



1.1

**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**

OLÍVIA DIAS DE ARAÚJO

**VULNERABILIDADES RELACIONADAS À HANSENÍASE ENTRE CONTATOS
/COABITANTES E SUA INTERFACE COM A DETECÇÃO DE CASOS NOVOS**

Teresina

2017

OLÍVIA DIAS DE ARAÚJO

**VULNERABILIDADES RELACIONADAS À HANSENÍASE ENTRE CONTATOS
/COABITANTES E SUA INTERFACE COM A DETECÇÃO DE CASOS NOVOS**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

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

Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro.

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas Socioeducativas em Enfermagem.

**Teresina
2017**

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Serviço de Processamento Técnico
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde

A663v Araújo, Olívia Dias de.

Vulnerabilidades relacionadas à hanseníase entre contatos /coabitantes e sua interface com a detecção de casos novos / Olívia Dias de Araújo. –2017.
224 f.: il.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Piauí, Pós-Graduação em Enfermagem, Teresina, 2017.

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

1. Hanseníase. 2. Hanseníase - Busca comunicantes.
3. Hanseníase - Vulnerabilidade em saúde. 4. Vigilância & controle. 5. Estratégia Saúde da Família. I. Título.

CDD 616.998

OLÍVIA DIAS DE ARAÚJO

VULNERABILIDADES RELACIONADAS À HANSENÍASE ENTRE CONTATOS /COABITANTES E SUA INTERFACE COM A DETECÇÃO DE CASOS NOVOS

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Nível Doutorado- Universidade Federal do Piauí – UFPI, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em 20 de fevereiro de 2017.

Banca Examinadora

Orientadora: Profa. Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo
Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Piauí

1º Examinador: Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Júnior
Departamento de Saúde Comunitária/Universidade Federal do Ceará

2ª Examinadora: Profa. Dra. Doralene Maria Cardoso de Aquino
Departamento de Enfermagem/ Universidade Federal do Maranhão

3º Examinador: Prof. Dr. Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas
Departamento de Medicina Comunitária/Universidade Federal do Piauí

4ª Examinadora: Profa. Dra Lidya Tolstenko Nogueira
Departamento de Enfermagem/ Universidade Federal do Piauí

2º Suplente: Prof. Dr. Viriato Campelo
Departamento de Parasitologia Microbiologia/Universidade Federal do Piauí

1ª Suplente: Profa. Dra Keila Rejane Oliveira Gomes
Colégio Técnico de Teresina/Universidade Federal do Piauí

À todas as pessoas com
hanseníase, seus familiares e
amigos.

Aos meus pais, Antonio Luiz e
Maria do Rosário, meus filhos
Artur e Alice, amores
incondicionais.

AGRADECIMENTOS

À Deus, Nossa Senhora e Santa Teresinha por me fortalecerem na fé, a qual me fez seguir em frente e acreditar.

À Universidade Federal do Piauí, na pessoa do Magnífico Reitor Prof. Dr. José Arimatéa Dantas Lopes, pela possibilidade de qualificação profissional pelo constante incentivo a criação de programas de pós-graduação stricto sensu, sobretudo, o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Nível Doutorado e por considerar a epistemologia o caminho mais concreto para evolução do mundo.

À minha querida orientadora professora Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo, competente, segura, presente. Sempre ao meu lado, desde as primeiras reuniões com gestores, capacitações, coleta de dados, etc. Foi um prazer tê-la como companheira nesta jornada, as suas contribuições nesta tese foram imprescindíveis e de valor inestimável. A gratidão é eterna. Seguiremos juntas.

Às pessoas que compõem as ONGs Netherlands Hanseniasis Relief- NHR Brasil e Campagne International de L' Ordre de Malte Contre la Lépre -CIOMAL, Duane Hinders, Fanny Bauer, Evelyne Leandro, Rejane Almeida, Margarida Araújo, Cláudia Morais e Gilberto Valentim.

À Profa. Dra. Maria do Livramento Fortes Figueiredo, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela competência e disponibilidade na condução deste programa.

Aos professores examinadores: Dr. Alberto Novaes Ramos Júnior, Dra. Doralene Maria Cardoso de Aquino, Dr. MárcioDênis Medeiros Mascarenhas, Dra. Lidya Tolstenko Nogueira, Dra. Keila Rejane Oliveira Gomes e Dr. Viriato Campelo, pelas contribuições e zelo que dispensaram na leitura e nas observações pertinentes e valiosas realizadas.

Aos demais professores desse Programa, pelo compromisso e empenho no fortalecimento do mesmo. Aos queridos docentes dos cursos de Enfermagem de Teresina, Floriano (Giovanna Libório, Janaina de Paula, Martem Costa) e Picos(Suyanne Freire e Walquirya Pimentel).

Aos alunos do Curso de Graduação em Enfermagem de Teresina, Floriano e Picos. Aos gestores das cidades de Floriano (Bigman Barbosa e Gilberto Júnior) e Picos(Walmir Lima, Gilberto Valentim, José Venancio),à SESAPI- Secretaria de Saúde do Estado do Piauí, aos profissionais da Estratégia Saúde da Família, do

PAM de Picos e da FUNASA de Floriano (Dr. Luimar de Jesus Santos e enfermeira Helida Ferreira. Sem vocês o projeto não seria possível, muitíssimo obrigada a todos e todas.

Aos apoiadores em Floriano: Rotary Clube de Floriano, FAESF- Faculdade de Ensino Superior de Floriano, Grupo Escalet de teatro, ALBEARTES- Academia de Letras e Belas Artes de Floriano, APAE- Floriano, FAENEB – Faculdade Evangélica do Nordeste Brasileiro, Secretaria 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, Artur Custódio)

À grande família IntegraHans PI em Floriano e Picos, minhas amigas irmãs e parceiras nessa jornada enfermeiras Joelma Costa e Erica Alencar foram de um carinho e amizade que jamais esquecerei, amo vocês. Aos nossos amigos de Floriano, profissionais (Rosa Maria Duarte, 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), docentes da FAESF (Carlos Edder, Idalina França, Jader Figueiredo) e UESPI, discentes (Jonas Cardoso, Manoel Borges, Felipe Moreiras, Daniela Costa, Diego Muniz, Rayane Freitas, Vinicius Oliveira, Francimar Marques, Dinailson Martins, Regina Mávia Noletto, Eveline Boa Vida),mestrandos (Inara Sena,Priscila Dantas e Armano Gomes), apoiadores da UFC (Reagan Nzundu, Anderson Fuentes, José Mário Barbosa, Eliana Amorim, Thayse Andrade, Olga Alencar , professores Jaqueline Caracas e Alberto Novaes) obrigada por tudo, principalmente pelo compromisso, empenho e carinho durante a realização do Projeto. Seguimos juntos.

Ao professor Alberto Novaes, agradeço pelo incentivo, apoio e por não ter receio em compartilhar os seus conhecimentos, nos fazer acreditar. E, principalmente empoderar as pessoas ao seu redor, mostrando que o verdadeiro mestre ensina e aprende com humildade e simplicidade, nos fazendo acreditar que a Ciência só faz sentido se produzir algo que possa ajudar as pessoas. Seguiremos juntos.

À minha família, especialmente aos meus filhos Artur e Alice de Araújo Negreiros, aos meus pais Maria do Rosário e Antônio Luís, meus queridos irmãos Júnior, Erika, Tom e Gustavo, minha tia, fonte de inspiração na vida, Edna Dias, pelo

apoio incondicional e em todos os momentos em que estive ausente ou precisando de ajuda, vocês são especiais, amo muito vocês.

Aos meus sobrinhos, Izabela Araújo, Mariza Araújo, Maria Júlia Araújo, tia Sônia Dias, Soraia Santos, meus queridos avós Antônia Dias e Raimundo Dias, desculpem pela ausência.

Aos colegas da 1ª turma de Doutorado em Enfermagem da UFPI: Profas. Jaqueline Carvalho, Sandra Marina Gonçalves, Chrystiany Plácido e Fernando Guedes, pelo conhecimento compartilhado, discussões proveitosas e enriquecedoras.

Não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda a possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes.

(PAULO FREIRE, 2000).

O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.

(GUIMARÃES ROSA, 2001) .

RESUMO

INTRODUÇÃO: A hanseníase ainda se configura como um relevante problema de saúde pública entre os países em desenvolvimento, inclusive o Brasil. A assistência integral com qualidade e diminuição do estigma e exclusão social à pessoa com hanseníase na Atenção Primária em Saúde é hoje uma estratégia para o enfrentamento da hanseníase. Foco central nas ações de controle é o exame de contatos. **OBJETIVO:** Analisar as dimensões de vulnerabilidade relacionadas à hanseníase entre contatos intradomiciliares, coabitantes sociais e coabitantes residentes de pessoas acometidas pela doença e sua interface com a detecção de casos novos. **MÉTODO:** Estudo transversal, censitário, realizado no município de Floriano/PI, no período de julho/15 a julho/16 com 516 contatos de hanseníase, dos quais 341 contatos intradomiciliares, 109 coabitantes sociais e 66 coabitantes residentes. Os dados foram analisados com a utilização dos aplicativos: Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 20.0 e R-Projc, versão 3.0.2. Realizaram-se análises univariadas por meio de distribuição de frequências. Nas análises bivariadas, com vistas a associar as variáveis qualitativas, foram utilizadas a razão de prevalência bruta, o teste qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher. Para explicar o efeito conjunto das variáveis sobre os desfechos, utilizou-se a Regressão de Poisson Múltipla, com razão de prevalência ajustada. O critério para inclusão de variáveis no modelo logístico foi a associação ao nível de $p < 0,200$ na análise bivariada. O critério de significância das variáveis no modelo, por sua vez, foi associação em nível de $p < 0,05$. **RESULTADOS:** A maioria dos participantes (86,8%) residia na zona urbana, sexo feminino (64,1%), idade entre 20 a 59 anos (48,2%), pardo/negro (78,6%), ensino fundamental (47,2%), solteiro/nunca foi casado (54,4%), estudante (33,1%), renda inferior a um salário mínimo. Dentre os 516 contatos/coabitantes avaliados 56 foram suspeitos de casos de hanseníase, confirmando-se 15 casos detectados (2,9%), sendo 66,6% entre contatos intradomiciliares 13,3% entre os coabitantes residentes e 20,0% entre coabitantes sociais. Em relação à forma clínica dos casos detectados predominou a indeterminada (46,6%), com classificação operacional paucibacilar (90%). O grau I de incapacidade física por ocasião do diagnóstico estava presente na maioria dos casos detectados (53,3%) e grau 2 em 20%. As vulnerabilidades relacionadas aos casos detectados em contatos intradomiciliares foram: alterações dermatológicas (RP= 8,5; IC95% 5,13-14,13), alterações neurológicas (RP=9,2, IC95% 6,01-14,85) e espessamento de tronco nervoso (RP=11,2, IC95%= 4,19-18,96). Quanto aos coabitantes residentes e sociais, as alterações neurológicas foram estatisticamente associadas (RP=2,89; IC95% 1,45-4,02 e RP=3,81, IC95% 1,55-6,18, respectivamente). Ter número de cômodos no domicílio superior a um, por pessoa foi um fator de proteção para os três tipos de contato. **CONCLUSÃO:** Os coabitantes intradomiciliares apresentaram vulnerabilidades individuais mais significativas que os demais contatos. Contudo, a vulnerabilidade social foi semelhante entre eles. Entende-se que a gestão, Estratégia Saúde da Família, movimentos sociais e universidades devem, de forma articulada, aperfeiçoar a vigilância epidemiológica e o monitoramento das ações de controle de contatos em hanseníase.

