORRES et al, 2019). Esse achado pode estar relacionado ao fato de a maioria ter concluído aPQT e não apresentar reações, nem limitação da atividade e nenhuma restrição à participação social. Contudo, a maior parcela dos investigados apresentou alguma incapacidade física, sendo a maior parte de Grau 1.

As incapacidades físicas ocasionadas pela doença afetam de maneira negativa a QV da pessoa com hanseníase, pois interfere na capacidade laboral, atividades de vida diária e relações pessoais, acarretando prejuízos sociais, econômicos e psicológicos (GAUDENCI et al. 2015).

Neste estudo, os pacientes não procuraram o serviço de saúde após concluir o tratamento. Esse fato é preocupante diante de uma doença crônica em que a alta da PQT não determina o fim dos processos imunológicos capazes de desencadear reações e que geram incapacidades, por isso faz-se necessário acompanhamento longitudinal (ARAÚJO, et al, 2018; BARBOSA, et al, 2014).

Estudo que avaliou incapacidades no período pós-alta no Piauí encontrou no primeiro momento pacientes com 54% GIF I e no segundo momento esse grau de incapacidade aumentou para 63,5%, constatando-se uma evolução negativa e reforçando a importância do cuidado integral e humanizado com vistas à prevenção de sequelas mesmo após o fim do tratamento medicamentoso (DOURADO; SANTOS; NOGUEIRA, 2020).

Constitui um desafio a toda equipe multiprofissional o acompanhamento pós-alta e manejo das sequelas residuais, pois os pacientes deixam de comparecer ao serviço de maneira sistemática, seja por serem excluídos do registro ativo, seja por falta de orientação dos profissionais de saúde, sendo necessária a integração dos

serviços que compõem a rede para monitorá-los de modo a prevenir incapacidades (SANTANA et al, 2018).

Cabe destacar que, contrapondo-se à suposição de diagnóstico precoce, prevaleceu no estudo o grau de incapacidade 1 e observou-se percentual muito significativo de grau de incapacidade 2 (17,5%), fator que pode estar relacionado ao diagnóstico tardio ou acompanhamento ineficaz durante o tratamento. Um dos parâmetros utilizados pelo Ministério da Saúde para avaliação da efetividade das ações de detecção precoce é o grau de incapacidade 2 abaixo de 5% (BRASIL,2016).

Os pacientes foram avaliados em dois momentos, no início e final do tratamento. O Ministério da Saúde preconiza como estratégia de prevenção de incapacidade a realização da ANS, que permite avaliação da evolução de lesões nos nervos periféricos e quantificar o grau de perda de sensibilidade dos nervos, devendo ser feita no ato do diagnóstico, no decorrer do tratamento, quando há queixas, no momento da cura, em intervalos de no máximo 1 ano, decorrente do risco de reações, quando do início da eliminação do bacilo com a PQT (BRASIL,2016).

Uma parcela expressiva dos pacientes do estudo apresentou episódios reacionais em algum momento. Esse fato é preocupante, visto que são episódios agudos que provocam dor e desconforto, podem interromper o tratamento, comprometer a autoimagem com aparecimento de manchas, caroços, descamações, interferem nas atividades sociais, desencadeando sofrimento, além de serem responsáveis por gerar as incapacidades físicas (SANTOS, et al,2018).

Os quadros reacionais caracterizados por inflamação aguda, decorrentes de resposta do sistema imunológico do paciente, podem surgir antes, durante ou após o tratamento medicamentoso, sendo que a duração dos surtos depende da quantidade de bacilos iniciais e da forma clínica (SILVA; LOPES; COSTA,2019).

Verificou-se que a incapacidade decorrente da hanseníase foi pouco expressiva. Esse fato decorre porque a incapacidade está relacionada ao rendimento funcional e, no caso do estudo, depende do modo como o sujeito se percebe no seu contexto social e ambiental.

O manejo das incapacidades constitui um desafio. Os pacientes que chegam ao serviço sem sequelas ou aqueles que em algum momento do tratamento, dependendo da resposta imunológica ao bacilo, desenvolvem reação têm mais chances de evitar danos ou incapacidade se bem orientados e monitorados pelos

profissionais de saúde. Assim, a avaliação deve ser minuciosa no diagnóstico, no tratamento e no pós-alta (RODINI et al, 2010).

Em todo o país, a avaliação do grau de incapacidade física no momento do diagnóstico encontra-se em parâmetro regular, com redução de 4,1% do indicador. Quanto ao grau de incapacidade 2, as proporções variaram de 7,2%, em 2010, e 9,9%, em 2019, com incremento de 37,3% no período (BRASIL,2021).

Neste estudo, os participantes apresentaram mais limitação de atividade do que restrição à participação social, corroborando outros estudos realizados no país (NASCIMENTO et al, 2020; SILVA et al,2012). Nem sempre o processo de adoecimento e mesmo a ocorrência de limitação interferem na participação social ou são vistos pelos pacientes como uma condição que afeta as atividades sociais (BEZERRA et al,2015).

Os achados desta pesquisa quanto à limitação da atividade corroboram com o estudo de Cardoso (2018), pois em um panorama geral teve associação significativa com fatores ligados à situação financeira (receber ajuda), assim como situações de saúde relevantes para a mensuração das incapacidades (incapacidade física de longa duração) e qualidade de vida após hanseníase, além das comorbidades (diabetes, hipertensão e depressão).

Monteiro e colaboradores (2014) avaliaram 282 pessoas no período pós-alta em Araguaína e verificaram valores considerados baixos para a restrição à participação social (9,2%) e regulares para a limitação de atividade (29,8%). Entretanto, ocorreu associação estatisticamente significativa da limitação de atividade com idade avançada e com a restrição à participação, interferindo nas atividades de vida diária.

5.3 Ocorrência de TMC e dimensões humor depressivo-ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos do SRQ-20

Uma parcela considerável apresentou sofrimento mental, dados consoantes com outros estudos realizados no Brasil que encontram prevalência em torno de 24,95% a 31,47% e que reforçam a importância das pesquisas nesse campo para saúde pública (LUCCHESI et al,2014; MORAGNO et al,2006). Prevalências ainda mais altas de TMC foram encontradas em estudo realizado em um Hospital Universitário de referência para tratamento de hanseníase em Mato Grosso (70,4%)

(FINOTTI; ANDRADE; SOUZA, 2018) e em estudo que investigou a presença de sintomas depressivos de moderado a grave em pessoas atendidas em centro de referência em Bauru (43,1%) (CORRÊA et al,2014).

A ocorrência de TMC observada neste estudo, com pacientes atendidos na atenção primária, foi relativamente menor que os valores encontrados em hospitais de referência, mesmo em uma realidade hiperendêmica (CUNHA et al,2015; FINOTTI, ANDRADE, SOUSA, 2018). Esses números podem estar relacionados ao fato de normalmente os pacientes atendidos nos hospitais de referência apresentam quadros mais graves da doença.

Verificou-se que o humor depressivo-ansioso predominou com sentimentos como nervosismo, tensão, preocupação e tristeza. Sentimento de tristeza apresenta forte correlação com depressão, podendo ser útil para que os profissionais de saúde identifiquem as pessoas em risco de desenvolver transtornos mentais maiores (TEBEKA et al, 2018).

Por outro lado, esses sentimentos estão relacionados às condições de vulnerabilidade em que se encontram as pessoas com hanseníase, como baixa escolaridade, condições de renda e moradia precárias, que reduzem o acesso a trabalho e saúde, bem como falta de apoio social ou familiar (SANTOS; BRANGANÇA; FILHO, 2020).

Vários fatores relacionados à hanseníase podem desencadear sofrimento como medo, vergonha, o próprio tratamento, preocupação com o corpo, sentimentos presentes no cotidiano que podem levar ao isolamento (SESHADRI et al, 2015).

Segundo Singh (2012), doenças de natureza crônica apresentam forte correlação com distúrbios psicológicos, sendo necessária a atenção dos profissionais para sintomas de tristeza, medo, isolamento, com vistas a um atendimento multiprofissional e tratamento em tempo oportuno, especialmente de depressão e transtorno de ansiedade comum nas pessoas atingidas pela hanseníase.

Não só o adoecimento, mas o processo de tratamento perpassa por determinantes de natureza biológica (imunidade, predisposição genética), social (renda, trabalho, acesso a serviços de saúde), cultural (hábitos) e psíquicos (estresse, depressão), que ampliam o grau de vulnerabilidade da pessoa com hanseníase. Por

isso, fazem-se necessárias a equidade e a integralidade da assistência (LOPES; RANGEL,2014).

Com relação ao domínio sintomas somáticos, o mais frequente foi dormir mal. Estudo que avaliou TMC na cidade de Campinas encontrou que as mulheres com insônia apresentaram 4,07 vezes mais prevalência de TMC quando comparadas àquelas que não referiram esse problema (SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018). Os sintomas somáticos caracterizam-se pela ocorrência de sintomas corporais que não apresentam fundamento patológico, mas geram sofrimento e prejuízo na saúde mental e física do indivíduo (ZORZANELLI, 2011).

Sintomas psicossomáticos, subjetivos, identificados por um conjunto de queixas físicas (dor de cabeça, epigastria, tontura, entre outros) e psicológicas (nervosismo, insônia, irritabilidade), em indivíduos que buscam a assistência médica com frequência, não necessariamente têm relação com depressão. Mas, podem estar associados a TMC, merecendo olhar mais cuidadoso dos profissionais de saúde.

Estudo que avaliou 100 indivíduos em unidade de referência para hanseníase observou que 82% dos pacientes tinham comprometimento na qualidade de vida, 48% apresentavam ansiedade e 35% depressão (SANTOS et al, 2020), sendo fundamental o apoio e suporte ofertados não só pela família, como também por profissionais de saúde.

No que se refere ao domínio decréscimo de energia vital, predominou o sintoma sentir-se cansado com facilidade. Esse domínio é caracterizado por sintomas como cansaço, dificuldades de tomar decisões ou ter satisfação em suas tarefas, dificuldade de pensar e ter sofrimento com atividades laborais (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

Sintoma como cansaço pode estar associado à fisiopatologia da doença, que acarreta fadiga, edema, dormência e formigamentos, e ao tratamento, devendo ser monitorado pela equipe de saúde, uma vez que reduzem a capacidade de trabalho e atividades diárias.

Em relação ao domínio pensamentos depressivos, ter perdido o interesse pelas coisas foi o sintoma predominante. Estudo evidencia que sentimentos como medo e tristeza permeiam o discurso das pessoas que vivem com hanseníase e estão

relacionados a estigma, preconceito, vergonha, mudanças no corpo decorrente do tratamento, o que acarreta não só desânimo, como também a exclusão social (MIRANDA et al, 2020).

5.4 Fatores associados ao TMC, GIF, Limitação da Atividade e Restrição à Participação Social

A etiologia dos transtornos mentais comuns é complexa e envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais. Estudos de bases populacionais têm evidenciado a relação da doença mental com grupos menos privilegiados, como pessoas com doenças crônicas, idosos, mulheres, baixa escolaridade e menor renda (SANTOS, et al; 2019; COELHO, et al, 2009).

Ao se considerar os fatores sociodemográficos, observou-se neste estudo que as mulheres apresentam maior prevalência para TMC quando comparadas aos homens. De acordo com a OMS, o número total de pessoas que vivem com depressão e outros distúrbios mentais comuns é de 322 milhões, visto que, sendo a depressão prevalente em 11,5 milhões de pessoas no mundo, a maioria mulheres, com minoria da população recebendo tratamento adequado (OMS, 2017).

Estudos evidenciam a predominância do TMC em mulheres, o que reforça o contexto da pesquisa e demonstra, ainda, a relação histórica com as questões de gênero, visto que essa prevalência é observada há décadas (ROSENFELD, 1989; LUCCHESI et al, 2014; STEEL et al, 2014).

Por outro lado, as mulheres procuram com maior frequência, em relação aos homens, os serviços de saúde, percebem facilmente o adoecimento e expressam prontamente seus sintomas (PINHEIRO et al, 2002), o que pode auxiliar no diagnóstico diferencial relacionado a transtornos mentais comuns.