Palavras chave: Hanseníase. Vulnerabilidade em saúde. Busca de comunicante. Risco. Epidemiologia. Vigilância & controle.

ABSTRACT

Introduction: Leprosy is still an important public health problem among developing countries, including Brazil. The integral assistance with quality and reduction of stigma and social exclusion to the person with leprosy in the Primary Attention in Health is now a strategy for coping with leprosy. Central focus on control actions is the contact survey. **Objective:** To analyze critically the dimensions of vulnerability related to leprosy among intradomiciliary contacts, social cohabitants and resident cohabitants of people affected by the disease and its interface with the detection of new cases. **Method:** Cross-sectional study, census, Carried out in the municipality of Floriano / PI, in the period July / 15 to July / 16 with 516 contacts of leprosy, of which 341 intradomiciliary contacts were, 109 social cohabitants and 66 resident cohabitants. The data were analyzed using the Statistical Package for Social Science (SPSS), version 20.0 and R-Projc, version 3.0.2. Univariate analyzes were performed by means of frequency distribution. In the bivariate analyzes, in order to associate the qualitative variables, the crude prevalence ratio, Pearson's chi-square test and Fisher's exact test were used. To explain the joint effect of the variables on the outcomes, the Multiple Poisson Regression was used, with adjusted prevalence ratio. The criterion for inclusion of variables in the logistic model was the association at the level of $p < 0,0200$ in the bivariate analysis. The criterion of significance of the variables in the model, in turn, was association at $p < 0.05$ level. **Results:** The majority of the participants (86.8%) lived in the urban area, female (64.1%), age between 20 and 59 years old (48.2%), brown / black (78.6%), elementary school 47.2%), single / never married (54.4%), student (33.1%), income less than a minimum wage. Between of 516 contacts / cohabitants evaluated, 56 were suspected of leprosy cases, 15 cases were confirmed (2.9%), 66.6% among intradomiciliary contacts, 13.3% among resident cohabitants and 20.8% between Social cohabitants. Regarding the clinical form of the detected cases, the predominance was indeterminate (46.6%), with a paucibacillary operational classification (90%), The degree of physical disability at the time of diagnosis was present in the majority of cases detected (53.3%) and grade 2 in 20%. The vulnerabilities related to the cases detected in intradomiciliary contacts were: dermatological alterations (PR = 8.5, 95% CI: 5.13-14.13), neurological changes (PR = 9.2, 95% CI 6.01-14.85), Nervous trunk thickening (PR = 11.2, 95% CI = 4.19-18.96). Concerning resident and social cohabitants, the neurological changes were statistically associated (PR = 2.89, 95% CI 1.45-4.02 and RP = 3.81, 95% CI 1.55-6.18, respectively). Having a number of rooms in the household greater than one per person was a protective factor for the three types of contact. **Conclusion:** The intradomiciliary cohabitants presented individual vulnerabilities more significant than the other contacts. However, social vulnerability was similar between them. It is understood that the management, Family Health Strategy, social movements and universities must in an articulated way improve the epidemiological surveillance and the monitoring of the actions of contact control in leprosy.

Key words: Leprosy. Vulnerability in health. Contact tracing. Risk. Epidemiology. Surveillance & control

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La lepra sigue representando un importante problema de salud pública en los países en desarrollo, incluso Brasil. La asistencia integral con calidad y la reducción del estigma y la exclusión social hacia las personas con lepra en la Atención Primaria en salud es hoy una estrategia para el enfrentamiento de la lepra. Foco central en las medidas de control es el examen de los contactos. **OBJETIVO:** Analizar críticamente las dimensiones de vulnerabilidad relacionadas a la lepra de entre los contactos intradomiciliarios, cohabitantes sociales y cohabitantes residentes de personas acometidas por la enfermedad y su interfaz con la detección de nuevos casos. **MÉTODOS:** Estudio transversal, censitario, realizado en la ciudad de Florianópolis/Piauí, en el periodo de Julio de 2015 a julio de 2016. Se registraron 516 contactos de lepra, de los cuales 341 fueron intradomiciliarios, 109 fueron cohabitantes sociales y 66 residentes. Los datos fueron analizados utilizando los programas: Statistical Package for the Social Science (SPSS), versión 20.0 y R-Projc, versión 3.0.2. Se realizaron análisis univariados por distribución de frecuencias. En los análisis bivariados, con el fin de asociar las variables cualitativas, se utilizaron: la razón de la prevalencia bruta, la prueba de qui-cuadrada de Pearson y la prueba exacta de Fisher. Para explicar el efecto combinado de las variables en las variables de respuesta, se utilizó la Regresión Múltiple de Poisson, con una razón de prevalencia ajustada. El criterio para la inclusión de las variables en el modelo logístico fue la asociación a nivel de $p < 0.200$ en el análisis bivariado. El nivel de asociación de las variables en el modelo, fue considerado significativo con un valor $p < 0.05$. **RESULTADOS:** La mayoría de los participantes (86.8%) vivía en zonas urbanas, mujeres (64.1%), con edades entre 20-59 años (48.2%), pardo/negro (78.6%), educación básica (47.2%), soltero/nunca fue casado (54.4%), estudiante (33.1%), con sueldo inferior a un salario mínimo. De entre los 516 contactos/cohabitantes evaluados 56 eran sospechosos de lepra, 15 casos (2.9%) fueron confirmados, siendo 66.6% contactos intradomiciliarios del 13.3% entre los cohabitantes residentes y entre el 20% cohabitantes sociales. En relación a la forma clínica de los casos detectados predominó la forma indeterminada (46.6%), con clasificación operacional paucibacilar (90%). la mayoría de los casos detectados (53.3%) presentó diagnóstico de grado I de discapacidad física y 20% de grado 2. Las vulnerabilidades relacionadas con casos detectados en los contactos familiares fueron: alteraciones dermatológicas (RP = 8.5; IC del 95%: 5.13 a 14.13), trastornos neurológicos (OR = 9.2, IC 95%: 6.01 a 14.85), espesamiento del tronco nervioso (OR = 11.2; IC 95% 4.19-18.96). En cuanto a los cohabitantes residentes y sociales, las alteraciones neurológicas presentaron asociación estadística (OR = 2.89, IC del 95%: 1.45 a la 4.02 y OR = 3.81, IC del 95%: 1.55 a la 6.18, respectivamente). Tener más de una habitación por persona fue un factor protector para los tres tipos de contacto. **CONCLUSIÓN:** Los cohabitantes intradomiciliarios presentaron vulnerabilidades individuales más significativas que los demás contactos. Sin embargo, la vulnerabilidad social fue similar entre ellos. Se entiende que la gestión, la Estrategia de Salud de la Familia, los movimientos sociales y las universidades deben mejorar de forma articulada la vigilancia epidemiológica y el seguimiento de las acciones de control de los contactos de la lepra.

Palabras clave: lepra. vulnerabilidad en Salud. Búsqueda de informantes. Riesgo. Epidemiología. Vigilancia y control.

LISTA DE TABELAS E QUADRO

Quadro 1	Descrição, categorias e classificação das variáveis do estudo	56
Tabela 1	Características sócio demográficas da população do estudo Floriano - PI, 2016 (n= 516)	71
Tabela 2	Forma clínica, classificação operacional e grau de incapacidade física dos casos detectados no estudo. Floriano - PI, 2016 (n=15)	73
Tabela 3	Dimensões da vulnerabilidade individual com os casos detectados no estudo entre contatos intradomiciliares em Floriano - PI,2016 (n=341)	73
Tabela 4	Dimensões da vulnerabilidade individual com os casos detectados no estudo entre coabitantes residentes em Floriano- PI, 2016 (n=66)	75
Tabela 5	Associação das dimensões da vulnerabilidade individual com os casos detectados no estudo entre coabitantes sociais em Floriano- PI, 2016 (n=109)	78
Tabela 6	Associação das dimensões da vulnerabilidade social com os casos detectados entre contatos intradomiciliares em Floriano- PI, 2016 (n=316)	81
Tabela 7	Associação das dimensões da vulnerabilidade social com os casos detectados entre coabitantes residentes em Floriano - PI,2016 (n=20)	82
Tabela 8	Associação das dimensões da vulnerabilidade social com os casos detectados entre coabitantes sociais em Floriano- PI, 2016 (n=62)	84
Tabela 9	Associação das dimensões da vulnerabilidade programática com os casos detectados entre contatos intradomiciliares em Floriano- PI ,2016 (n=341)	85
Tabela 10	Associação das dimensões da vulnerabilidade individual e social com os casos detectados entre contatos intradomiciliares em Floriano-PI, 2016	88
Tabela 11	Associação das dimensões da vulnerabilidade individual e social com os casos detectados entre coabitantes residentes em Floriano-PI, 2016	88
Tabela 12	Associação das dimensões da vulnerabilidade individual e social com os casos detectados entre coabitantes sociais em Floriano-PI, 2016	89

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Metas definidas para eliminação da hanseníase no Brasil	17
Figura 2	Municípios prioritários para hanseníase, Brasil, 2016-2020	18
Figura 3	Proporção de contatos examinados entre os registrados dos casos novos de hanseníase nos anos das coortes. Brasil, 2001-2015	19
Figura 4	Coeficiente de detecção geral segundo municípios do Estado do Piauí, 2001, 2005, 2010, 2015	20
Figura 5	Distribuição geográfica dos casos novos de hanseníase, 2015.	40
Figura 6	Comparação dos clusters de alto risco de hanseníase no Brasil, 2005-2007 e 2007-2009	41
Figura 7	Coeficiente de prevalência e de detecção em hanseníase Brasil, 1990-2015	42
Figura 8	Clusters de detecção de casos novos de hanseníase. Brasil, 1990-2015	43
Figura 9	Estado do Piauí e localização do Município de Floriano e seus bairros, 2010	51
Figura 10	Fluxograma de abordagem dos casos de hanseníase em Floriano, 2001-2014	52
Figura 11	Fluxograma de definição da População do Estudo, Floriano-Piauí, 2016	53
Figura 12	Matriz teórica das dimensões de vulnerabilidade relacionada á hanseníase entre contatos intradomiciliares, coabitantes sociais e coabitantes residentes	55
Figura 13	Fluxograma de contatos intradomiciliares, coabitantes residentes e sociais avaliados no estudo. Floriano/PI,2016	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANS	Avaliação Neurológica Simplificada
APS	Atenção Primária à Saúde
AUDITI	Alcohol Use Disorders Identification Test
CADSUS	Sistema de Cadastramento de Usuários do Sistema Único de Saúde
CDC	Center for Disease Control and Prevention
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIOMAL	Campagne International de L' Ordre de Malte Contre la Lépre
DSS	Determinantes Sociais em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EDN	Exame Dermato Neurológico
HNP	Hanseníase Neural Primária
LL	Lepromatoso
MBs	Multibacilares
NHR	Netherlands Hanseniasis Relief
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAI_PAD	Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade
PBs	Paucibacilares
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PQT	Poliquimioterapia
ROM	Rifampicina, Ofloxacina e Minocilina
TT	Tuberculóide
SNL	Serviço Nacional de Lepra
SUS	Sistema Único de Saúde
SESAPI	Secretaria de Estado da Saúde do Piauí
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
UFC	Universidade Federal do Ceará
WHO	World Organization Health

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Contextualização	16
1.2	Objetivos	24
1.2.1	Objetivo geral	24
1.2.2	Objetivos específicos	24
2	MARCO REFERENCIAL	25
2.1	O contato na hanseníase e o contexto histórico-político	25
2.2	Aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase	34
2.2.1	Aspectos clínicos	34
2.2.2	Classificação, diagnóstico e tratamento	36
2.2.3	Aspectos epidemiológicos	39
2.3	Vulnerabilidade em saúde	44
3	MÉTODO	50
3.1	Desenho do estudo	50
3.2	Local do estudo	50
3.3	População do estudo	52
3.3.1	Crítérios de inclusão	53
3.3.2	Crítérios de exclusão	54
3.3.3	Descrição das variáveis	54
3.3.4	Definições do estudo	63
3.4	Instrumentos	64
3.5	Coleta de dados	65
3.5.1	Etapa 1 (Pré- avaliação)	65
3.5.2	Etapa 02 (Avaliação individual dos contatos/coabitantes)	66
3.6	Organização e análise dos dados	67
3.7	Aspectos ético-legais	68
4	RESULTADOS	69
4.1	Análises univariadas	69
4.2	Análises bivariadas	73
4.3	Análises multivariadas	87
5	DISCUSSÃO	90
5.1	Aspectos sociodemográficos da população do estudo	90
5.2	Vulnerabilidades individuais de contatos intradomiciliares, coabitantes residentes e coabitantes sociais	944
5.3	Vulnerabilidades sociais de contatos intradomiciliares, coabitantes residentes e coabitantes sociais	1088
5.4	Vulnerabilidades programáticas de contatos intradomiciliares	1166
6	CONCLUSÃO	1266
	REFERÊNCIAS	1299
	APÊNDICES	1577
	ANEXO A - ABORDAGEM DOMICILIAR – CASO REFERÊNCIA	1866
	ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO CASO REFERÊNCIA	1888

ANEXO C - ABORDAGEM SOCIAL DO DOMICÍLIO	1899
ANEXO D - LEVANTAMENTO SÓCIO ECONÔMICO DEMOGRÁFICO – CONTATOS/COABITANTES.....	195
ANEXO E - TRIAGEM CLÍNICA DERMATO NEUROLÓGICA CONTATOS/ COABITANTES.....	2077
ANEXO F - AVALIAÇÃO CLÍNICA – CONTATOS FAMILIARES/COABITANTES	2099
ANEXO G - AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA	2144
ANEXO H - PROTOCOLO DE ABORDAGEM.....	2199
ANEXO I - FLUXOGRAMA PARA COLETA DE DADOS DE PESQUISA.....	22020
ANEXO J - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA- UFPI.....	2211

2 INTRODUÇÃO

2.1 Contextualização

A hanseníase configura-se ainda como um relevante problema de saúde pública entre alguns países em desenvolvimento. Índia, Brasil e Indonésia concentram a maior carga relativa à produção de casos novos da doença no mundo. Fatores como baixas condições socioeconômicas, serviços de saúde deficitários, diagnóstico tardio e busca insuficiente de fontes de infecção, sustentam o expressivo impacto da endemia em nosso país (BRASIL, 2012a). Apesar da relevância epidemiológica da hanseníase em relação a morbimortalidade, persiste o caráter de negligência para o seu controle.

A atenção integral com qualidade e a redução do estigma e da exclusão social para a pessoa com hanseníase na Atenção Primária em Saúde (APS) representam estratégias-chave para o enfrentamento da doença. De fato, a qualidade e o acesso às ações de controle na APS possibilitam a reorientação da prática assistencial, o aumento da cobertura de serviços de saúde, diferentes níveis de complexidade etiológica e a reorganização do sistema de informação em saúde dos países endêmicos (VIJAYKUMARAN et al., 1998; WHO, 2014a).

Há três décadas 122 países têm tratado grande número de casos de hanseníase com a poliquimioterapia (PQT). Ao longo destes anos, aproximadamente 16 milhões de pessoas foram curadas sendo a alta por cura definida como o término regular da PQT dentro dos parâmetros do Ministério da Saúde (MS). Entretanto, mesmo com a ampla disponibilidade da PQT e a redução significativa dos casos novos, não se conseguiu impedir a ocorrência da doença (BRASIL, 2010d; GONÇALVES, MANTELINE, PADOVANI, 2010; WHO, 2015).

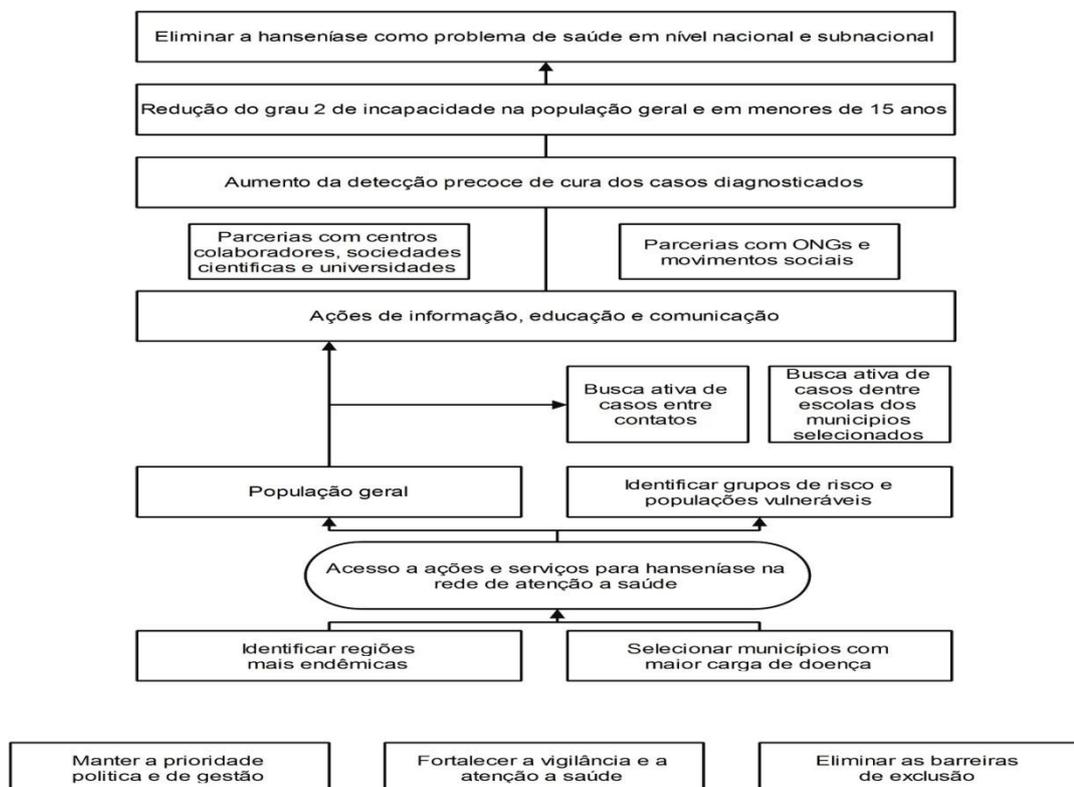
Em 2015, notificou-se à Organização Mundial da Saúde (OMS), 210.758 casos novos no mundo, em grande parte concentrados em poucos países (BRASIL, 2010d; GONÇALVES, MANTELINE, PADOVANI, 2010; WHO, 2015).

Dos 136 países que notificaram casos à OMS, 60 países relataram entre 1 e 99 casos; 32 países relataram entre 100 e 999 casos; 11 países relataram entre 1.000 e 9.999 casos e somente três países relataram 10.000 ou mais casos novos – Índia, Brasil e Indonésia (WHO, 2015).

Ressalta-se que o Brasil é o único país na América que não atingiu a meta global de eliminação da hanseníase, por questões operacionais e pelo contexto epidemiológico de elevada complexidade (NETO et al, 2013). O país possui o segundo maior número absoluto de casos novos no mundo e responde por grande parte da endemia no continente americano.

Em 1991, o Brasil assumiu o compromisso, durante a 44ª Assembleia Mundial de Saúde, promovida pela OMS, de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública até o final do ano 2000 (SANTOS, 2012). Para isto, estabeleceu como meta alcançar menos de um (1) caso por 10.000 habitantes (BRASIL, 2012a). Não tendo sido possível o seu alcance, novo compromisso foi firmado pelo MS do Brasil de eliminá-la até 2020. Com a finalidade de atingir essa meta, o MS desenvolveu o Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase, composto de ações que visam orientar os diferentes níveis de atenção à saúde, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), para fortalecer as ações de vigilância epidemiológica e desenvolver ações de promoção da saúde com base na educação em saúde (Figura 1).