Fatores como a baixa escolaridade, o trabalho doméstico, o fato de serem separadas ou viúvas, com doenças crônicas e sofrerem violência podem levar a mulher à maior vulnerabilidade ao TMC, o que demanda cuidado e atenção dos profissionais nos serviços de saúde (SENICATO; AZEVEDO; BARROS, 2018).

A desigualdade de gênero relacionada à desvalorização da mulher no mercado de trabalho, bem como a presença de dupla jornada de trabalho tanto no lar como no emprego, acarreta sobrecarga, baixa autoestima e menor controle sobre o meio e

contexto de vida, podendo levar à fadiga e estresse (LAUDEMIR, 2008). Essa carga de fatores pode acarretar maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de transtornos mentais comuns.

Villela e Monteiro (2005) reforçam o pensamento acima quando afirmam que alguns aspectos do universo feminino são negligenciados, como as demandas relacionadas ao sofrimento pela jornada dupla/tripla, à violência doméstica, à saúde psíquica e à prática da sexualidade pelo prazer, desvinculado do objetivo da reprodução.

Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 mostrou que a prevalência de depressão é significativa entre pessoas com condições crônicas, mulheres que vivem em áreas urbanas e com baixo nível educacional e que 78,8% das pessoas com sintomas depressivos têm acesso desigual ao tratamento, especialmente aqueles com poucos recursos (LOPES et al, 2016).

Outro importante aspecto relaciona-se às manifestações clínicas apresentadas pela hanseníase, que produzem mudanças no corpo ou na percepção da autoimagem, produzindo limitações e dificuldades na vida diária ocasionadas pelo medo, estigma ancorado em velhos significados da doença, o que prejudica a interação social e a saúde emocional (SANTANA et al, 2017).

Govindasamy et al. (2021) estimaram a prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em 220 pessoas com hanseníase na Índia e chegaram a valores de 33% e 19%, respectivamente, com fatores como sexo feminino e deficiência associados à depressão e deficiência, baixo nível de escolaridade e renda associados à ansiedade, o que reforça a importância do cuidado voltado à saúde mental de pessoas com hanseníase.

Ainda, importante fator associado ao TMC refere-se ao tempo para estabelecer o diagnóstico. Estudo reforça a necessidade do diagnóstico de hanseníase ainda na forma não polarizada da doença visando promover quebra da cadeia de transmissão, sendo importante analisar o tempo, que não deve transcorrer por meses ou anos, e o número de serviços e profissionais por que passa o paciente para estabelecer o diagnóstico, podendo acarretar sofrimento, incerteza e estresse (LASTÓRIA et al, 2003).

Estudo que analisou a trajetória por que passa a pessoa para estabelecer o diagnóstico de hanseníase na Zona da Mata Mineira encontrou que 69,6% das pessoas tiveram que procurar o serviço de saúde duas ou mais vezes, 73,9% com tempo de até 6 meses e 65,2% tiveram que passar até o diagnóstico por mais de um profissional (LAURINDO et al, 2018).

Ainda que essencialmente clínico e epidemiológico, o diagnóstico da hanseníase pode ser dificultado pelo longo período de incubação, cerca de 2 a 7 anos para que a doença apresente manifestações dermatoneurológicas, sendo estas muitas vezes silenciosas, o que contribui para a demora ou subdiagnóstico (BRASIL, 2016).

Estudo realizado por Martins e Iriart (2014) em ambulatório de dermatologia, na cidade de Salvador, encontrou demora no diagnóstico dos pacientes, com longos itinerários terapêuticos, relacionados à falta de capacitação profissional, estigma e automedicação, o que contribuiu para agravamento dos sintomas.

No estudo não houve associação significativa entre o TMC com GIF, restrição à participação social e limitação de atividade. O grau 2 de incapacidade pode levar à limitação de atividade e restrição à participação social, gerando sofrimento mental, entretanto poucos estudos abordam essas associações ao TMC. Os estudos apontam que existe associação entre limitação de atividade, restrição à participação social e grau de incapacidade física (NASCIMENTO et al, 2020, GAUDENCI et al, 2015).

Essa ocorrência pode estar associada ao fato de a maioria dos sujeitos ter sido abordada no período de alta por cura e apresentar classificação paucibacilar. Já foi discutido anteriormente que tanto o diagnóstico da hanseníase como o tratamento medicamento geram sofrimento pela incerteza do prognóstico.

Em relação ao grau de incapacidade física no estudo, ocorreu associação com atividade religiosa, mudança de ocupação e comorbidades como hipertensão e depressão. A atividade religiosa pode reduzir as incapacidades decorrentes da doença na medida em que produz efeitos diretos sobre a saúde, melhora a adaptação aos problemas de saúde e o uso de cuidados preventivos de saúde, reduz a participação em atividades de risco, amplia a capacidade para o cuidado com o corpo, a atenção com a saúde e, por conseguinte, a melhoria da saúde mental e a qualidade de vida (BAETZ; TOEWS, 2009).

A atividade religiosa favorece o convívio social, fortalece os vínculos de amizade, possibilita a participação em atividades de lazer, sendo utilizada como

recurso de enfrentamento ou alívio contra os transtornos mentais (SOUSA et al,2017).

Estudos têm demonstrado que as pessoas que usam a crença associada ou não a valores espirituais ou religiosos utilizam o recurso da fé para amenizar o sofrimento e dores, o que as leva ao alívio emocional e enfrentamento da doença, influenciando, inclusive, na resposta ao tratamento (SILVA et al, 2014; KOENIG, 2012). Portanto, faz-se necessário que o profissional de saúde perceba os recursos utilizados pelas pessoas com hanseníase para enfrentar as adversidades decorrentes da doença e da própria condição de vida, o que poderia auxiliar nas respostas ao tratamento.

Nesta pesquisa, a procura pelo serviço de saúde após a conclusão do tratamento apresentou associação com o grau de incapacidade física. Esse achado pode decorrer do fato de as pessoas que procuram serviços de saúde após concluírem tendem a apresentar reação ou sequelas já instaladas, o que reforça a necessidade da longitudinalidade do cuidado prestado pelas equipes de saúde mesmo após a PQT.

Pesquisa que avaliou um total de 443 pacientes com diagnóstico de hanseníase, notificados de 2005 a 2010, no município de Palmas, encontrou que 43,1% apresentavam grau 1 de incapacidade e 28,5% episódios reacionais, fator que torna o paciente mais suscetível a desenvolver incapacidade física decorrente da hanseníase (NEVES et al ,2013), por isso a necessidade de retorno para avaliação pelo serviço de saúde.

Mesmo após a conclusão do tratamento, o paciente pode desenvolver reação hansênica, neurites que pioram as sequelas e, conseqüentemente, o grau de incapacidade física, por isso uma das recomendações técnicas do Ministério da Saúde é que a pessoa seja acompanhada de 2 a 5 anos (BRASIL, 2016).

Quanto à associação entre GIF e qualidade de vida, os estudos têm evidenciado que quanto maior o grau de incapacidade física, maior o comprometimento na qualidade de vida, especialmente nos domínios físicos e psicológicos, devido às incapacidades e sequelas provocadas pela hanseníase (GAUDENCI et al,2015; MARTINS; TORRES; OLIVEIRA, 2008).

A ocorrência de grau 1 ou 2 de incapacidade física reforça a ocorrência de diagnóstico tardio, geralmente relacionado à evolução da doença, fato também

associado à classificação operacional e ao momento do tratamento, uma vez que casos MB, com pessoas que já apresentavam antes do tratamento maior comprometimento do GIF, têm maior probabilidade de piora da incapacidade física, com lesões neurais e pior qualidade de vida (MOSCHIONI et al, 2010; MARTINS et al, 2019).

Por outro lado, a forma indeterminada da doença está relacionada à presença de poucos bacilos. O diagnóstico dessa forma clínica normalmente significa que este foi oportuno, com reduzidas chances de sequelas ou incapacidades, se os pacientes forem acompanhados de maneira adequada durante o tratamento.

Os pacientes que mudaram de ocupação devido à hanseníase e que receberam ajuda apresentaram mais chances de desenvolver limitação de atividade. Se por um lado o fato de receber ajuda configura uma condição de vulnerabilidade individual, provavelmente relacionada às limitações provocadas pela doença, por outro prisma a pessoa que recebe ajuda, seja da família, de vizinhos ou de uma rede de apoio, o que pode desenvolver o sentimento de amparo, pertencimento e configurar proteção para transtornos mentais.

Estudo que analisou a limitação de atividade em pacientes no período pós-alta medicamentosa encontrou que 57,4% dos sujeitos apresentaram algum grau de limitação das atividades com sintomas como dores em membros inferiores, hipoestesia em mãos e pés, deformidades, amplitude das articulações dos membros e tornozelos reduzidas, visão prejudicada e depressão (IKEHARA et al, 2010). Esses achados podem acarretar prejuízos nas atividades laborais e levar à mudança de ocupação.

Uma boa qualidade de vida configurou no estudo fator de proteção para limitação de atividade e restrição à participação social. Considerando o caráter multidimensional do constructo qualidade de vida, a ausência de limitação decorrente da doença pode levar o sujeito a perceber sua qualidade de vida relacionada à saúde como boa.

Pesquisa que analisou a qualidade de vida em pessoas em tratamento de hanseníase encontrou cinco determinantes para uma má qualidade de vida: diagnóstico tardio; forma multibacilar; presença de reação; grau 2 de incapacidade; e

preconceito (LUSTOSA et al, 2011). Todos esses fatores podem promover limitação das atividades dos sujeitos com hanseníase, ocasionando prejuízos físicos e psicológicos.

Em outro estudo realizado em ambulatório de dermatologia, na cidade do Recife, pacientes com 49% de limitação de atividade entre severa ou muito severa e 68% com alguma restrição à participação social apresentaram baixos escores de qualidade de vida (SILVA et al, 2019). Buscar conhecer essas limitações pode contribuir para fortalecimento de ações de prevenção a incapacidades que ampliem a qualidade das ações às pessoas atingidas pela hanseníase.

Em relação às comorbidades associadas, sujeitos com hipertensão, diabetes e outras comorbidades têm mais chances de desenvolver limitação. Aspectos relacionados ao estilo de vida de pessoas com hipertensão já comprometem a qualidade de vida dessas pessoas, podendo influenciar na limitação funcional, entretanto não há evidência na literatura de associação direta entre hipertensão arterial e hanseníase. Porém, o uso de corticoides, nos episódios reacionais na hanseníase, pode causar hipernatremia e contribuir para o aparecimento ou para a potencialização de hipertensão (BRASIL, 2010). Outro fato a se considerar é que comorbidades subjacentes em pacientes com hanseníase, como a hipertensão e diabetes, podem causar neuropatia ou distúrbio vascular, representando maior risco de desenvolvimento de úlceras crônicas de perna (UPPUTURI; SRIKANTAM; MAMIDI, 2020).

Outro achado é que pessoas com depressão apresentaram mais chances de desenvolver limitação decorrente da hanseníase. Esse fato pode estar relacionado à dificuldade de autocuidado, adesão ao tratamento decorrente dos sintomas depressivos que geram tristeza, angústia, inapetência, entre outros (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005).

Pesquisas evidenciam que paciente com doenças clínicas associadas à depressão têm dificuldade de aderir às recomendações em saúde, o que na hanseníase torna-se essencial para evitar incapacidades e limitações (DIMATTEO; LEPPER; CROGHAN et al, 2000).

A maior parte das pessoas não apresentou restrição à participação social neste estudo, dados que são consoantes com outras pesquisas (LOURES; MÁRMORA,

2017; BARBOSA, et al,2008), o que pode ser justificado em grande parte pela ausência de incapacidade da maioria. Por outro lado, aquelas pessoas com incapacidade limitante tiveram mais chances de apresentar restrição à participação social. Estudos evidenciam que as incapacidades físicas relacionadas à gravidade da doença, idade avançada, tratamento multibacilar e vulnerabilidade social produzem restrição à participação social alterando diversos aspectos da vida (NASCIMENTO, et al,2020; CASTRO, et al, 2014).