Figura 1 - Metas definidas para eliminação da hanseníase no Brasil.

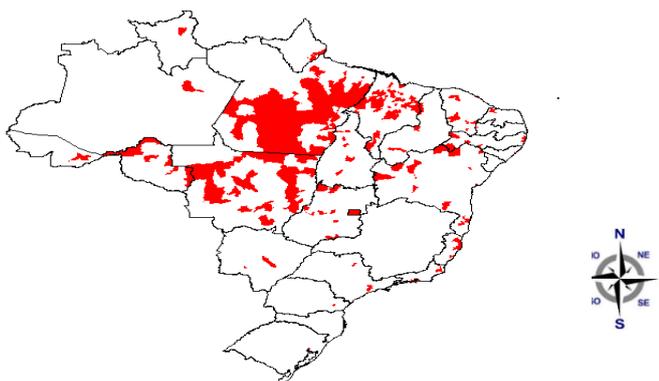


Esta diretriz segue a atual meta mundial para a redução da carga da hanseníase que foi estabelecida pela “Estratégia Global para Hanseníase: 2016-2020”, propondo um mundo livre de hanseníase, com doença zero, transmissão da infecção zero, incapacidade pela doença zero, estigma e discriminação zero (WHO, 2016).

O MS em seu Plano Integrado definiu como metas para o período de 2016-2020: 1- alcançar coeficiente de prevalência de menos de um caso para 10.000 habitantes, em nível nacional e subnacional; 2- alcançar e manter o percentual de 90% de cura nas coortes de casos novos de hanseníase até 2020; 3- aumentar a cobertura de exames de contatos domiciliares nos anos das coortes para 83% ou mais dos casos novos de hanseníase até 2020; 4- não ter nenhuma criança diagnosticada com grau 2 de incapacidade física (GIF 2) por hanseníase; 5- reduzir o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase com GIF 2 no diagnóstico para menos de 1 caso por 1 milhão de habitantes (BRASIL, 2016a).

A estratégia para redução da carga da hanseníase com vistas ao alcance da meta de eliminação da doença enquanto problema de saúde pública em nível nacional baseia-se essencialmente no aumento da detecção precoce e na cura dos casos diagnosticados. Sabendo-se que a hanseníase não está distribuída de forma homogênea em todo o território nacional, foram identificadas áreas geográficas de risco que concentram maior número de casos, com alta endemicidade (BRASIL, 2011a). Essas áreas (**Figura 2**) se apresentam como um conjunto de 191 municípios (3,4% do total dos 5.565 municípios brasileiros) que concentram 32% da população total do país e 60% dos casos novos diagnosticados em 2015, bem como 60% dos casos novos em crianças (menores de 15 anos) (BRASIL, 2016a) .

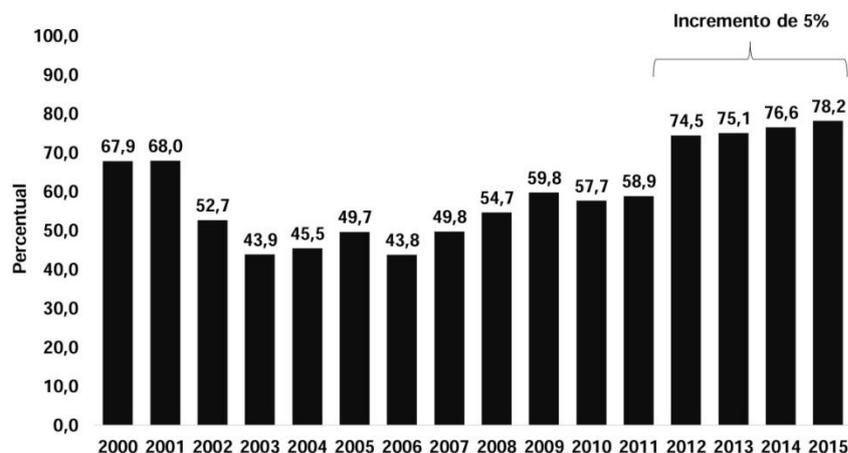
Figura 2 - Municípios prioritários para hanseníase, Brasil, 2016-2020.



No ano de 2015, o coeficiente geral de detecção foi de 14,1 por 100 mil habitantes (hab.) no país, o que o coloca em situação de alta endemicidade com diferentes padrões regionais: regiões Centro-Oeste - 44,3/100.000 hab. e Norte - 29,7/100.000 hab. com coeficientes considerados muito altos, região Nordeste - 22,7/100.000 hab., com coeficiente alto, e nas regiões Sudeste - 4,7/100.000 hab. e Região Sul - 3,5/100.000 hab., com coeficientes considerados médios (BRASIL, 2016a).

Um dos elementos centrais nas ações de controle é o exame de contatos intradomiciliares tendo em vista o contexto de risco acrescido para a ocorrência da doença nesta população. Ressalta-se que atualmente, a recomendação do MS é examinar todos os contatos intradomiciliares de casos novos de todas as formas clínicas de hanseníase. Contudo, este aspecto vem sendo negligenciado no Brasil (CAVALIERE, 2005). O parâmetro mínimo recomendado pelo MS é de 90% dos contatos registrados terem sido examinados. Todavia, o percentual de avaliação de contatos examinados em 2015 no Brasil foi de 78,2%, considerado regular. Na figura 3 os padrões observados desta proporção segundo as regiões foram os que seguem: Centro-Oeste - 79,6%, Sul - 89,1%, Norte - 75%, e Sudeste - 83,1%; na região Nordeste a proporção verificada é de 73,1%, inserindo-se no parâmetro considerado precário (BRASIL, 2016a).

Figura 3 - Proporção de contatos examinados entre os registrados dos casos novos de hanseníase nos anos das coortes. Brasil, 2001-2015.



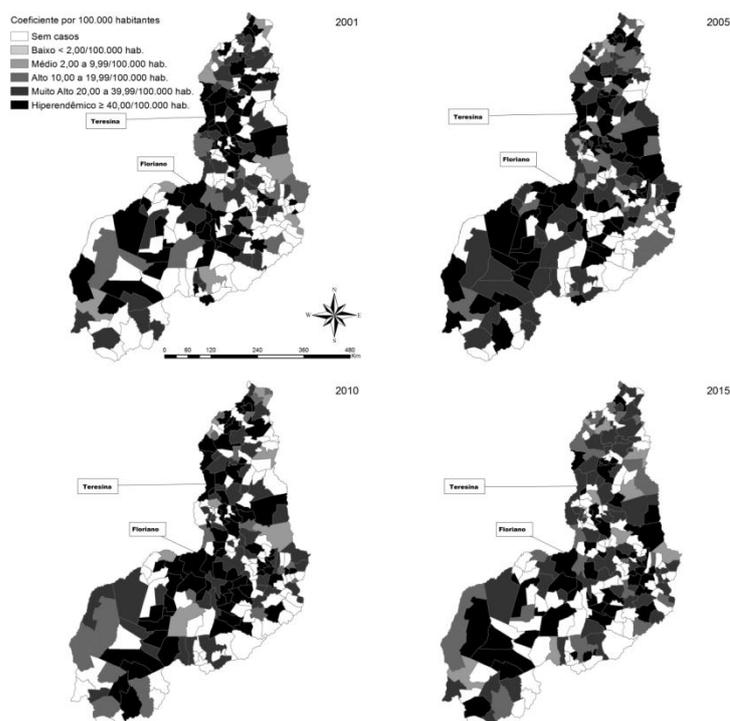
Fonte: Base de Dados/Sinan/SVS/MS 11/05/2016

No Estado do Piauí, existem municípios sabidamente endêmicos bem como outros silenciosos epidemiologicamente. Dentre os seus 224 municípios, 30 (13%) não notificaram casos novos em 2010. Por outro lado, um total de 62 (28%) municípios são considerados hiperendêmicos. As medidas de vigilância têm sido voltadas ao aumento da proporção de exame de contatos que em 2010 apresentou padrão de precariedade - 50,7% (BRASIL, 2011a).

Em 2015, o coeficiente de prevalência para o estado foi de 2,08/10.000 hab., o coeficiente geral de detecção de 31,69/100.000 hab. (muito alto) e a proporção de avaliação de contatos de 72,9% (precário) (BRASIL, 2016c).

Na cidade de Floriano em 2010, o coeficiente geral de detecção foi 159,42/100.000 e a proporção de avaliação de contatos 52,6% (precário). Já em 2014 verificou-se no município coeficiente de prevalência de 8,66/10.000 hab., com coeficiente de detecção de 85,18/100.000 hab. (PIAUI, 2016). Dados de 2014 ainda evidenciam que as cidades de Teresina, capital do Estado, e Floriano (local de estudo nesta tese), foram aqueles que apresentam os maiores coeficientes de detecção geral (**Figura 4**).

Figura 4 - Coeficiente de detecção geral segundo municípios do Estado do Piauí, 2001, 2005, 2010, 2015.



Fonte: Boletim Epidemiológico do Estado do Piauí, 2016.

A investigação efetiva dos contatos intradomiciliares contribui decisivamente para a interrupção da dinâmica de transmissão da doença. Na hanseníase a vigilância epidemiológica assume importância central no controle e prevenção considerando-se que a transmissão de *Mycobacterium leprae* ocorre de indivíduo para indivíduo. A população de contatos intradomiciliares constitui, portanto, uma população estratégica para avaliação, em especial pelo caráter de grande vulnerabilidade individual, social e programática a que está submetida.

O estudo de Van Beers et al (1999) evidenciou que, de 101 casos de hanseníase ocorridos em um período de 25 anos em Sulawesi (Indonésia), 79 (78%) eram contatos domiciliares de outro caso de hanseníase. Encontrou-se um risco estimado aproximadamente nove (9) vezes maior em contatos conviventes de doentes e quatro (4) vezes mais alto entre os vizinhos diretos, comparando-se com indivíduos que não haviam tido contato com casos de hanseníase. Portanto, é importante que a avaliação dos contatos possa extrapolar o espaço domiciliar, salvaguardando-se aspectos éticos relacionados. Os autores concluíram que tanto o tipo de hanseníase como a distância física e/ou geográfica do caso referência foram fatores importantes que contribuíram para o risco de desenvolver a doença.

A vigilância epidemiológica dos contatos intradomiciliares é um componente altamente eficiente de controle. A busca ativa de novos casos é fundamental para a detecção precoce e, ao mesmo tempo, interromper a transmissão, prevenindo potencialmente incapacidades decorrentes de doença não tratada. A importância da vigilância de contatos em controlar a detecção de novos casos de hanseníase tem sido priorizada pelo MS e pela OMS (HACKER, 2012; WHO, 2015).

Os contatos domiciliares de casos novos de hanseníase têm reconhecidamente maior risco de infecção e são alvos prioritários para as medidas de controle da doença. No entanto, as medidas de controle de uma área endêmica devem extrapolar esta população. A dinâmica de relações sociais entre os casos com hanseníase e indivíduos vulneráveis dentro de seu bairro também deve ser considerada tendo em vista o risco associado (FEENSTRA et al., 2013).

A categoria risco em epidemiologia é expressa de forma paradigmática pela incidência, equivalente à probabilidade de ocorrência de um evento em dada população (ALMEIDA-FILHO, COUTINHO 2009). A base epistemológica do risco expressa de modo probabilístico, quantitativo, equações/curvas epidêmicas que

permitem inferir condições de exposição a que esta população estava ou estivera submetida (AYRES et al, 2006).

No entanto, para além do conceito de risco, emergiu no campo da saúde a construção conceitual da categoria vulnerabilidade, relacionada em suas dimensões às práticas preventivas com vistas a avançar na utilização de outros saberes, além do biomédico, e na utilização crítica dos estudos epidemiológicos (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013).

A vulnerabilidade é definida por Ayres (2009), como uma forma de avaliação objetiva, ética e política das condições de vida às quais as pessoas estão expostas a fim de subsidiar a construção de alternativas reais de proteção a essas pessoas.

A partir destas questões iniciais, o conceito de risco remete-se à perspectiva de probabilidades, enquanto o conceito de vulnerabilidade vai além, ao se constituir como indicador da iniquidade e desigualdade social. A vulnerabilidade antecede o risco e condiciona ou determina processos diferenciados de saúde e doença, promovendo possibilidades distintas para o seu enfrentamento no cotidiano das pessoas (NICHATA et al, 2011).

A operacionalização da categoria vulnerabilidade possibilita um modo de avaliar objetivo, ético e politicamente ajustado às condições de vida que tornam indivíduos e grupos expostos ao problema e os elementos que favorecem a construção de alternativas reais para o seu enfrentamento (MANN; TARANTOLA; NETTER, 1993). É importante destacar que, no sentido da vulnerabilidade, estão contidas, simultaneamente, a resistência e capacidade criadora dos indivíduos e grupos para superação, no que pode ser identificado como empoderamento - empowerment (PEREIRA, 2009).

Para Ayres (2002), a vulnerabilidade assume três dimensões centrais, individual, social e programática. A vulnerabilidade individual compreende os aspectos biológicos, cognitivos, emocionais, atitudinais bem como aqueles referentes às relações sociais. Por sua vez, a vulnerabilidade social caracteriza-se por aspectos sociais, econômicos e culturais que oportunizam ou determinam o acesso a bens e serviços, inclusive de saúde. E por fim, a vulnerabilidade programática refere-se ao acesso (físico, comunicacional, insumos) bem como a aspectos de gestão.

Apropriar-se do conceito-chave de vulnerabilidade possibilitará a busca de um olhar renovado e ampliado nas práticas de saúde, para além do risco. A partir do

conhecimento desses padrões de vulnerabilidade, abre-se a possibilidade de melhor instrumentalizar a práxis no controle da hanseníase, a qual impõe um desafio histórico.

A magnitude, a gravidade e a transcendência da doença aliadas à escassez de estudos locais, estaduais e nacionais com este recorte, tornam estudos que integrem as categorias de risco e vulnerabilidade no Piauí de grande relevância, pois podem suscitar a avaliação de outras estratégias no enfrentamento da hanseníase, subsidiando políticas e práticas educativas.

Portanto, a caracterização das dimensões de vulnerabilidade de casos de hanseníase em contatos intradomiciliares e coabitantes, evidencia o diferencial de estudos desta natureza. Na medida em que se utiliza maior escopo conceitual e operacional, para além do contato intradomiciliar, possibilita-se o desenvolvimento de ações inovadoras em futuras abordagens de vigilância em saúde voltada para contatos e coabitantes. Ademais, possibilita avaliação da carga de exposição pois insere ferramentas mais amplas para reverter o quadro atual de alta endemicidade.

Considerando que há diversos fatores que estão associados ao adoecimento em hanseníase tais como, fatores epidemiológicos, demográficos, sociais e biológicos, tanto relacionados a contatos, como aos casos referência, urge o desenvolvimento de novos estudos para esclarecimento da influência de cada fator no adoecimento pela hanseníase.

Em função do exposto, emergiu a seguinte indagação: quais as dimensões de vulnerabilidades relacionadas à hanseníase entre contatos/coabitantes e sua interface com a detecção da doença na população do município de Floriano, Estado do Piauí?

Face às considerações levantadas recortou-se como objeto do estudo a análise das dimensões de vulnerabilidades associadas a contatos e coabitantes (sociais e residentes) de casos de hanseníase e sua interface com a detecção da doença em um município hiperendêmico do estado. Testou-se como hipótese, o fato de que os coabitantes residentes e os sociais apresentam dimensões de vulnerabilidades associadas à hanseníase em perspectiva semelhante a dos contatos intradomiciliares.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo geral

Analisar as dimensões de vulnerabilidade relacionadas à hanseníase entre contatos intradomiciliares, coabitantes sociais e coabitantes residentes de pessoas acometidas pela hanseníase e sua interface com a detecção da doença em município hiperendêmico do Estado do Piauí.

2.2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil sócio demográfico da população do estudo.
- Analisar as dimensões de vulnerabilidade individual, social e programática de contatos intradomiciliares.
- Analisar as dimensões de vulnerabilidade individual e social de coabitantes sociais e coabitantes residentes.
- Determinar a proporção de casos novos de hanseníase detectados entre contatos intradomiciliares, coabitantes residentes e coabitantes sociais.
- Verificar a associação de dimensões de vulnerabilidade da hanseníase com a detecção da doença em contatos intradomiciliares, coabitantes residentes e coabitantes sociais.

3 MARCO REFERENCIAL

3.1 O contato na hanseníase e o contexto histórico-político

Em 1873 foi descoberto o microrganismo causador da hanseníase *M. leprae*, pelo médico norueguês Gerhard Armauer Hansen (FORTALEZA, 2011). Em 1897 ocorreu em Berlim a 1ª Conferência Internacional de Lepra, na qual preconizou-se oficialmente a notificação obrigatória e o isolamento dos doentes como estratégia de controle, mas sem recomendar ações voltadas para os contatos (CUNHA, 2002).

Na primeira metade do século XIX, em São Paulo, Visconde de Oeynhausen, elaborou as primeiras informações sobre os focos familiares de hanseníase, fornecidas por meio do censo mais antigo realizado na então Capitania de São Paulo. Ele demonstrou a ocorrência de muitos casos de hanseníase em pessoas da mesma família, evidenciando focos familiares os quais, seriam "verdadeiros ninhos de Lepra". Naquela época existia uma crença popular na qual a transmissão da doença ocorria de pai para filho e entre os membros da família, corroborando a importância dos contatos na expansão da hanseníase (MAURANO, 1939).

De acordo com Pinto Neto et al. (2000), no Brasil, somente a partir do Decreto nº 5.156 de 8 de março de 1904, que aprovou o novo Regulamento Sanitário da União, a Legislação Sanitária Federal passou a inserir ações para a hanseníase. Este Decreto trouxe importantes medidas no que se refere à profilaxia da hanseníase, como, por exemplo, 1- considerá-la doença de notificação compulsória; 2- isolamento domiciliar do doente; 3 - proibição de residência em casas de habitações coletivas; 4- desinfecção do domicílio, principalmente nos espaços domiciliares da pessoa doente, bem como nos objetos e roupas que tivessem tido contato direto ou indireto com o mesmo.

Neste decreto foi introduzido um conceito geral de contato intradomiciliar que se referia à pessoa que residia no foco ou estivera em contato com indivíduos afetados por moléstias, ou provenientes de lugares onde estas moléstias se pronunciavam. Uma vez identificados, os contatos eram submetidos às devidas medidas de controle (EDUARDO, 1984).

A proposta de separação dos filhos de pessoas com hanseníase, de acordo com Agrícola (1954), foi oficializada pela primeira vez na 2ª Conferência Internacional de Lepra, em Bergen (Noruega), no ano de 1909, quando também

encontrava-se entre as suas conclusões recomendação referente ao exame e observação dos contatos, que deveriam ser encaminhados regularmente a um profissional médico com conhecimentos especiais da hanseníase.

Em 1916, Emílio Ribas proferiu uma conferência intitulada “A lepra - sua frequência no Estado de São Paulo - meios profiláticos aconselháveis” na qual, em resumo, concluiu pela necessidade da adoção de 11 medidas profiláticas, das quais duas se referiam mais diretamente aos contatos, mantendo a proposta da Conferência de Bergen, no que se refere ao isolamento imediato dos recém-nascidos, filhos das pessoas diagnosticadas com hanseníase. Neste 1º Congresso Médico Paulista, Emílio Ribas também reconheceu que havia uma grande polêmica entre os médicos a respeito dos mecanismos de transmissão da doença, se ocorria por meio do contato ou se tinha origem hereditária (CARRASCO, 1997).

No período compreendido entre 1889 a 1920, as medidas de controle da hanseníase estavam voltadas prioritariamente à questão da notificação compulsória e do isolamento dos casos. Não era dada maior ênfase ao controle junto a contatos intradomiciliares, pois ainda não havia consenso entre os médicos da época quanto ao modo de transmissão (CARRASCO, 1997; PINTO NETO et al., 2000). No Brasil, em 1920, o cientista e sanitarista Carlos Justiniano Ribeiro Chagas implantou um sistema que se baseava em três elementos: notificação obrigatória (que não existia até então), exames periódicos dos contatos e isolamento dos doentes em colônias agrícolas, asilos, hospitais e, muito raramente, no próprio domicílio (SANTOS; FARIA; MENESES, 2008).