Pesquisa realizada por Abdela et al (2020) avaliou a participação social de 219 pacientes em tratamento de hanseníase na Etiópia. Os pesquisadores observaram que a maioria, 55,1%, sofria restrição entre severa e extrema, associada à idade avançada, baixo nível educacional e ser solteiro, concluindo que a reabilitação comunitária pode ajudar a reduzir a restrição à participação social.

Segundo Monteiro et al. (2014), as alterações físicas e funcionais decorrentes da doença podem modificar a rotina de realização de atividades realizadas diariamente, mas o estigma e preconceito decorrentes da doença podem restringir a participação social ou mesmo provocar exclusão do meio social.

As incapacidades físicas associadas à presença de sequelas decorrentes da doença interferem de maneira significativa no modo como as pessoas interagem no meio em que vivem e como se cuidam, levando ao isolamento social, sentimentos depressivos, desânimo e falta de interesse pela vida, sendo essencial que os profissionais priorizem o diagnóstico precoce, o tratamento e ações de autocuidado (MARINHO et al, 2014).

5.5 Limitações do estudo

O estudo apresenta limitações relacionadas ao desenho transversal, o que impossibilita estabelecer temporalidade para as associações estudadas. Outra limitação relaciona-se ao instrumento SRQ-20, que por ser um instrumento de rastreio não possibilita estabelecer um diagnóstico definitivo. Ainda podem ser citados os vieses de memória e de informação referentes ao preconceito em tratar de assuntos como hanseníase e TMC. Um ponto alto do estudo foi ter tido uma coleta de dados sem interferência da epidemia de COVID-19 ora vivenciada em âmbito mundial, considerando que foi realizada em momento muito anterior a sua instalação.

6. CONCLUSÃO

As pessoas acometidas por hanseníase que participaram do estudo apresentaram um perfil sociodemográfico caracteristicamente composto por adultos com idade entre 20 e 59 anos, do sexo feminino, pardos, religiosos, casados, que trabalhavam, com baixa renda, sem acesso ao benefício do programa Bolsa Família.

Quanto aos aspectos assistenciais e de apoio, a maioria recebeu frequente visita de profissionais da ESF, não participou de atividades educativas e grupo de autocuidado, apresentava casos anteriores na família, recebeu apoio de familiares e amigos, mas não obteve ajuda material, referiu boa qualidade de vida após o diagnóstico, o tempo de diagnóstico foi menor que três meses, não procurou o serviço de saúde após concluir o tratamento, não foi discriminada no serviço de saúde, nem mudou de domicílio.

Entre as características clínicas, a maioria teve alta por cura, foi classificada como paucibacilar, com predominância da forma indeterminada, utilizou um único esquema de PQT, teve duração do tratamento menor que 1 ano, foi submetida a duas ANS durante o tratamento, não apresentou episódios reacionais, nem incapacidade física causada pela hanseníase, que provocasse limitação, todavia era hipertensa.

O TMC ocorreu em 36,4% das pessoas atingidas por hanseníase e foi associado ao sexo e, ao tempo de diagnóstico da hanseníase superior a seis meses, confirmando a hipótese do estudo de que o TMC estaria associado a aspectos sociodemográficos e clínicos. Quanto às dimensões do TMC, predominou o sintoma sentir-se nervoso, tenso ou preocupado

Apenas uma pequena parcela apresentou restrição à participação social, sendo que um percentual considerável apresentou limitação de atividade e grau ou 2 de incapacidade física. Não foi observada associação estatística significativa entre a ocorrência de TMC e grau de incapacidade física, restrição à participação social e limitação de atividade física, contudo não pode ser descartada a importância clínica desses aspectos.

Exercer atividade religiosa e a forma clínica indeterminada se configuraram como fator de proteção ao grau de incapacidade física 2. Já os pacientes que referiram qualidade de vida ruim/regular e incapacidade física apresentaram mais chances de

desenvolver GIF 2. Os pacientes que procuraram o serviço de saúde após concluir o tratamento apresentaram maiores chances de desenvolver GIF 1.

Ter uma boa qualidade de vida configurou fator de proteção para limitação de atividade e para restrição à participação social. Por outro lado, os pacientes com comorbidades como a hipertensão e depressão, que mudaram de ocupação por conta da hanseníase e receberam ajuda, apresentaram mais chances de desenvolver limitação de atividade, bem como aqueles com incapacidade que limita tiveram mais chances de apresentar restrição à participação social.

Constatou-se que os transtornos mentais comuns afetam especialmente as mulheres e podem ter relação com o momento do diagnóstico, mas não se pode deixar de investigar os vários aspectos associados à doença como GIF e sua incapacidade, participação e limitação que interferem na qualidade de vida dessas pessoas.

Recomenda-se a aplicação do SRQ-20 na atenção primária à saúde, especialmente às pessoas com hanseníase, pois poderá ser útil para rastrear os sintomas relacionados aos transtornos mentais comuns e para diagnóstico precoce de doenças mentais, considerando a carga excessiva que estas impõem aos serviços de saúde e como interferem na qualidade de vida das pessoas.

O conhecimento de sintomas que caracterizam TMC pelos profissionais que atendem a pessoa com hanseníase pode favorecer estratégias e intervenção que fortaleçam os mecanismos de enfrentamento da pessoa não só em relação aos aspectos da doença, mas em relação ao modo como a pessoa vive na comunidade.

Novos estudos são necessários, uma vez que TMC pode ter origem em múltiplos fatores, especialmente considerando os determinantes sociais e os aspectos da hanseníase.

RECOMENDAÇÕES

Recomenda-se a aplicação do SRQ-20 na atenção primária à saúde, especialmente às pessoas com hanseníase, pois poderá ser útil para rastrear os sintomas relacionados aos transtornos mentais comuns e para diagnóstico precoce de doenças mentais, considerando a carga excessiva que estas impõem aos serviços de saúde e como interferem na qualidade de vida das pessoas.

Os profissionais que atendem a pessoa com hanseníase devem buscar

conhecer os sintomas que caracterizam o transtorno mental comum de modo a realizar estratégias que fortaleçam os mecanismos de enfrentamento da pessoa não só em relação aos aspectos da doença, mas em relação ao modo como a pessoa vive na comunidade.

Os profissionais da ESF devem realizar intervenções inseridas em planos de cuidados individuais, baseadas na linha de cuidado para pessoa com hanseníase;

Fomentar espaços de apoio e acolhimento na UBS da ESF com terapias integrativas e complementares para prevenção do transtorno mental comum;

Fortalecer as ações previstas na Estratégia Saúde da Família para enfrentamento da hanseníase;

Novos estudos são necessários, uma vez que transtorno mental comum pode ter origem em múltiplos fatores, especialmente considerando os determinantes sociais e os aspectos da hanseníase.

REFERÊNCIAS

ABDELA, S G et al. Activity limitation and social participation restriction among leprosy patients in BoruMeda hospital, Amhara Region, Ethiopia. **PLoS neglected tropical diseases**, v. 14, n. 9, p. e0008702, 2020. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0008702>> Acesso em: 19 jul. 2020.

ALVES, A.C. R; LEMOS, G.S.; DE PAIVA, P.D. R. Perfil socioeconômico dos pacientes atendidos pelo centro de referência em reabilitação da hanseníase da Zona da Mata mineira. **HU Revista**, v. 43, n. 2, p. 99-104, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2640/pdf> Acesso em: 30 mar 2020.

ALVES, E. D.; FERREIRA, T. L.; FERREIRA, I. N.. Hanseníase avanços e desafios. In: **Hanseníase avanços e desafios**. 2014. p. 492-492. Disponível em: <http://www.morhan.org.br/views/upload/hanseniaeseavancoes.pdf>. Acesso em 05 jul 2021.

American Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais : DSM-5** / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

AQUINO, C. M. F. et al. Peregrinação (Via Crucis) até o diagnóstico da hanseníase. **Rev enferm UERJ**, v. 23, n.2,p.185-90, 2015. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a07.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018.

ARAÚJO, E.S. CIF: uma discussão sobre linearidade no modelo biopsicossocial. **Fisioterapia & Saúde Funcional**, v. 2, n. 1, p. 6-13, 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/fisioterapiaesaudefuncional/article/view/2_0552>. Acesso em: 05 jan. 2019.

ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.36, n.3, p. 373-382, 2003. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v36n3/16339.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2019.

ARAÚJO, T. M. E. et al. **Boletim de vigilância em saúde do município de Floriano: Hanseníase 2016**. Teresina: EDUFPI, 2018.

ARAÚJO, A. E. R.A. et al. Complicações neurais e incapacidades em hanseníase em capital do nordeste brasileiro com alta endemicidade. **Revista Brasileira de epidemiologia**, v. 17, p. 899-910, 2014. Disponível em: [<https://www.scielo.org/article/rbepid/2014.v17n4/899-910/pt/>](https://www.scielo.org/article/rbepid/2014.v17n4/899-910/pt/). Acesso em: 12 abr 2020.

ARAÚJO, K. M.F.A; LANA, F. C. F. Relação da hanseníase com a cobertura da estratégia saúde da família e condições socioeconômicas. **Cienc. enferm.(En línea)**, p. 1-1, 2020. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v26/0717-9553-cienf-26-1.pdf>> Acesso em: 02 fev 2020.

ARAÚJO, Érica Juliana Benício et al. Pós-alta de hanseníase: prevalência de incapacidades físicas e sobreposição de doenças. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 4, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/58080>. Acesso em: 16 jun.2020.

AYRES, J A et al. Repercussões da hanseníase no cotidiano de pacientes: vulnerabilidade e solidariedade. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 56-62, 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/500>> . Acesso em: 25 mar 2020.

BAETZ, M; TOEWS, J. Clinical implications of research on religion, spirituality, and mental health. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 54, n. 5, p. 292- 301, 2009. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674370905400503>>. Acesso em: 14 set. 2020.

BAILEY, F. et al. Neglected tropical diseases and mental health: Progress, partnerships, and integration. **Trends in parasitology**, v.35,n.1, p.23-31,2018. Disponível em: <https://www-sciencedirect.ez17.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S1471492218302393?via%3Dihub>>. Acesso em: 09 ago. 2019.

BARBOSA, J.C. et al. Pós-alta em hanseníase no Ceará: limitação da atividade funcional, consciência de risco e participação social. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, (esp), p. 727-733, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a12v61esp.pdf>>. Acesso em: 02 mar.2019.

BARBOSA, J.C. et al. Atenção pós-alta em hanseníase no Sistema Único de Saúde: aspectos relativos ao acesso na região Nordeste, **Cad. Saúde Colet.**, V. 22, n. 4, p.: 351-8, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n4/1414-462X-cadsc-22-04-00351.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2020.

BECKER T.D. et al. "It's when the trees blossom": explanatory beliefs, stigma, and

mental illness in the context of HIV in Botswana. **Qualitative Health Research**, v.29, n.11, p1566-1580, 2019. Disponível em: <<https://journals-sagepub-com.ez17.periodicos.capes.gov.br/doi/pdf/10.1177/1049732319827523>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

BEZERRA, P. B. et al. Avaliação física e funcional de pacientes com hanseníase. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 9, n. 8, p. 9336-42, 2015. Disponível: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10738/1_1842> Acesso em: 27 abr. 2020.

BLOKDJ. et al. Forecasting the new case detection rate of leprosy in four states of Brazil: a comparison of modelling approaches, **Epidemics**, v.18, p.92-100, 2017. Disponível em: <<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S175543651630072X?token=5B3BB3C4556050FB41172A24F1AC7D3AC9BFBD8FA74988CAE2A2925AFFE61D7E04DC4810188E639F62A48ED61028AAF2>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Exercício de monitoramento da eliminação da hanseníase no Brasil – LEM–2012**. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/exercicio_monitoramento_elimnacao_hansenise_brasil.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.– Brasília : Ministério da Saúde, 2016.** Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/04/diretrizes-eliminacao-hansenise-4fev16-web.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação Epidemiológica da Hanseníase, DATASUS**. Sistema de informação de agravos de notificação, 2000-2018. [Acesso em 2019 jun 20]. Disponível em: <<http://saude.gov.br/saude-de-a-z/hansenise>>. Acesso em: 25 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Estratégia nacional para o enfrentamento da hanseníase-2019-2022**, Brasília: Ministério da Saúde, versão preliminar, 2019. Disponível em: <<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/22/estr--tegia-nacional-de-hansenise-2019-2022-web.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Hanseníase**, Brasília: Ministério da Saúde, n. especial, 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/31/Boletim-hansenise-2020-web.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua**, 2017. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/21206-ibge-mostra-as-cores-da-desigualdade>>. Acesso em: 13 de março de 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico de 2010**. [Online]. 2010 [acesso 03/02/2019]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=220390&search=piauifloriano|infograficos:-informacoes-completas>. Acesso em: 04 de outubro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2018. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de agentes comunitários de saúde, saúde da família e saúde bucal. unidade geográfica: município - Floriano/PI. Competência: Janeiro de 2018a**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 15 de abril de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases** : plano de ação 2011-2015 , Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_integrado_acoes_estrategicas_2011_2015.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, v. 150, n. 112, 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 18 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 03 mar 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, HumanizaSUS: **Boletim Epidemiológico- Hanseníase 2021**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; número especial, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2021/fevereiro/12/boletim_hanseniasse_-25-01.pdf>. Acesso: 05 fev 2021.

CALIXTO, M. F. et al. Functioning and disability in leprosy. **Indian J Lepr**, v.88, n. 3, p. 137-146, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/327653414_Functioning_and_Disability_in_Leprosy/link/5be02c1b4585150b2b9fb2fe/download>. Acesso em: 20 jun. 2019.

CASTRO, S.M.S.; WATANABE, H. A W. Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 16, n. abr.-ju 2009, p. 449-487, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n2/11.pdf> > DOI: 10.1590/s0104-59702009000200010>. Acesso em: 25 jun. 2019.

CASTRO, L E et al. Physical disability and social participation in patients affected by leprosy after discontinuation of multidrug therapy. **Leprosy review**, v. 85, n. 3, p. 208-218, 2014. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25509722/>>. Acesso em: 15 abr. 2020.

CARRIJO, F L; S., M A. Percepções do paciente portador de hanseníase no cotidiano familiar. **Revista EVS-Revista de Ciências Ambientais e Saúde**, v.41, p. 59-71, 2014. Disponível em: <<http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/view/3808/2172>>. Acesso em: 13 de set. 2020.

CORRÊA, B. J. et al. Associação entre sintomas depressivos, trabalho e grau de incapacidade na hanseníase. **Acta Fisiat**, v.21, n.1, 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103817/102288>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

COSTA, M. D. et al. Assessment of quality of life of patients with leprosyreactional states treated in a dermatology reference center. **An. Bras dermatol.**, v. 87, n. 1, p. 26-35, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v87n1/v87n1a03.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2019.

COSTA, A K A N et al. Aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase. **Rev. enferm. UFPE online**, p. 353-362, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236224/31296>>. Acesso em: 15 jul 2020.

CROFT, R. P. et al. A clinical prediction rule for nerve-function impairment in leprosy patients. **The Lancet**, v. 355, n. 9215, p. 1603-1606, 2000. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)02216-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)02216-9/fulltext)>. Acesso em: 12 jul. 2019.

CUNHA, M H C M et al. Fatores de risco em contatos intradomiciliares de pacientes com hanseníase utilizando variáveis clínicas, sociodemográficas e laboratoriais. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 8, n. 2, p. 8-8, 2017. Disponível em: <<http://revista.iec.gov.br/submit/index.php/rpas/article/view/389>>. Acesso em: 15 de mai 2020.

CUNHA, D V et al. Perfil Epidemiológico da Hanseníase no Município de Castanhal-Pará no período de 2014 a 2017. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 15, p. e858-e858, 2019. Disponível em: <<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/858/729>>.

Acesso em: 16 out.2019.

CUNHA, M. A. et al. Application of the SRQ20 and the protocol of psychological assessment in patients with leprosy in a Reference Centre in Brazil. **Lepr. Rev.**, v. 86, n. 3, p. 229-39, 2015. Disponível

em: <<https://www.lepra.org.uk/platforms/lepra/files/lr/Sept15/Lep229-239.pdf>>.

Acesso em: 25 set. 2019.

CURY, M. R.C.O. et al. Análise espacial da incidência de hanseníase e fatores socioeconômicos associados. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p.110-118, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/3087.pdf>>. Acesso em: 03

jun.

2019.

DALGALARRONDO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Archives of Clinical Psychiatry**, v. 34, p. 25-33, 2007. Disponível

em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832007000700005&script=sci_arttext&tlng=pt>

Acesso em: 15 mai 2020.

DIAS, R. C.; PEDRAZZANI, E. S. Public policies in leprosy: contribution in reduction of social exclusion. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n. (esp), p. 753- 756, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a16v61esp.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

DIMATTEO, M.R.; LEPPER H.S.; CROGHAN, T.W. - Depression is a Risk Factor for Noncompliance with Medical Treatment: Meta-Analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. **Arch Intern Med** 160:2101-7,2000. Disponível

em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/485411>.

Acesso em: 14 abr. 2020.

DIXIT, P.; DHIMAN, A. K. Disability due to leprosy: a socio-demographic study in leprosy hospital, Chamba, Himachal Pradesh. **International Journal of Community Medicine And Public Health**, v. 6, n. 2, p. 590- 593, 2019. Disponível

em: <https://www.researchgate.net/publication/330604631_Disability_due_to_leprosy_a_socio-demographic_study_in_Leprosy_Hospital_Chamba_Himachal_Pradesh/link/5c4a8cff458515a4c73ea102/download>. Acesso em: 13 out. 2019.

6 (Suplemento 1):61-73

DOURADO, GOL; SANTOS, K S; NOGUEIRA, L T. Evolução de grau de incapacidade física em pessoas com hanseníase: estudo longitudinal. **Revista Ciência Plural**, v. 6, (suplemento1), p. 61-73, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/21033/13110>.

Acesso em: 22 dez 2020.

DUARTE, M.T.C.; AYRES, J.A.; SIMONETTI, J.P. Perfil socioeconômico e

demográfico de portadores de hanseníase atendidos em consulta de enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 15, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_09.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2019.

DOS SANTOS, PN et al. Detecção da hanseníase e a humanização do cuidado: ações do enfermeiro do programa de saúde da família. **Enfermería Global**, v. 11, n. 1, 2012. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.1.134381/12825_1>. Acesso em: 14 jan. 2019.

EATON J. Saúde mental, estigma e doenças tropicais negligenciadas | **Rede de Inovação em Saúde Mental**; 2017. [citado em 20 fev 2020]. Disponível em: <<https://www.mhinnovation.net/blog/2017/may/24/mental-health-stigma-and-neglected-tropical-diseases>>. Acesso em: 25 fev. 2019.

FARIAS, N; BUCHALLA, C M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev bras epidemiol**, v. 8, n.2, p. 187-193, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf>>. Acesso em: 11 mai. 2019.

Federação das Indústrias do Rio de Janeiro – FIRJAN. **Índice FIRJAN de desenvolvimento municipal [online]**. Rio de Janeiro: FIRJAN; 2018 . Disponível em: <<http://www.firjan.org.br/ifdm/>> Acesso em: 30 jun. 2019.

FERREIRA, N. M. A. et al. Tempo para o diagnóstico da hanseníase e sua relação com fatores sociodemográficos e clínicos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 19, p 1-19, 2020. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5396>>. Acesso em: 02 dez 2020.

FINOTTI, RFC; ANDRADE, A C S; SOUZA, D PO . Transtornos mentais comuns e fatores associados entre pessoas com hanseníase: análise transversal em Cuiabá, 2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2019279, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/ress/2020.v29n4/e2019279/pt/>>. Acesso em: 14 nov. 2020.

FONSECA, C.; FLEISCHER, S.; RUI, T. The Ubiquity of Chronic Illness. **Medical anthropology**, v. 35, n. 6, p. 588-596, 2016. Disponível em: <<https://www.tandfonline.ez17.periodicos.capes.gov.br/doi/pdf/10.1080/01459740.2016.1194411?needAccess=true>>. Acesso em: 10 out. 2019.

GARCIA, J R L. Entre a "loucura" e a hanseníase: interfaces históricas das práticas e políticas instituídas. **Hansen Int**, v. 26, n. 1, p. 14-22, 2001. Disponível em: <http://www.iisl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10601>. Acesso em: 05 abr. 2019.

GAUDENCI, E.M et al. Qualidade de vida, sintomas depressivos e incapacidade física de pacientes com hanseníase. **Hansen Int**, v. 40, n. 2, p. 48-58, 2015. Disponível em: <http://www.iisl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=12363>. Acesso em: 22 jan. 2019.

GOFFMAN E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 4º edição, 1988.

GOIABEIRA, Y N L A et al. Perfil Epidemiológico e clínico da hanseníase em capital hiperendêmica. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1507-1513, 2018. Disponível: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234693/29168>. Acesso em: 23 jul 2020.

GONÇALVES D.M. STEIN, A.T, KAPCZINSKI F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR, **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.2, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/16.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2019.

GOVINDASAMY, K et al. Burden of depression and anxiety among leprosy affected and associated factors—A cross sectional study from India.. **PLoS Negl Trop Dis**, v. 15, n. 1, pág. e0009030, 2021. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0009030>. Acesso em: 05 fev. 2021.

HARDING, T. W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychological medicine**, v. 10, n. 2, p. 231-241, 1980. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/mental-disorders-in-primary-health-care-a-study-of-their-frequency-and-diagnosis-in-four-developing-countries/9055FD1D796809625BA9315D644C9BBA>>. Acesso em :13 mai.2019.

HOUWELING, T.A.J; et al. Socioeconomic inequalities in neglected tropical diseases: a systematic review. **PLoS Negl Trop Dis**, v. 10, n. 5, p.1-28, 2016. Disponível em: <<http://web-b-eb-scohost.ez17.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=dbd1d04c-537a-4267-a184-04d318f733e4%40pdc-v-sessmgr02>>. Acesso em: 18 jun. 2019.

IKEHARA, E. et al. Escala Salsa e grau de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde: avaliação da limitação de atividades e deficiência na hanseníase. **Acta fisiat** v. 17, n. 4, p. 169-174, 2010. Disponível em: <http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=36>. Acesso em: 19 nov. 2019.

JÚNIOR GEROTTO, L C et al. A evolução da hanseníase no Brasil e suas

implicações como problema de saúde pública. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 1951-1960, 2021.
Disponível em: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/22_758.
Acesso em: 12 fev 2021.

KOENIG, HG. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. **International Scholarly Research Notices**, v. 2012278730, 2012.
Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3671693/>.
Acesso em: 19 ago. 2020.

LANCET, T. Neglected tropical diseases: becoming less neglected. **The Lancet**, v. 383, n.9925, p. 1269, 2014. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2814%2960629-2>. Acesso em: 14 jul. 2019.

LASTÓRIA, J C; MACHARELLI, CA; PUTINATTI, M. S. M. A. Hanseníase: realidade no seu diagnóstico clínico. **Hansen int**, v. 28, n. 1, p. 53-8, 2003. Disponível: <http://hi.ilsl.br/imageBank/254-730-1-PB.pdf>. Acesso em 10 jun 2020.

LIRA, T B et al. Hanseníase no Piauí: uma investigação epidemiológica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 24, p. e499-e499, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/499/470>, Acesso em 15 mar 2020.

LUDERMIR, A B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 451-467, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v18n3/v18n3a05.pdf>. Acesso em; 26 abr.2020.

LAURINDO, C. R. et al. Acesso à orientação quanto ao autocuidado por pessoas diagnosticadas com hanseníase em um município da Zona da Mata Mineira. **HU Revista**. v. 44, n. 3, p. 295-301, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/14130/18763> . Acesso em: 11 jul. 2020.