Em 1920 foi criado por meio do Decreto nº 14.354 o Departamento Nacional de Saúde Pública e com ele a Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, que se constituiu no primeiro órgão federal destinado ao controle da doença. Nessa primeira Lei Nacional de Profilaxia da Lepra, vários artigos regulamentavam que as pessoas da família, os domésticos e todos os que residissem ou permanecessem no domicílio deveriam, por exemplo, ser submetidos a exames para verificar se estavam contaminados, principalmente se fossem cônjuges sadios ou crianças. Recomendava-se ainda que não deveriam utilizar qualquer objeto ou utensílio que tivesse servido ao doente; não deveriam guardar roupas limpas junto às do enfermo; e a criança, filha de mãe doente de hanseníase, isolada em domicílio, não deveria ser nutrida pela própria mãe (BRASIL 1960; AGRÍCOLA, 1954).

Houve também nessa legislação, segundo os mesmos autores, regulamentação quanto à vigilância dos contatos suspeitos, os quais deveriam ser acompanhados por um prazo de até cinco anos após desaparecerem os motivos da suspeição. As visitas poderiam ser executadas por enfermeiras sanitárias sob a superintendência dos inspetores sanitários, com intervalos de três a seis meses, a juízo da autoridade sanitária que poderia fixar prazos, dentro dos quais os contatos suspeitos deveriam comparecer à sede dos serviços para serem reexaminados.

Em 1923 ocorreu a 3ª Conferência Internacional de Lepra em Strasburgo (França), na qual foi recomendada que os membros da família de casos de hanseníase deveriam ser submetidos a exames periódicos, mantendo a recomendação de separar os filhos dos doentes desde o seu nascimento, e mantendo-os em observação, medida já contemplada previamente na legislação brasileira (AGRICOLA, 1954). Na década de 1930, foram publicados trabalhos envolvendo os contatos. Um dos primeiros trabalhos foi um estudo epidemiológico intitulado “Da frequência da lepra nos focos familiares”, onde foram estudados os contatos registrados na Seção de Contatos do Departamento da Profilaxia da Lepra, de 07/07/1928 a 30/07/1936: haviam sido matriculados 9.239 contatos, dentre os quais 456 adoeceram, perfazendo proporção de 4,9%, o que traduzia, assim, a importância do controle dos focos familiares (PATEO; PEREIRA, 1936).

Em 1935, foi implantado o Plano Nacional de Combate à Lepra que ratificou o modelo de isolamento em leprosários; ele seria implantado pelos Estados, abrangendo o nível nacional com seu modelo tripé (leprosário, dispensário e preventório). Segundo os leprologistas, se perdia o combate contra a lepra porque, para cada caso notificado e internado em estado avançado, o doente poderia deixar um rastro de quatro ou cinco casos por onde passasse e não necessariamente estes casos estariam em leprosários (ALVES; FERREIRA, FERREIRA, 2014).

Portanto, o modelo tripé teve no isolamento compulsório sua grande marca e foi bastante agressivo e rigoroso, considerando o conhecimento médico sobre a doença à época, que via no isolamento a forma mais correta de tratá-la. Em relação ao caso com hanseníase, não eram consideradas as questões sociais e subjetivas derivadas desta política. Era uma prática já consolidada em todo o mundo (MACIEL, 2007; ALVARENGA, 2013). Em 1938, no Cairo, Egito, na 4ª Conferência Internacional de Lepra, foram incentivadas ações que incluíssem a educação, a

propaganda sanitária e a cooperação de entidades particulares na reabilitação dos doentes (BRASIL, 1990).

Em 1941, houve reformulação do Ministério da Educação e Saúde com a criação dos Serviços Nacionais, dentre eles o Serviço Nacional de Lepra (SNL). Em 1943, a atuação mais abrangente do SNL, por meio das oito Delegacias Federais de Saúde espalhadas pelo território nacional, reconhecia-se um total de 14 leprosários construídos pelo governo federal, por intermédio de convênios com estados e municípios. Ao final desta década, nesses leprosários estavam internadas cerca de 20 mil pessoas (OLIVEIRA, 2012).

Em 1948, ocorreu o 5º Congresso Internacional de Lepra, em Havana, Cuba, no qual foi estabelecida a manutenção da política de tratamento do modelo tripé, mas, ainda que brevemente, foram feitas críticas à sua manutenção que causava fortes prejuízos sociais às pessoas atingidas. Outra recomendação interessante foi o reconhecimento da eficácia da nova terapêutica para a lepra com as sulfonas, o que também abriu caminho para o debate acerca do combate ao estigma da doença e, principalmente, quanto ao uso pejorativo das palavras “lepra” e “leproso” (OLIVEIRA, 2012).

Na Portaria Federal de 1949 era preconizado o registro dos contatos (o prazo mínimo estabelecido era de seis anos para o controle dos contatos). Frequentemente não era realizado, inclusive por haver recusa dos contatos em comparecer a um serviço de controle da doença, o pouco número de unidades sanitárias e de pessoal para essa tarefa bem como a falta de recursos materiais nos dispensários, principalmente o transporte do médico até a residência do contato para examiná-lo e registrá-lo (FONTE, 1951).

Em 1953, no 6º Congresso Internacional de Lepra, em Madri, o Comitê de Epidemiologia e Profilaxia assinalava o isolamento somente “de maneira seletiva, nos casos contagiosos, apenas o tempo necessário para a regressão clínica do quadro, após o que o paciente deveria ser tratado no dispensário (ambulatorialmente), onde receberia a medicação”. As campanhas profiláticas deveriam abordar aspectos de educação e propaganda sanitária, proteção e controle dos contatos, tratamento ambulatorial, investigações científicas e assistência social, medidas superiores à segregação e que, somente após executadas, as pessoas ainda com potencial de contagiosidade eram isoladas, “pelo tempo suficiente para a

regressão dos sintomas clínicos”. Notava-se uma discreta recomendação “crítica” ao tratamento segregacionista até então estabelecido (SAVASSI, 2010).

No início da década de 1960, uma nova Política de Controle da Hanseníase estava sendo implementada no Brasil propondo que o combate à hanseníase fosse desenvolvido como atividade de qualquer unidade sanitária e operacionalizado pelos próprios profissionais da unidade. A orientação profilática consistia na detecção precoce dos casos, vigilância destes contatos, seguimento dos casos em ambulatório, profilaxia da exposição ao contágio, prevenção pelo BCG, tratamento, assistência social e educação sanitária (PAIM, 1961).

Em 1962, a legislação brasileira para o controle da hanseníase, por meio do Decreto nº 968, revogou o isolamento compulsório, conjugou medidas de controle e de intervenção social com as de assistência. Fixou regras para: 1- vigilância dos casos não internados (bem como dos casos suspeitos e dos contatos), 2- verificação de notificações e denúncias, 3- realização de exames em grupos populacionais de interesse epidemiológico e 4- investigação de focos familiares (ANTUNES; COSTA; AUGUSTO, 1988).

No ano seguinte, durante o 8º Congresso Internacional de Lepra ocorrido no Rio de Janeiro, recomendou-se que os filhos de pessoas com hanseníase deveriam permanecer com seus pais e que outros meios de prevenção deveriam ser tentados. Em âmbito nacional, a legislação de 1962 somente foi revogada em 1976, por meio do Decreto nº 77.513, e poucos dias depois, expedida a Portaria nº 165, do Ministério da Saúde, que inaugurou uma nova fase da Política de Controle da Hanseníase no Brasil (ANTUNES; COSTA; AUGUSTO, 1988).

A partir da década de 1960, a modificação dos métodos de profilaxia dentro das políticas de controle da hanseníase foram alicerçados na descentralização do atendimento e no aumento da cobertura populacional, tratamento ambulatorial com sulfona, além do controle de contatos e educação sanitária (EIDT, 2004). Nessa década, a gestão em saúde do nível federal transferiu a responsabilidade do desenvolvimento das ações do programa para os Estados.

Nessa década algumas medidas de controle em relação aos contatos foram modificadas, tais como: estímulo ao comparecimento voluntário, além dos casos confirmados e suspeitos, revisão dermatoneurológica ao menos uma vez ao ano, assim como recomendação para que fossem comunicadas à autoridade sanitária as mudanças de endereço das pessoas com a doença e de seus contatos que se

transferirem para outra cidade. Recomendava-se ainda a busca ativa de casos de hanseníase e a realização de exames de coletividades. Porém, a mudança maior foi a abolição da prática do afastamento dos filhos das pessoas com hanseníase, salvo exceções definidas (ANTUNES; COSTA; AUGUSTO, 1988).

Era preciso compreender a “lepra” como uma doença que extrapolava os limites físicos e biológicos. Os significados socioculturais atrelados a ela deveriam ser igualmente combatidos e modificados. Neste sentido, a ideia de uma nova terminologia para a doença, um novo nome, livre de significados pejorativos, passa a ser pensado. O termo hanseníase é construído em cima de discussões vigorosas travadas internacionalmente, termo este forjado sob um novo discurso, brasileiro. Tornar a “lepra” uma doença como outra qualquer seria praticamente impossível diante dos significados pejorativos associados ao termo. A lepra seria uma doença de caráter adjetival, resultante de sua história secular associada ao horror e à incurabilidade. Apesar das resistências, alguns países adotaram outro termo em substituição à “lepra”, Estados Unidos, Jamaica, Bolívia, Trindade e Tobago, Guiana, Japão, Portugal e Itália. Estes países adotaram “doença de hansen” como termo oficial, o que não foi bem aceito porque Hansen, o descobridor do bacilo, não tinha essa doença (OLIVEIRA, 2012).

O Brasil instituiu, oficialmente, por meio do decreto 77.513, de 29 de abril de 1976 e da portaria nº 165 do Ministério da Saúde, de 14 de maio do mesmo ano, o termo Hanseníase e seus derivados. O combate ao estigma da doença continuou, inclusive em relação à educação para o uso da nova terminologia. Somente em 1995, por meio da lei federal nº 9010, de 29 de março, determinou a proibição do uso do termo “lepra” e de seus derivados em documentos oficiais da administração direta e indireta da União e dos Estados (OLIVEIRA, 2012).

Esta mudança foi fundamentada pela perspectiva desde 1981 de um novo esquema terapêutico com a multidrogaterapia proposta pela OMS. Este novo esquema terapêutico para a hanseníase, incluindo agora a rifampicina, foi denominado de poliquimioterapia (PQT), pois a resistência à dapsona e a persistência bacteriana vinham causando problemas operacionais significativos (CRESPO; GONÇALVES, 2014).