LEITE, S. C. C; SAMPAIO, C. A; CALDEIRA, A. P. "Como ferrugem em lata velha": o discurso do estigma de pacientes institucionalizados em decorrência da hanseníase. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 25,n.1,p. 121-138, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n1/0103-7331-physis-25-01-00121.pdf>. Acesso em: 16 set. 2019.

LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 1263-1274, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2014.v19n4/1263-1274/pt/>> Acesso em: 02 jan. 2020.

LIMA, M.C.V. et al. Práticas de autocuidado em hanseníase: face, mãos e pés. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 39, 2018. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e20180045.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2019.

LUSTOSA, A.A. et al. O impacto da hanseníase na qualidade de vida relacionada à saúde. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 44, n. 5, p. 621-6, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v44n5/19.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2019.

LOPES, V. A.S; RANGEL, E. M.. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 817-829, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2014.v38n103/817-829/Acesso> em: 03 mai 2020.

LOPES, C S et al. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey–PNS. **International journal for equity in health**, v. 15, n. 1, p. 1-8, 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12939-016-0446-1.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2020.

LOURES, L. F. L.; MÁRMORA, C. H. C. M. Suporte e participação social em indivíduos com hanseníase. **O Mundo da Saúde**, v. 41, n. 2, p. 244-252, 2017. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/suporte_participacao_social.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2019.

LUCHESE R ET AL. Prevalence of common mental disorders in primary health care. *Acta Paul Enferm.* v.27, n.3, p.200-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/hPYgLCWcbcyrWt5jhqXT5z/?lang=en#>. Acesso em: 15 mar. 2019.

MAIA, J.A. et al. Hanseníase: estigmas e preconceitos defrontados pelos internos da Casa de Acolhida Souza Araújo no Município de Rio Branco. **Nursing**. v. 14, n. 166, p. 164-70, 2012.

MARINHO, FD et al. Percepções e sentimentos diante do diagnóstico, preconceito e participação social de pessoas acometidas pela hanseníase. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 46-52, 2014. Disponível em: <[http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-3/IDZ-651-\(21-3\)-jul-Set-2014.pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-21-3/IDZ-651-(21-3)-jul-Set-2014.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2020.

MARTINS, P. V.; CAPONI, S. Hanseníase, exclusão e preconceito: histórias de vida de mulheres em Santa Catarina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, Suplemento 1 p.1047-1054, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/011.pdf>> Acesso em: 22 jan. 2019.

MARTINS, M. et al. Perfil dos pacientes cadastrados com hanseníase no centro clínico universitário em Patos de Minas. **Revista de Medicina**, v. 98, n. 5, p. 304-308, 2019. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/156412/157044>>. Acesso em:

29 mar.2020.

MARTINS, P V; IRIART, J A B. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de hanseníase em Salvador, Bahia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 273-289, 2014. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/article/physis/2014.v24n1/273-289/pt/>>. Acesso em:16 jun 2020.

MARTINS, B D L; TORRES, F N; OLIVEIRA, M L W. Impacto na qualidade devida em pacientes com hanseníase: correlação do Dermatology Life Quality Index com diversas variáveis relacionadas à doença. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 83, n. 1, p. 39-43, 2008. Disponível

em:<<https://www.scielo.br/pdf/abd/v83n1/a05.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2020.

MELLAGI, A. G., MONTEIRO, Y. N. O imaginário religioso de pacientes de hanseníase: um estudo comparativo entre ex-internos dos asilos de São Paulo e atuais portadores de hanseníase. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, v.16, n.2, p.489-504,2009.Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n2/12.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2019.

MENDES, M. F. M.; ROCHA, C. M. F. Avaliação em saúde mental: uma análise de políticas nacionais e internacionais. **Saúde em Redes**. PortoAlegre. v.. 2, n. 4, p. 352-359, 2016.Disponível em:

<<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/163234>>. Acesso em: 28 mar.2019.

MENEZES, N G A et al. Um olhar da enfermagem voltado à importância da visita domiciliar na ESF: Uma revisão de literatura. In **Congresso Internacional de Enfermagem**, 2017, Vol. 1, No. 1, Disponível em:

<[file:///C:/Users/Janeide/Downloads/5589-22094-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Janeide/Downloads/5589-22094-1-PB%20(1).pdf)> Acesso:020mar 2020.

MIRANDA, A V B de et al. Significados atribuídos e sentimentos autorreferidos sobre adoecimento de pessoas que vivem com hanseníase. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 9, n. 3, p. 464-473, 2020.Disponível:

<<http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/585>> .Acessoem: 22 jan 2020.

MOSCHIONI, C et al. Risk factors for physical disability at diagnosis of 19,283 new cases of leprosy. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 1, p. 19-22, 2010. Disponível

em:<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822010000100005>. Acesso em: 29 de set. 2020.

MORAIS, M.D. LS., SEGRI, NJ. Prevalência de transtornos mentais comuns auto-referidos e sua relação com os serviços de saúde em municípios da Baixada Santista-SP. **Boletim do Instituto de Saúde**, vol.13, n.2, p.141-146,

2011.Disponível em:<http://portal.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_v13_2.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2019.

MOREIRA, J.K.P. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **J Bras Psiquiatr**, v. 60, n. 3, p. 221-226,

2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v60n3/12.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

MONTEIRO, L D et al. Pós-alta de hanseníase: limitação de atividade e participação social em área hiperendêmica do Norte do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 91-104, 2014. Disponível

em:<<https://www.scielosp.org/article/rbepid/2014.v17n1/91-104/pt/>>. Acesso em: 16 abr. 2020.

MONTEIRO, L. D. et al. Determinantes sociais da hanseníase em um estado hiperendêmico da região Norte do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p.70,

2017. Disponível em:<<https://www.scielosp.org/article/rsp/2017.v51/70/pt/>> Acesso em: 05 out. 2020.

MONTEIRO, D Det al. Espiritualidade/religiosidade e saúde mental no brasil: uma revisão. **Boletim-Academia Paulista de Psicologia**, v. 40, n. 98, p. 129-139, 2020. Disponível

em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000100014> Acesso em: 4 fev 2021.

MURTO, C. et al. Patterns of migration and risks associated with leprosy among migrants in Maranhão, Brazil. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 7, n. 9, p.1-8, 2013. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3764227/pdf/pntd.0002422.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2019.

NASCIMENTO, D S et al. Limitação de atividade e restrição à participação social em pessoas com hanseníase: análise transversal da magnitude e fatores associados em município hiperendêmico do Piauí, 2001 a

2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2019543, 2020. Disponível em: < <https://www.scielosp.org/article/ress/2020.v29n3/e2019543/>. Acesso em: 15 dez. 2020.

NASCIMENTO, E. S. et al. Auto-percepção da aparência física, das relações conjugais e da atividade sexual de indivíduos com Hanseníase/Self-perception of physical appearance, the marital relationship and sexual activity in Leprosy individuals. **Id on Line Revista Multidisciplinar e de psicologia**, v. 13, n. 48, p. 113-129, 2019.

NASCIMENTO, M S et al. Conhecimento acerca do processo saúde doença entre pacientes portadores de hanseníase e seus familiares: Um estudo observacional, transversal e predominantemente descritivo. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 11648-11663, 2021. Disponível em:

<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/24025/19274>, Acesso

em: 16 de jun.2020.

NASCIMENTO, AK ; ALVES, K A N; SANTOS, A. Aspectos da qualidade de vida de pessoas com hanseníase: uma revisão integrativa. **Revista FG Ciênciav.** 4 n. 1, p.47 -56, 2019:Disponível

em:<http://177.38.182.246/fgciencia/index.php/fgciencia/article/view/167>. Acesso em: 02 mar 2020.

NEVES, T V et al. Perfil de pacientes com incapacidades físicas por hanseníase tratados na cidade de Palmas-Tocantins. **Gestão e Saúde**, v. 4, n.2, p. 2016-2025, 2013. Disponível em:

<https://periodicos.unb.br/index.php/rqs/article/view/239/228>. Acesso em: 14abr.2020.

NICHOLLS, P. G. et al. Risk factors for participation restriction in leprosy and development of a screening tool to identify individuals at risk. **Lepr Rev**, v. 76, n. 4, p. 305-315, 2005. Disponível em:<<https://www.leprosymission.in/wp-content/uploads/2017/12/social-research-3-2005.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2019.

OLIVEIRA, M R; JUNGES, J R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: avião de psicólogos. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 3, p. 469-476, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n3/16.pdf>> Acesso em:13 de abr 2020.

OLIVEIRA, A.E.V.M. et al. Análise epidemiológica da hanseníase por sexo na Paraíba. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e755985778-e755985778, 2020. Disponível em: <<https://www.rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5778>>. Acesso em 10 mar.2020.

ONU, **Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**, 2015, Disponível em:<<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>>. Acesso em: 08 de nov. 2019.

OPROMOLLA, D.V.A. **Noções de Hansenologia**. 1.ed. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima, 2000.

Organização Mundial da Saúde . **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde** 10a ed. São Paulo: Edusp; 2012

PARTICIPATION SCALE USERS: **Manual** ,v.4.6. 2005. Disponível em: <<http://www.leprastichting.nl/assets/infolep/Participation%20Scale%20Users%20Manual%20v.4.6.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2019.

PENNA, M. L. F.; OLIVEIRA, M.L.V.D.R.; PENNA, G. O. The epidemiological behaviour of leprosy in Brazil. **Lepr Rev**, v. 80, n. 3, p. 332, 2009. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/9a4c/4c74cc700f0c1b2aac5ebd87ec0234443611.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2019.

PEREIRA, A. J. et al. Atenção básica de saúde e a assistência em hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, p. 718-726, 2008. Disponível

em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a11v61esp.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2019.

PIAUÍ, Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Atenção às doenças Transmissíveis. Programa Estadual de Controle da Hanseníase. **Informe Epidemiológico**. Teresina, 2019.

PIEXAK, D. R.; CEZAR-VAZ, M. R.; BONOW, C. A. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde: uma análise de conteúdo. **J Res Fundam Care Online**, v. 11, n. 2, p. 363-369, 2019. Disponível em:<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6565/pdf_1>. Acesso em: 18 nov. 2019.

PICADO, A. et al. Access to prompt diagnosis :the missing link in preventing mental health disorders associated with neglected tropical diseases .**PLOS Neglected Tropical Diseases**. v.13, n.10, p. 1-6, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007679>> Acesso em 12 de mai 2020.

PINHEIRO, R S et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14599.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2020.

PIOVESAN, L R et al. Promoção da saúde na perspectiva de enfermeiros de atenção básica. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 3, p. 5816, 2016. Disponível em:<<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5816>>. Acesso em: 16 out 2020.

PROTO, R.S. et al. Qualidade de vida em hanseníase: análise comparativa entre pacientes da região Amazônica com pacientes da região do ABC, São Paulo, Brasil, **An. Bras. Dermatol.** v.85, n. 6, p.939-41, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/abd/v85n6/v85n6a30.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2019.

QUEIROZ, T. A. et al. Perfil clínico e epidemiológico de pacientes em reação hansênica. **Rev Gaúcha de Enferm**, v.36,(spe),p.185-91, 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rge/v36nspe/0102-6933-rgef-36-spe-0185.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2019.

REIS, F. J. J.; GOMES, M. K.; DA CUNHA, A. J. L. A. Avaliação da limitação das atividades diárias e qualidade de vida de pacientes com hanseníase submetidos à cirurgia de neurólise para tratamento das neurites. **Fisioter Pesq**, v. 20, n. 2, p. 184-90, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/fp/v20n2/14.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2019.

REIS, A. S. et al. Sobreposição de casos novos de hanseníase em redes de convívio domiciliar em dois municípios do Norte e Nordeste do Brasil, 2001- 2014. **Cad. Saúde Pública**. v. 35, n. 10, p.1-13, 2019. Disponível em:<<https://www.scielosp.org/article/csp/2019.v35n10/e00014419/>> . Acesso em: 05 jul 2020

ROCHA, A.C.P. et al. O discurso coletivo de ex-hanseniano morador de um antigo leprosário no nordeste do Brasil. **Revista Interface**. Botucatu, v. 15, n.36, p. 213-23, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/a17v1536.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2019.

ROCHA-LEITE, C. I. et al. Mental disorders in leprosy: An underdiagnosed and untreated population. **Journal of psychosomatic research**, v. 76, n. 5, p. 422-25, 2014. Disponível em:<<https://www-sciencedirect.ez17.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0022399914000488?via%3Dihub>>. Acesso em: 25 mai. 2019.

RIBEIRO, M D A; SILVA, J. C. A.; OLIVEIRA, S. B.. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e42, 2018. Disponível em:<<https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e42/>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

RIBEIRO, G. C; LANA, F. C. F. Incapacidades físicas em hanseníase: caracterização, fatores relacionados e evolução. **Cogitar e Enferm**, v. 20, n. 3, p. 495-502, 2015. Disponível em:<<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/41246/26190>>. Acesso em: 27 jun. 2019.

ROCHA, S. V. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana. **Rer Bras Epidemiol**. v. 13, n. 4, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n4/08.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2019.

ROCHA, S. O Programa Bolsa Família , Evolução e efeitos sobre a pobreza , **Economia e Sociedade**, Campinas, v.20 , n1, p. 113-139, 2011. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/ecos/v20n1/v20n1a05.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2020.

ROSENFELD, SARAH. "The Effects of Women's Employment: Personal Control and Sex Differences in Mental Health." **Journal of Health and Social Behavior**, vol. 30, no. 1, 1989, pp. 77–91. Disponível em:<www.jstor.org/stable/2136914>. Acesso em: 25 Fev 2021.

SANTANA, R. S et al. Vivência e sentimentos de pacientes com hanseníase de um centro terapêutico de Teresina-PI. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e53910112058-e53910112058, 2021. Disponível em:<<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12058>>. Acesso em: 10 dez 2020.

SANTANA, E M F et al. Deficiências e incapacidades na hanseníase: do diagnóstico à alta por cura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, a 15, p.1-11, 2018. Disponível em:<<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/50436/26130>>. Acesso em: 28 jul 2020.

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

- SANTANA, L D et al. Significado da doença para mulheres com hanseníase. **Rev. enferm. UFSM**, p. 1-12, 2017. Disponível em: <<file:///C:/Users/USER/Downloads/24824-133369-1-PB.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2020.
- SANTOS, K O B; ARAÚJO, TM; OLIVEIRA, N F. Estrutura fatorial e consistência interna do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) em população urbana. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 214-222, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2009.v25n1/214-222/pt/>. Acesso em: 15 mar. 2020.
- SANTOS, V. D. Pesquisa documental sobre a história da hanseníase no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v.10, (suplemento 1), p.415-26, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10s1/a19v10s1.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2019.
- SANTOS, R S et al. Avaliação da qualidade de vida e frequência de ansiedade e depressão em portadores de hanseníase. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 2932-2943, 2020. Disponível em: [file:///C:/Users/USER/Downloads/8562-22484-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USER/Downloads/8562-22484-1-PB%20(1).pdf). Acesso em: 20 out. 2020.
- SANTOS, G B V et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00236318, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2019.v35n11/e00236318/pt/>>. Acesso em: 25 mar. 2020.
- SANTOS, K.O.B. et al. Avaliação de um instrumento de mensuração de morbidade psíquica: estudo de validação do Self-Reporting (SRQ-20). **Rev Baiana Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. 544-560, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2010/v34n3/a1881.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2019.
- SANTOS, G B V et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00236318, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2019.v35n11/e00236318/pt/> Acesso em : 15 mar 2021.
- SANTOS, R S; BRAGANÇA, G M G; SANTOS FILHO, C A M. Avaliação da qualidade de vida e frequência de ansiedade e depressão em portadores de hanseníase. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 2932-2943, 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/8562/7365>>. Acesso em: 21 dez 2020.
- SAVASSI, L C M; MODENA, C M. Hanseníase e a atenção primária: desafios educacionais e assistenciais na perspectiva de médicos residentes. **Hansen Int**, v. 40, n. 2, p. 2-16, 2015.
- SAVASSI, L. C. M. et al. Quality of life of leprosy sequelae patients living in a former leprosarium under home care: univariate analysis. **Quality of Life Research**, v.23,

n.4, p. 1345-1351, 2014. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2013/12/artigoSavassi1.pdf>>. Acesso em: 05 abr 2020.

SENICATO, C; AZEVEDO, R C S; BARROS, M B A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2543-2554, 2018. Disponível

em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n8/2543-2554/pt/>. Acesso em: 16 mai. 2020.

SESHADRI, D et al. Dehabilitation in the era of elimination and rehabilitation: a study of 100 leprosy patients from a tertiary care hospital in India. **Lepr Rev**, v.86, n. 1, p. 62-74, 2015. Disponível

em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/4d65/bfc951267c9db0291ee50cb25c6f8003ca6d.pdf>>. Acesso em: 17 agt. 2019.

SINGH, G P. Psychosocial aspects of Hansen's disease (leprosy). **Indian Dermatology Online Journal**, v. 3, n. 3, p. 166, 2012. Disponível

em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3505422/>>. Acesso em: 22 set. 2020.

SILVA, RCC et al. Estigma e preconceito: realidade de portadores de hanseníase em unidades prisionais. **J Res Fundam Care Online**, v. 6, n. 2, p.493-506, 2014.

Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750622006.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2020.

SILVA, P.M.F. et al. Avaliação das limitações físicas, aspectos psicossociais e qualidade de vida de pessoas atingidas pela hanseníase. **J Res Fundam Care Online**, v. 11, n. 1, p. 211-215, 2019. Disponível em: <

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6975/pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2019.

SILVA, GRS; ALVARENGA, AVM; VALE, D H A. Estigma: permanência culturada hanseníase. **Revista da Academia de Ciências do Piauí**, v. 1, n. 1, 2020.

Disponível em: <<https://periodicos.ufpi.br/index.php/acipi/article/view/696>>. Acesso em: 14 nov 2020.

SILVA, Raimundo Sérgio de Oliveira et al. Hanseníase no município de Buriticupu, Estado do Maranhão, Brasil: estudo de incapacidades em indivíduos no pós-alta.

Hansenologia Internationalis (Online), v. 37, n. 2, p. 54-60, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/hi/v37n2/v37n2a07.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2020.

SKAPINAKIS, P et al. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. **BMC psychiatry**, v. 13, n. 1, p. 163, 2013. Disponível

em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3686601/>>. Acesso em: 27 jul. 2019.

SMITH, C. S. et al. Multidrug therapy for leprosy: a game changer on the path to elimination. **Lancet Infect Dis**, v. 17, n. 9, p. e293-e297, 2017. Disponível

em: <[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(17\)30418-](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(17)30418-)

[8/fulltext](#)>. Acesso em: 18 out. 2019.

SOTANG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SOUSA, K A et al. Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, e1018, 2017. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1154>>. Acesso em: 23 mar. 2020

SOUZA, E A de et al. Hanseníase e gênero no Brasil: tendências em área endêmica da região Nordeste, 2001–2014. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 20, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/rsp/2018.v52/20/pt/>>. Acesso em: 12 mai 2020.

SOUZA, P. F. L.; SALVATO, M. A.; FRANÇA, J. M. S. **Ser mulher e negro no Brasil ainda leva a menores salários? Uma análise de discriminação para Brasil e regiões: 2001 e 2011**. XLI Encontro Nacional de Economia – ANPEC. Foz do Iguaçu - PR, 2013. Disponível em: [https://www.anpec.org.br/encontro/2013/files_l/i13-
fdf7ed2c0ef980eed5174b846032f924.pdf](https://www.anpec.org.br/encontro/2013/files_l/i13-fdf7ed2c0ef980eed5174b846032f924.pdf)> Acesso em: 22 de jul 2020.

SOUZA, C. D. F.; MAGALHÃES, M. A. F. M.; LUNA, C. F. Hanseníase e carência social: definição de áreas prioritárias em estado endêmico do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200007, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2020.v23/e200007/pt/> Acesso em: 26 de jul 2020.

SOUSA G.S; SILVA, R. L. F.; XAVIER, M. B. Hanseníase e Atenção Primária à Saúde: uma avaliação de estrutura do programa. **Saúde em debate**, v.. 41, N.112, p. 230-242, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41n112/230-242/pt/>>. Acesso em: 16 abr 2020.

SILVA, M C D; PAZ, E P A. Experiências de cuidado dos enfermeiros às pessoas com hanseníase: contribuições da hermenêutica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 435-441, 2017. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-
21002017000400435&script=sci_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002017000400435&script=sci_arttext&tlng=pt). Acesso em: 14 set 2020.

STEEL, Z et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. **International journal of epidemiology**, v. 43, n. 2, p. 476-493, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3997379/>. Acesso em: 26 mai. 2020.

TEBEKA, S et al. A study in the general population about sadness to disentangle the continuum from well-being to depressive disorders. **Journal of affective disorders**, v. 226, p. 66-71, 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032717313162?via%3Dihub>>. Acesso em: 26 abr. 2020.

TEIXEIRA, C. S. S. et al. Aspectos nutricionais de pessoas acometidas por hanseníase, entre 2001 e 2014, em municípios do semiárido brasileiro. **CiêncSaúde Colet**, v. 24, p. 2431-41, 2019. Disponível

em:<<https://www.scielo.org/article/csc/2019.v24n7/2431-2441/pt/>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

TEIXEIRA, M. A. G.; SILVEIRA, V. M. ; FRANÇA, E. R. Características epidemiológicas e clínicas das reações hansênicas em indivíduos paucibacilares e multibacilares, atendidos em dois centros de referência para hanseníase, na Cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. Soc Bras MedTrop**, v. 43, n. 3, p. 287-92, 2010. Disponível

em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n3/15.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

TENG, C T; HUMES, E C; DEMETRIO, F N. Depressão e comorbidades clínicas. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo), v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005. Disponível

em:<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832005000300007&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 mar.2020.

TORRES, D C et al. Comparação da qualidade de vida de indivíduos com e sem hanseníase. **Revista Ceuma Perspectivas**, v. 30, n. 3, p. 64-77, 2019.

<http://www.ceuma.br/portalderevistas/index.php/RCCP/article/view/152/pdf>>. Acesso em: 15 jan 2020.

VAN BRAKEL, W H. et al. The Participation Scale: measuring a key concept in public health. **Disability and rehabilitation**, v. 28, n. 4, p. 193-203, 2006. Disponível

em:<https://www.researchgate.net/profile/W_Van_Brakel/publication/7307464_The_Participation_Scale_Measuring_a_Key_Concept_in_Public_Health/links/546a64380cf20dedafd387d7.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2019.

VAN DER WESTHUIZEN, Claire et al. Sensitivity and specificity of the SRQ-20 and the EPDS in diagnosing major depression ante-and postnatally in a south African birth cohort study. **International Journal of Mental Health and Addiction**, v. 16, n. 1, p. 175-186, 2018.

VILLELA, W; MONTEIRO, S. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. **Gênero e Saúde**, p. 13, 2005. Disponível

em:<http://www.hu.usp.br/wp-content/uploads/sites/748/2020/07/GP_3.pdf#page=13>. Acesso em: 15 abr. 2020.

WESTHUIZEN, C.V.D. et al. Validation of the self reporting questionnaire 20- item (SRQ-20) for use in a low-and middle-income country emergency centre setting. **Int J Ment Health Addiction**, v. 14, n. 1, p. 37-48, 2016. Disponível

em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4779367/pdf/nihms704144.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Mental health action plan 2013-2020. 2013. Disponível

em:<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_en.q.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Depression and other common mental disorders: global health estimates. **World Health Organization**, 2017. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 27 set. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Estratégia global para hanseníase 2016–2020. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]**, 2016. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208824/9789290225201-pt.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION = Organisation mondiale de la Santé. (2020). Weekly Epidemiological Record, 2020, vol. 95, 36 [full issue]. **Weekly Epidemiological Record = Relevé épidémiologique hebdomadaire**, 95 (36), 417 - 440. World Health Organization = Organisation mondiale de la Santé. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334140/WER9536-eng-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.> . Acesso em: 27 de junho de 2021.