Em 1989 e em 1990, foi elaborado o Plano de Emergência Nacional para Hanseníase, cujos objetivos prioritários eram detectar todos os casos novos esperados, tratá-los com PQT, aplicar a vacina BCG em contatos intradomiciliares e

conhecer a real prevalência da hanseníase no país. Devido a investimentos na descentralização e na capacitação de recursos humanos, incrementou-se a adoção da PQT/OMS para manejo dos casos novos. A adoção da PQT/OMS no Brasil levou à reorganização das atividades do programa de controle da hanseníase no país. Em 1991 e 1992, o Ministério da Saúde adotou a PQT/OMS como o único esquema de tratamento no Brasil e a dose fixa na rotina dos serviços de saúde (CETOLIN, et al., 2010).

Em 1992, a OMS aprovou em sua 44ª Assembleia Mundial de Saúde, o Plano de Eliminação da Hanseníase, com o objetivo de eliminá-la globalmente como um problema de saúde pública até o ano 2000. Tal plano consistia nas seguintes prioridades: detecção intensiva dos casos, vigilância epidemiológica, atenção às incapacidades e tratamento com PQT (WHO,1998).

Em 1993, foi publicada a Portaria Ministerial nº 814, que também trazia novas instruções normativas em relação ao controle dos contatos, a fim de operacionalizar os critérios de vigilância, determinando que, após o exame dermatoneurológico de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos, de todas as formas clínicas, o contato indene deveria ser liberado com orientação quanto ao período de incubação, transmissão, sinais e sintomas da hanseníase e, se necessário, retornar ao serviço (ALVES; FERREIRA ; FERREIRA, 2014).

Em 1994, o Ministério da Saúde implantou uma nova classificação dos casos da doença para fins operacionais de tratamento: casos paucibacilares (formas clínicas indeterminada e tuberculoide) e casos multibacilares (formas clínicas dimorfa e virchowiana). O Brasil, por meio do Ministério da Saúde e de todos os Estados, elaborou o seu próprio Plano de Eliminação da Hanseníase, estabelecendo como meta reduzir a prevalência a menos de um caso por cada 10.000 habitantes utilizando-se do diagnóstico oportuno, da aplicação da PQT/OMS em todos os casos, além da alta por cura em 80% dos casos (BRASIL, 1994a; BRASIL 1994b).

A descentralização das ações de controle para municípios passou a se tornar elemento crítico para o sucesso dos programas. A primeira estratégia de integração das ações de controle na atenção primária à saúde (APS) no Brasil ocorreu com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir de 1994 programas que focalizavam ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral e contínua por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) passaram a ser desenvolvidos (LANA et al, 2014). Dentro desse contexto passou-se

a reconhecer o papel-chave de reordenar o Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de um modelo integrador de APS no Brasil. Iniciada em 1994, a ESF tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas (SANTOS, 2012).

A APS tem sido considerada uma estratégia fundamental para ampliação do acesso e reorientação dos diversos cuidados para diversos problemas de saúde pública, inclusive a hanseníase (RAFFE et al., 2013; BRASIL, 2012b).

Em 2000 foi publicada a Portaria Ministerial nº 816/GM que aprovava as diretrizes destinadas a orientar, em todos os níveis do SUS, as medidas de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle da hanseníase. Foi regulamentada pela Portaria Ministerial nº 1.073/GM de 26 de setembro de 2000, cujas instruções normativas contemplaram a vigilância dos contatos. Para fins operacionais continuou-se recomendando considerar como contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que residia ou tinha residido nos últimos cinco anos com o caso continua a manter a recomendação de liberar o contato sem a doença diagnosticada após o exame dermatoneurológico, com orientações necessárias quanto à aplicação da vacina BCG em todos os contatos intradomiciliares de todos os casos novos de hanseníase, independentemente da forma clínica (BRASIL, 2001b).

Em 2001, o Ministério da Saúde lançou o “Controle da Hanseníase na Atenção Básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família”, que incluí: ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, enfatizando os métodos de descoberta de casos, com vistas ao diagnóstico precoce inclusive por meio do exame de todos os contatos do caso diagnosticado, além da investigação epidemiológica, que abordava a vigilância dos contatos (BRASIL, 2001a).

Em 2002, foi realizado em Salvador, Bahia, o 16º Congresso Internacional de Hanseníase, com o objetivo de discutir avanços e pesquisas nas áreas de aspectos sociais (estigma social da doença), aspectos clínicos, epidemiologia, educação em saúde, imunologia, microbiologia e biologia molecular, aspectos operacionais de eliminação, prevenção de incapacidades e reabilitação, ensino, treinamento e integração dos serviços de hanseníase (ALVES, FERREIRA e FERREIRA, 2014). Em outubro de 2002, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.838 que definia as diretrizes e estratégias para estimular e consolidar as ações voltadas ao controle da doença. Entre outras medidas, criava um bônus incentivo para a ampliação da

detecção da prevalência oculta da hanseníase no âmbito da atenção básica à saúde de municípios considerados prioritários (BRASIL, 2002b).

Em 2008, na cidade de Hyderabad, Índia, o 17º Congresso Internacional de Hanseníase discutiu como temas predominantes a utilização de exames sorológicos em pessoas atingidas pela hanseníase, promoção em saúde, reabilitação e reinserção social do portador de hanseníase, bem como as estratégias a serem utilizadas, visando a um mundo “sem hanseníase”, conforme tema central do encontro (ALVES, FERREIRA; FERREIRA, 2014).

Em março de 2009, foi publicada a portaria nº 125/2009/SAS/SVS, substituída pela Portaria nº 3.125, GM/MS, de 07 de outubro de 2010, que aprovava as diretrizes para vigilância, atenção à saúde e controle da hanseníase com vistas à orientação de gestores, gerentes e profissionais dos serviços de saúde de atenção primária (BRASIL, 2011). Esta portaria recomendava a realização do diagnóstico precoce, tratamento oportuno com a PQT, prevenção e tratamento de incapacidades e vigilância dos contatos domiciliares, ações realizadas prioritariamente nas unidades de APS (BRASIL, 2010d).

Em 2016, foi publicada a Portaria nº 149, de 03 de fevereiro de 2016, a qual aprova as atuais diretrizes para Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública com intuito de orientar os gestores e os profissionais da saúde no controle e manejo da doença além de fortalecer as ações de vigilância e atenção da hanseníase, fundamentada na comunicação, educação e mobilização social. Essa portaria revogou a portaria 3.125, de 7 de outubro de 2010 (BRASIL, 2016b).

Atualmente para o controle da hanseníase recomenda-se uma prestação integrada de serviços de saúde básicos no nível de APS. A principal estratégia é integrar todos os componentes essenciais das atividades de controle da hanseníase no SUS a partir da APS. Isso inclui os serviços de referência, promoção e fortalecimento de estratégias inovadoras sustentáveis, prevenção de ocorrência e agravos de incapacidades, promoção da utilização de reabilitação baseada na comunidade (RBC), dentre outras (OPAS, 2010).

Apesar da importância do contato na dinâmica de transmissão epidemiológica da hanseníase, demonstrado evidenciado por vários estudos como sendo o indivíduo que apresenta um risco maior de adquirir a doença; tanto no contexto familiar quanto social, as atividades relacionadas a este controle têm sido

implementadas de forma insatisfatória pelos serviços e profissionais de saúde (PEDRAIANI et al., 1986; PINTO NETO, 1999).

3.2 Aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase

3.2.1 Aspectos clínicos

A hanseníase é causada por *M. leprae*, também chamado de bacilo de Hansen, uma bactéria intracelular obrigatória que tem afinidade por células da pele e nervos periféricos. O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença, o que traz um grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades. Estas incapacidades e deformidades podem gerar problemas, tais como diminuição da capacidade de trabalho, limitação da participação social, redução da qualidade de vida e problemas psicológicos. Em última análise, são responsáveis, também, pelo estigma e preconceito fortemente associados (BRASIL, 2002a; 2010a).

A transmissão da hanseníase ocorre por meio de contato estreito e prolongado entre um indivíduo susceptível e o portador do bacilo (qualquer classificação operacional da doença ou forma clínica) por meio da inalação desses bacilos contido na secreção nasal ou em gotículas. A principal via de transmissão é a mucosa nasal e, menos comumente, a transmissão pode ocorrer por erosões da pele (LASTÓRIA, 2014). O bacilo de Hansen possui uma alta infectividade, porém, uma baixa patogenicidade, ou seja, apesar de ser capaz de infectar um grande número de pessoas, poucas desenvolvem a doença. Além disso, não se sabe ao certo qual o momento entre o contato com o bacilo e a hanseníase que o indivíduo assintomático se torna “bacilífero” e passa a ter papel relevante no processo de transmissão. O fato é que a infecção em indivíduos assintomáticos pode disseminar a doença, sendo vital, portanto, a formulação de ações estratégicas para o controle (BRASIL, 2012a; LASTÓRIA, 2014).

A fonte de infecção e o reservatório principal da hanseníase é o homem. Porém, o significado de outras fontes de infecção e dos reservatórios naturais não está completamente elucidado, embora exista conhecimento sobre potencialidades de outras fontes de infecção na transmissão da hanseníase. Neste sentido, a ocorrência de fontes não humanas de *M. lepra* tem sido investigada.

Foi criado o termo “contato” para indicar situações de proximidade física suficiente para que um indivíduo seja exposto a uma fonte de transmissão, onde pode ser encontrado um agente físico, químico ou biológico (DEPS, 2001).

No contato fechado ou íntimo parte-se do pressuposto de que os contatos promotores da disseminação de um patógeno tendem a se repetir com certa estabilidade dentro de um mesmo grupo de parceiros, podendo assumir relações de dependência em forma de rede. Contatos fechados são comuns nos ambientes domiciliares, escolares e laborais; eles são mais facilmente identificáveis do que os contatos abertos, como contatos eventuais na comunidade. Contatos abertos seriam aqueles de caráter transitório, em constante mudança, cujas relações sociais onde estão envolvidos os seus atores costumam não depender uma da outra. Supõe-se que em contatos abertos, o nível de exposição a *M. lepraese* seja menor do que em contatos fechados (MOET et al., 2004).

Em estudo realizado por Van Beers et al. (1999), considerando a situação de não contato com casos de hanseníase como a basal, onde o risco é igual à unidade, demonstrou-se que o risco de contrair a doença ao longo de seis anos foi 9,4 vezes em contatos domiciliares e 3,7 vezes quando o contato estava na vizinhança. Entretanto, quando o caso era classificado como multibacilar, o risco no domicílio elevava-se para 13,7 vezes e na vizinhança, para 5,1 vezes. Van Beers et al. (1999) chegam a afirmar que o contato constitui o principal determinante na detecção da hanseníase. O que chama a atenção neste trabalho é a ampliação do conceito de contato, criando níveis de contato como o contato intradomiciliar, o contato de vizinhança e o contato social.