XIONG, M. et al. Relationship between psychological health and quality of life of people affected by leprosy in the community in Guangdong province, China: a cross-sectional study. **BMC public health**, v. 19, n. 1, p. 424, 2019. Disponível em: <<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-019-6672-x>>. Acesso em: 12 jan. 2020.

ZORZANELLI, Rafaela Teixeira. Sobre os diagnósticos das doenças sem explicação médica. **Psicologia em estudo**, v. 16, n. 1, p. 25-31, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722011000100004&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 4 abr. 2020.

APÊNDICES



APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO*

Prezado(a) Sr./Sra.,

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

Nesta pesquisa pretendemos reavaliar as pessoas que já tiveram hanseníase e seus familiares e coabitantes (pessoas que moram ou moraram junto e que frequentam o domicílio), com o objetivo de descrever a situação atual de quantas pessoas têm ainda a doença (ou suas sequelas/complicações/reações da hanseníase), Além disso, visando caracterizar melhor a situação de sua vida atual das pessoas que tiveram ou têm hanseníase, serão verificadas as necessidades atuais de atenção pelos serviços de saúde por questões físicas e psicológicas. Para estas pessoas, serão abordados temas como qualidade de vida, condições sociais e econômicas (envolvendo também o domicílio e contatos/coabitantes), estigma (qualquer característica, não necessariamente física ou visível, que não se combina com as expectativas sociais acerca de uma determinada pessoa) e sua participação na sociedade.

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

RISCOS E BENEFÍCIOS:

- Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc.
- Nesse estudo, NÃO haverá coleta de sangue, fezes, urina, pele ou qualquer material biológico por meio de procedimentos invasivos que gerem riscos diretos ao participante. Caso você concorde em participar desta pesquisa você não estará sujeito a nenhum risco. Você não receberá nenhum pagamento por participar deste estudo. Os instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco (5) anos, e após esse tempo serão destruídos.

Endereço do responsável pela pesquisa

Instituição: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí

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

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

Telefones para contato: (86)3237-1683

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

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí **Endereço:** Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Bairro Ininga. Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ. CEP: 64.049-550 – Teresina – PI. **Telefone para contato:** (86) 3237-2332

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

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Local e data: _____

Nome e Assinatura do participante:

Assinatura do pesquisador responsável:



APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO PARA ADOLESCENTE

Prezado(a) Sr./Sra.,

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

Nesta pesquisa pretendemos reavaliar as pessoas que já tiveram hanseníase e seus familiares e coabitantes (pessoas que moram ou moraram junto e que frequentam o domicílio), com o objetivo de descrever a situação atual de quantas pessoas têm ainda a doença (ou suas sequelas/complicações/reações da hanseníase), Além disso, visando caracterizar melhor a situação de sua vida atual das pessoas que tiveram ou têm hanseníase, serão verificadas as necessidades atuais de atenção pelos serviços de saúde por questões físicas e psicológicas. Para estas pessoas, serão abordados temas como qualidade de vida, condições sociais e econômicas (envolvendo também o domicílio e contatos/coabitantes), estigma (qualquer característica, não necessariamente física ou visível, que não se combina com as expectativas sociais acerca de uma determinada pessoa) e sua participação na sociedade.

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

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

Você não receberá nenhum pagamento por participar deste estudo. Os instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco (5) anos, e após esse tempo serão destruídos.

Endereço do responsável pela pesquisa

Instituição: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí
Pesquisador Responsável: Prof. Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo e demais pesquisadores incluídos no estudo

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

Telefones para contato: (86)3237-1683

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

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Bairro Ininga. Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ. CEP: 64.049-550 – Teresina – PI. **Telefone para contato:** (86) 3237-2332

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

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Local e data: _____

Nome e Assinatura do participante:

Nome e assinatura do responsável legal pelo
adolescente:

Assinatura do pesquisador responsável:

ANEXOS



ANEXO A – PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS SUJEITOS

Nº ID caso referência: _____		
Nº SINAN: _____		
1.	Sexo:	
	1.Masculino	()
	2.Feminino	
2.	Qual a sua raça/cor? [auto referida]	
	1.Branca	()
	2. Parda	
	3.Negra/Preta	
	4.Amarela	
	5.Indígena	
	6.Outra _____	
	7.Não sabe / Não quer responder	
3.	Idade (em anos) _____	
4.	Faixa etária:	
	1.15 a 19 anos	()
	2. 20 a 59 anos	
	3. 60 anos e mais	
4.	Grau de escolaridade	
	1.Analfabeto	()
	2.1º até o 5º ano incompleto	

	3.5º ano completo	
	4.Fundamental completo (9º ano completo)	
	5.Ensino Médio incompleto	
	6.Ensino Médio completo	
	7.Ensino Superior completo	
	8.Ensino Superior incompleto	
	9.Não sabe / Não quer responder	
5.	Situação conjugal	
	1.Solteiro(a) / Nunca foi casado(a)	()
	2.Casado(a) / Unido(a)	
	3.Separado(a) / divorciado(a) / Viúvo(a)	
	4.Outro _____	
6.	Você frequenta alguma atividade religiosa?	
	1.Sim	()
	2.Não	
7.	Qual o contexto geral de trabalho atualmente?	
	1.Não trabalha	()
	2.Trabalho	
	3.Aposentado/ Benefício	
8.	Caso tenha mudado de ocupação, ter tido hanseníase ou estar com hanseníase foi um dos fatores que contribuiu para a mudança da situação de trabalho (comparando antes da doença)?	
	1.Sim	()
	2.Não	
9.	Tem (teve) acesso ao benefício do Bolsa Família?	
	1.Sim	()
	2.Não	

10.	Qual a sua renda mensal média [Em R\$]	
11.	Este domicílio é de que tipo? [autodeclarado]	
	1.Casa própria	()
	2.Casa alugada	
	3.Casa de favor	
	4.Outro _____	
12.	Qual o número de cômodos no seu domicílio, incluindo banheiro(s) e cozinha(s)? _____	
13.	Quantas pessoas residem atualmente no domicílio? _____	
14.	Nos últimos 12 meses, o seu domicílio recebeu uma visita de algum Agente Comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família/Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)?	
	1.Sim	()
	2.Não	
15.	Participou de atividades educativas gerais para hanseníase promovidas pela equipe de saúde da família ou Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)?	
	1.Sim	()
	2.Não	
16.	Participa de algum grupo organizado de pessoas acometidas pela hanseníase?	
	1.Sim	()
	2.Não	
17.	Recebeu apoio de familiares após diagnóstico da hanseníase?	
	1.Sim	()
	2.Não	
18.	Recebeu apoio de amigos após diagnóstico da hanseníase?	
	1.Sim	()
	2.Não	

19.	Alguém da família, amigos ou vizinho, que more ou não contigo, lhe presta ajuda?	
	1.Sim	()
	2.Não	
20.	Como você avaliaria sua qualidade de vida após o diagnóstico da hanseníase?	
	1.Ruim	()
	2.Nem ruim, nem boa	
	3.Boa	
21.	Você está satisfeito com atendimento da UBS?	
	1.Sim	()
	2.Não	
22.	Você procurou o serviço de saúde após o encerramento do tratamento medicamentoso?	
	1.Sim	()
	2.Não	



ANEXO B – PERFIL CLÍNICO DOS SUJEITOS

1.	Antes de ter o diagnóstico, já tinha ouvido falar de hanseníase (ou de doença de pele)?	
	1.Sim	()
	2.Não	
2.	Havia caso de hanseníase anterior ao seu na família?	
	1.Sim	()
	2.Não	
3.	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes?	
	1.Sim	()
	2.Não	
4.	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de depressão?	
	1.Sim	()
	2.Não	
5.	Possui hipertensão arterial sistêmica / pressão alta?	
	1.Sim	()
	2.Não	
6.	Possui outras doenças / problemas de saúde / comorbidades?	
	1.Sim. Especificar _____	()
	2.Não	

7.	Apresentou reações hansênicas (episódios reacionais)?	
	1.Sim	()
	2.Não	
8.	Tem alguma incapacidade ou deficiência física de longa duração (de mais de 6 meses de duração) perceptível?	
	1.Sim	()
	2.Não	
9.	Esta incapacidade ou deficiência física de longa duração (de mais de 6 meses de duração) foi causada pela hanseníase?	
	1.Sim	()
	2.Não	
10	Em geral, essa incapacidade limita as suas atividades habituais?	
	1.Não se aplica	()
	2.Não limita	
	3.Limita	
11	Qual a data do SEU diagnóstico da hanseníase? _____	
12	Desde que percebeu/iniciou sintomas (machas/dor/dormência/etc) da hanseníase, quanto tempo levou para procurar atendimento?	
13	Em que momento encontra-se agora?	
	1.Em tratamento com PQT, regular	()
	2.Teve alta por cura	
	3.Abandono de tratamento	

	4.Outro _____	
--	---------------	--

14	Desde que percebeu/iniciou sintomas(machas/dor/dormência/etc), da hanseníase, quanto tempo levou para ter o diagnóstico definitivo?	
15	Realizou mais de 1 esquema de tratamento com PQT?	
	1.Sim	()
	2.Não	
16	Qual foi (é) a duração do seu tratamento específico parahanseníase (PQT)?	
	1.Não realizou tratamento específico	()
	2.Dose única – ROM	
	3.6 meses	
	4.9 meses	
	5.12 meses	
	6.18 meses	
	7.24 meses	
18	Quantas vezes você foi avaliado/examinado (ANS) durante o tratamento?	
	1.Não foi avaliado	()
	2.Uma vez	
	3.Duas vezes	
	4.Três vezes	
	5.Quatro vezes	
19	Já se sentiu discriminado (a) ou tratado (a) pior do que as outras pessoas no serviço de saúde, por algum médico ou outro profissional de saúde por um desses motivos?	

	1.Não	()
	2.Sim, por ter hanseníase	
	3.Sim, outro motivo	
20	Para você, a hanseníase tem cura realmente?	
	1.Sim	()
	2.Não	
21	Quando começou o tratamento, você contou para as pessoas que moravam na sua casa que você tinha hanseníase/a doença de pele?	
	1.Sim	()
	2.Não	
22	Se você contou que tinha hanseníase, você acha que as pessoas lhe tratam(ram) diferente ou da mesma forma como antes?	
	1.Não contou	()
	2.Não tratam diferente	
	3.Sim, tratam diferente	
23	Ter tido (ou estar com) hanseníase foi um dos fatores para a mudança de domicílio?	
	1.Sim	()
	2.Não	
24	Ter tido hanseníase ou estar com hanseníase foi um dos fatores que contribuiu para a mudança da situação de trabalho?	
	1.Sim	()
	2.Não	
25	Caso tenha mudado de ocupação, por quê?	

ANEXO C – EXAME CLÍNICO DOS SUJEITOS- AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

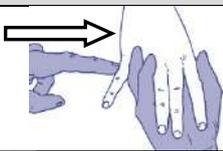
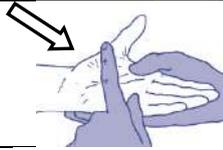
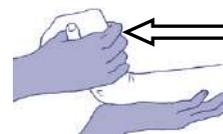
QUESTÃO				
1.	Data de nascimento	____ / ____ / ____		
2.	Sexo	Masculino Feminino	1 2	()
3.	Ocupação atual (referida)	_____		
4.	Qual a classificação operacional?	Paucibacilar Multibacilar Não definida	1 2 9	()
5.	Data de início da poliquimioterapia (PQT)	____ / ____ / ____		
6.	Data de alta da poliquimioterapia (PQT)	____ / ____ / ____		
7.	Qual Forma Clínica?	Indeterminada Tuberculoide Dimorfa Virchowiana Não definida	1 2 3 4 9	()

FACE	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Nariz	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ressecamento (S/N)						
Ferida (S/N)						
Perfuração de septo (S/N)						
Olhos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Fecha olhos s/ força (S/N mm)						
Fecha olhos c/ força (S/N mm)						
Triquíase (S/N) / Ectrópio (S/N)						
Dim. Sensibilidade córnea (S/N)						
Opacidade de córnea (S/N)						
Catarata (S/N)						

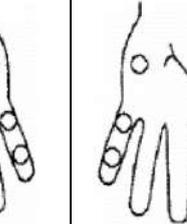
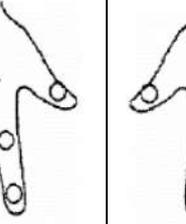
Acuidade visual						
Legenda: S = Sim; N = Não. Se lagoftalmo (fecha olhos sem/com força N, registrar fenda em mm). Para Acuidade visual: S/C = sem correção; C/C = com correção.						

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

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

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

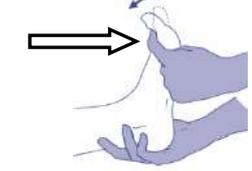
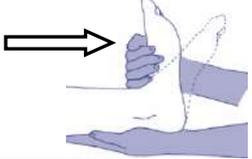
Legenda: Grau de força: 5 = Realiza movimento completo contra gravidade e resistência máxima; 4 = Realiza o movimento completo contra gravidade com resistência parcial; 3 Realiza o movimento completo contra gravidade; 2 = Realiza o movimento parcial contra a gravidade; 1 = Contração muscular sem movimento;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

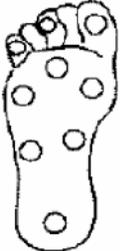
Avaliação sensitiva					
1ª / /		2ª / /		3ª / /	
D	E	D	E	D	E
					
Legenda:			Monofilamentos		
Garra: Garra móvel = M Garra rígida: R		Ferida: 	Reabsorção: 	Seguir códigos padronizados (ver instruções para cores e simbologia)	

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

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

Avaliação de força		1ª / /		2ª / /		3ª / /	
		D	E	D	E	D	E

Elevar o hálux. Extensão do hálux. (N. Fibular)							
Elevar o pé. Dorsiflexão do pé. (N. Fibular)							
Legenda: Graus de força: 5 = Realiza movimento completo contra gravidade e resistência máxima; 4 = Realiza o movimento completo contra gravidade com resistência parcial; 3 Realiza o movimento completo contra gravidade; 2 = Realiza o movimento parcial contra a gravidade; 1 = Contração muscular sem movimento; 0 = Paralisia (nenhum movimento).							

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

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

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

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



SELF-REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ-20) ID caso referência: ____ Nº SINAN ____

INSTRUÇÕES: Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, tenha em mente seus valores, azeres e preocupações, ao respondê-lo.

Nos últimos 30 dias você:

1.	Sente-se nervoso, tenso ou preocupado?	Sim 1 não 0	()
2.	Assusta-se com facilidade?	Sim 1 não 0	()
3.	Sente-se triste ultimamente?	Sim 1 não 0	()
4.	Você chora mais do que de costume?	Sim 1 não 0	()
5.	Tem dores de cabeça frequentemente	Sim 1 não 0	()
6.	Você dorme mal?	Sim 1 não 0	()
7.	Você sente desconforto estomacal?	Sim 1 não 0	()
8.	Você tem má digestão?	Sim 1 não 0	()
9.	Você tem falta de apetite?	Sim 1 não 0	()
10.	Tem tremores nas mãos?	Sim 1 não 0	()
11.	Você cansa-se com facilidade?	Sim 1 não 0	()
12.	Tem dificuldade em tomar decisão?	Sim 1 não 0	()
13.	Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas?	Sim 1 não 0	()
14.	O seu trabalho traz sofrimento?	Sim 1 não 0	()
15.	Sente-se cansado todo o tempo?	Sim 1 não 0	()
16.	Tem dificuldade de pensar claramente?	Sim 1 não 0	()
17.	Sente-se incapaz de desempenhar papel útil em sua vida?	Sim 1 não 0	()
18.	Tem perdido o interesse pelas coisas?	Sim 1 não 0	()
19.	Tem pensado em dar fim à sua vida?	Sim 1 não 0	()
20.	Sente-se inútil em sua vida?	Sim 1 não 0	()
	Total		()



ANEXO E – ESCALA SALSA- TRIAGEM DE LIMITAÇÃO DE ATIVIDADE

	Escala SALSA Screening of Activity Limitation & Safety Awareness (Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de Risco) Marque uma resposta em cada linha	Se SIM, o quanto isso é fácil para você?			Se NÃO, por que não?		
		Fácil	Um pouco difícil	Muito difícil	Eu não preciso fazer isso	Eu fisicamente não consigo	Eu evito por causa do risco
1.	Você consegue enxergar (o suficiente para realizar suas atividades diárias)?	1	2	3		4	
2.	Você se senta ou agacha no chão?	1	2	3	0	4	4
3.	Você anda descalço? (a maior parte do tempo?)	1	2	3	0	4	4
4.	Você anda sobre chão irregular?	1	2	3	0	4	4
5.	Você anda distâncias mais longas? (mais do que 30 minutos?)	1	2	3	0	4	4
6.	Você lava seu corpo todo? (usando sabão, esponja, jarra; de pé ou sentado)	1	2	3	0	4	4
7.	Você corta as unhas das mãos ou dos pés? (por exemplo, usando tesoura ou cortador?)	1	2	3	0	4	4
8.	Você segura um copo/tigela com conteúdo quente? (por exemplo. bebida, comida?)	1	2	3	0	4	4
9.	Você trabalha com ferramentas? (ferramentas que você segura com as mãos para ajudar a trabalhar)	1	2	3	0	4	4
10.	Você carrega objetos ou sacolas pesadas? (por exemplo, compras, comida, água, lenha)	1	2	3	0	4	4
11.	Você levanta objetos acima de sua cabeça? (por exemplo, para colocar em uma prateleira, em cima de sua cabeça, para estender roupa para secar)	1	2	3	0	4	4
12.	Você cozinha? (preparar comida quente ou fria?)	1	2	3	0	4	4
13.	Você despeja/serve líquidos quentes?	1	2	3	0	4	4
14.	Você abre/fecha garrafas com tampa de rosca? (por exemplo, óleo, água, refrigerante?)	1	2	3	0	4	4
15.	Você abre vidros com tampa de rosca? (por exemplo, maionese?)	1	2	3	0	4	4
16.	Você mexe/manipula objetos pequenos? (por exemplo, moedas, pregos, parafusos pequenos, grãos, sementes?)	1	2	3	0	4	4
17.	Você usa botões? (por exemplo, botões em roupas, bolsas?)	1	2	3	0	4	4
18.	Você coloca linha na agulha? (passa a linha pelo buraco da agulha - "enfia a linha na agulha"?)	1	2	3	0	4	4
19.	Você consegue apanhar pedaços de papel, mexe com papel / coloca papel em ordem?	1	2	3	0	4	4
20.	Você consegue apanhar coisas do chão?	1	2	3	0	4	4

		Escore parcial						()	()	()	()	()	()
Escore SALSA (some todos os escores parciais) (S1+S2+S3+S4+S5+S6)		=											
21	Classificação SALSA	1-Sem Limitação (SL) 10-24 2-Leve Limitação (LL) 25-39 3-Moderada Limitação (ML) 40-49 4-Grande Limitação (GL) 50-59 5-Extrema Limitação (EL) 60-80											

Condições de saúde/médicas que afetam as atividades diárias:

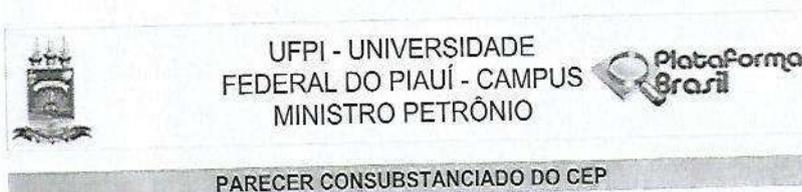
(pode-se pensar em diminuição de ADM de quadril, dor nas costas, problemas emombro ou joelho, trauma em mão...)

Anote qualquer adaptação/órtese utilizado pelo entrevistado:

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

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

ANEXO G- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

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

Pesquisador: TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46169715.2.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

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

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.573.958

Apresentação do Projeto:

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

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 2.573.958

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os aspectos operacionais, epidemiológicos (espaço-temporais), clínicos e psicossociais que influenciam a atenção à saúde para o controle da hanseníase em municípios de alta endemicidade para hanseníase do estado do Piauí no período de 2001 a 2014.

Objetivo Secundário:

Caracterizar os padrões e tendências de aglomerados espaço-temporais dos casos de hanseníase diagnosticados; Identificar os fatores de risco (operacionais: rede de atenção, clínicos, epidemiológicos, sociais, econômicos, demográficos, ambientais) associados aos padrões de entrada/deteção de casos, desempenho de avaliação de contatos, ocorrência de incapacidades físicas dos casos de hanseníase; Verificar o desempenho das equipes da ESF em relação à vigilância de contatos de hanseníase e os determinantes de baixa cobertura da avaliação de contatos;

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

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

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

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

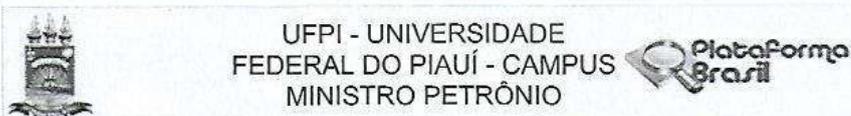
Caracterizar os padrões e tendências de aglomerados espaço-temporais dos casos de hanseníase diagnosticados;

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

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

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

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.573.958

casos com hanseníase;

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

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

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

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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

Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto com temática importante sobre a hanseníase no Estado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Recomendações:

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

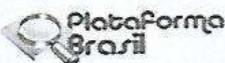
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 2.573.958

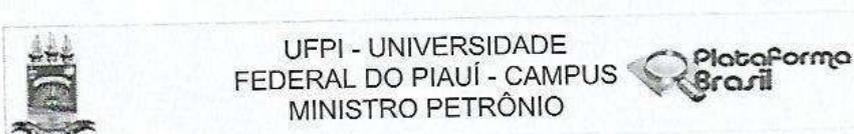
desenvolvido tem parecer de aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_110198_3_E1.pdf	27/03/2018 08:16:31		Aceito
Outros	emenda.pdf	27/03/2018 08:14:42	TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO	Aceito
Outros	Termo de Confidencialidade0001.pdf	16/06/2015 11:37:32		Aceito
Outros	Declaração Instituição0001.pdf	16/06/2015 11:36:40		Aceito
Outros	Declaração dos Pesquisadores0001.pdf	16/06/2015 11:36:07		Aceito
Outros	Encaminhamento0001.pdf	16/06/2015 11:35:44		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto0002.pdf	16/06/2015 11:35:08		Aceito
Outros	Curriculo Vitae.pdf	30/05/2015 21:38:30		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO DE AUTORIZAÇÃO CASO REFER..docx	30/05/2015 21:00:21		Aceito
Outros	AUTORIZAÇÃO SMS FLORIANO CEP.pdf	30/05/2015 20:52:04		Aceito
Outros	G_ANS-ok.docx	25/05/2015 11:24:51		Aceito
Outros	F INQUÉRITO NUTRICIONAL ANTROPOMETRIA_CASO REFERÊNCIA-ok.docx	25/05/2015 11:24:32		Aceito
Outros	E_SaudeBucal-CasoReferência-ok.docx	25/05/2015 11:22:37		Aceito
Outros	D_PerfilClínico-CasoReferência-Geral-ok.docx	25/05/2015 11:22:19		Aceito
Outros	C-Levantamento S.Demog - Cópia.docx	25/05/2015 11:21:58		Aceito
Outros	B-Check-list-UnidadesBásicas-ok.docx	25/05/2015 11:21:44		Aceito
Outros	A_PerfilProfissional-ExcetoACS-UnidadesBásicas-ok.docx	25/05/2015 11:20:56		Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 2.573.958

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 02 de Abril de 2018

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

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

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio 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