O risco de contrair hanseníase está mais associado ao grau de intimidade do contato do que ao parentesco familiar em si desse contato com as fontes de infecção. Contato é um indivíduo que participa da dinâmica de transmissão de um agente infeccioso convivendo ou mantendo contato com casos manifestos da doença ou com portadores assintomáticos de patógenos; ou ainda, que tenha tido passagem por ambiente onde permaneceram, recentemente, pessoas com doenças infecciosas (RICHARDUS et al, 2005). Dentro do domicílio, o grau de intimidade do contato interfere na infecção pela hanseníase, sendo mais alta entre aqueles que compartilham o mesmo dormitório com a fonte de casos; e, quando a mãe, em relação ao pai, é o caso referência (NOORDEEN, 1993).

Como ocorre em outras doenças infecciosas, a conversão da infecção em doença, depende de interações entre fatores ambientais e individuais do hospedeiro e do próprio bacilo (BRASIL, 2010c). No tocante aos fatores individuais, após a infecção, o desenvolvimento da doença depende de fatores genéticos e da imunidade celular do hospedeiro. Por motivos ainda não totalmente esclarecidos, 90% da população é resistente ao bacilo (FOSS, 2003).

Segundo Hegazy et al. (2002), a hanseníase pode não ocorrer em todas as pessoas infectadas com *M. leprae*. Ademais, contatos com casos bacilíferos nem sempre resultam na transmissão da infecção. Isto é demonstrado pela presença de pessoas clinicamente saudáveis no mesmo agregado familiar de uma pessoa com a doença manifesta.

O modo de transmissão da hanseníase considerado mais relevante para a propagação da infecção é por meio de contato direto, sendo a via respiratória a mais provável. O período de incubação é de dois a cinco anos em média e a latência da infecção tende a variar de acordo com a carga bacilar de exposição e a susceptibilidade individual, sendo que comumente o período de incubação é mais longo na forma virchowiana do que na forma tuberculoide (BRASIL, 2010c). No entanto, Barreto (2011) encontrou a maioria de casos de hanseníase ocorrendo entre 2 a 19 anos após o possível caso referência, confirmando que o período de incubação da doença pode ser longo e reforçando a necessidade de seguimento longitudinal e prolongado dos contatos, em vista da possibilidade de ocorrer casos subclínicos.

3.2.2 Classificação, diagnóstico e tratamento

A OMS propôs em 1982, com vista a implementar a adoção da PQT, uma classificação operacional em casos paucibacilares (PB) e multibacilares (MB). Buscava-se também facilitar os critérios diagnósticos utilizando como parâmetro o número de lesões. Considerava-se caso PB aquele que possuía até cinco lesões e caso MB aquele com cinco lesões ou mais. A partir desta classificação operacional, indicava-se o esquema de tratamento adequado ao caso (FOSS, 2003).

Os casos PB são aqueles nos quais os indivíduos afetados apresentam poucos bacilos, ou seja, apresentam menor probabilidade de transmissão, como nas formas indeterminadas (ou iniciais) e nas tuberculoides polares (autolimitadas). Os

casos MB (formas dimorfa e virchowiana), os indivíduos possuem uma carga bacilar maior, em virtude da incapacidade de seus sistemas imunes eliminarem os microrganismos; o que geraria maior potencial transmissor. Normalmente os casos PB têm poucas lesões de pele, raramente afetando troncos nervosos; já os casos MB têm muitas lesões e acometimento extenso de nervos (OPROMOLLA, 2000).

A classificação clínica correta do caso de hanseníase é fundamental para tratamento e prognóstico. Em 1953, foi proposta a classificação de Madri que definiu os grupos polares, tuberculoide (T) e lepromatoso (L); o grupo transitório e inicial da doença, a forma indeterminada (I); e o intermediário, a forma borderline (CRESPO, GONÇALVES, 2014).

Esta classificação deu origem à Classificação de Ridley, Jopling (R & J); desenvolvida em 1962, modificada em 1966, e revisada por Ridley em 1971, sendo denominada “Cinco de Sete Grupos”. Esta última é utilizada em pesquisas até os dias atuais. Por esta classificação, que denomina a forma I de “Lepra precoce”, um portador da doença pode estar dentro da faixa T, D ou V, de acordo com seus aspectos clínicos, histopatológicos, baciloscópicos, imunológicos e evolutivos (OPROMOLLA, 2000). Em relação à hanseníase neural primária (HNP), também conhecida como forma neural pura, correspondente a 5% dos casos, o diagnóstico baseia-se em uma série de critérios clínicos, epidemiológicos, histopatológicos, microbiológicos, imunológicos e eletroneuromiográficos, específicos (GARBINO et al, 2013).

Para o diagnóstico da hanseníase não existe método que seja “padrão-ouro”, pois seu agente etiológico não pode ser cultivado em meios sintéticos ou em culturas de células, e nem sempre é encontrado em exames bacterioscópicos, como a baciloscopia de raspado dérmico e a histopatologia. Nesta perspectiva, o diagnóstico de caso de hanseníase é em sua essência, clínico e epidemiológico. Com vistas à sua realização é importante o exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos, sensitivo, motor e/ou autonômico (LYON-MOURA, 2013).

Seguindo orientações da OMS para países endêmicos, o Ministério da Saúde do Brasil preconiza critérios de definição de caso para o diagnóstico de hanseníase. Considera-se caso de hanseníase, a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais, que necessita de tratamento com PQT: lesão(ões) e/ou

área(s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil; ou comprometimento do nervo periférico, geralmente espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; ou presença de *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biopsia de pele (BRASIL, 2016b).

A escassez de sintomas no início da doença pode contribuir para a demora e erros no diagnóstico ou ainda para subdiagnóstico. Esta definição não inclui os casos curados com sequelas. Ressalta-se que a baciloscopia negativa não descarta o diagnóstico de hanseníase (LYON-MOURA, 2013).

A sensibilidade do diagnóstico de hanseníase quando os três sinais cardinais estão presentes alcança 97%. Quando se utiliza a quantificação das lesões anestésicas hipopigmentadas em casos MB, cerca de 30% dos casos podem ser subdiagnosticados, em comparação com os paucibacilares, nos quais até 90% dos casos estas lesões são observadas (MOSCHELLA, 2004).

A cura da hanseníase associa-se ao ponto de vista bacteriológico. O tratamento é realizado em esquema ambulatorial e as internações costumam se restringir a episódios reacionais graves. É recomendada a adoção de PQT que traduz uma combinação de drogas antimicrobianas para prevenir a resistência medicamentosa, diminuir rapidamente a carga bacilar e interromper a transmissão. Para os casos MB é indicado o esquema com rifampicina, clofazimina e dapsona durante 12 meses; e, para os casos PB, rifampicina e dapsona por seis meses. A rifampicina é bactericida e deve ser tomada em doses mensais enquanto as demais medicações, bacteriostáticas, diariamente (CRESPO, GONÇALVES, 2014).

A PQT padronizada e distribuída pelo Ministério da Saúde prevê a alta por cura após seis doses mensais supervisionadas de rifampicina e doses diárias auto administradas de dapsona em até nove meses, para os casos PB e após 12 doses mensais supervisionadas de rifampicina, clofazimina e dapsona e doses diárias auto administradas de clofazimina e dapsona em até 18 meses, para os casos MB (BRASIL, 2016).

Outra possibilidade de tratamento foi instituída no Brasil em 1997, em determinados centros de referência. Trata-se do esquema com rifampicina, ofloxacina e minociclina (ROM), que foi recomendado para casos PB com uma única lesão (mancha hipocrômica ou eritematosa, placa eritematosa ou área com diminuição da sensibilidade), sem nervo afetado, baciloscopias de raspado dérmico

negativas e nenhuma contraindicação aos medicamentos. Devem ser excluídos os casos abaixo de cinco anos de idade, grávidas e aqueles anteriormente tratados para a hanseníase. Entretanto, esta recomendação está ausente na Portaria 149 de 2016 (DINIZ; CATABRIGA;FILHO, 2010; BRASIL, 2010).

Em 2015, com a Portaria nº 32 de 30 de junho de 2015, tornou-se pública a decisão de incorporar a quimioprofilaxia de contatos de casos de hanseníase utilizando-se rifampicina em dose única no âmbito do SUS. Utiliza-se o termo “profilaxia pós-exposição (PEP)”. A PEP pode ser usada para expressar quimioprofilaxia ou imunoprofilaxia, ou ainda, ambas. Embora a intervenção seja simples, a administração de uma única dose de rifampicina aos contatos de um caso referênciado de hanseníase como mais uma ferramenta de redução da transmissão da doença, depende de planejamento para sua operacionalização (BRASIL,2015b).

3.2.3 Aspectos epidemiológicos

O mais apropriado seria classificar a hanseníase como uma condição infecciosa crônica estável do que uma doença transmissível aguda sensível a estratégias de eliminação. Mesmo teoricamente melhorando o acesso a diagnóstico e PQT eficaz com a implantação e implementação no país da ESF, a prevalência oculta sustenta a dinâmica de transmissão. A prevalência conhecida é influenciada por fatores operacionais, como encurtamento do tempo de tratamento, esquemas completos fornecidos no momento do diagnóstico, e por mudanças de definição de caso (PENNA, 2009; PENNA et al, 2008).

Em 1984, a OMS estimou que havia cerca de 12 milhões de pessoas com hanseníase no mundo. No início de 1997, este número reduziu-se para cerca de 1.150.000 casos, dos quais 888.340 estavam registrados para tratamento. Nas duas últimas décadas, o número global de casos diminuiu em quase 90% (WHO, 1998).

Em 2015, no mundo, 14 países representam 95% da carga de hanseníase. Na Índia notificou-se 127.326 casos novos, os quais representam 60% dos casos novos de hanseníase no mundo; o Brasil, notificou 26.395 casos novos, que representam 13% dos novos casos mundiais; e Indonésia notificou 17.202 casos novos, 8% dos casos mundiais. Além desses, nenhum outro país relatou mais de 10.000 novos casos. Isso evidencia que a hanseníase está tornando-se limitada a um pequeno número de países (WHO,2015), com padrões focais de ocorrência. A

distribuição dos casos novos de hanseníase por país, ou grupo de países, é apresentada na Figura 5:

Figura 5 - Distribuição geográfica dos casos novos de hanseníase, 2015.



Fonte: WHO, 2016.

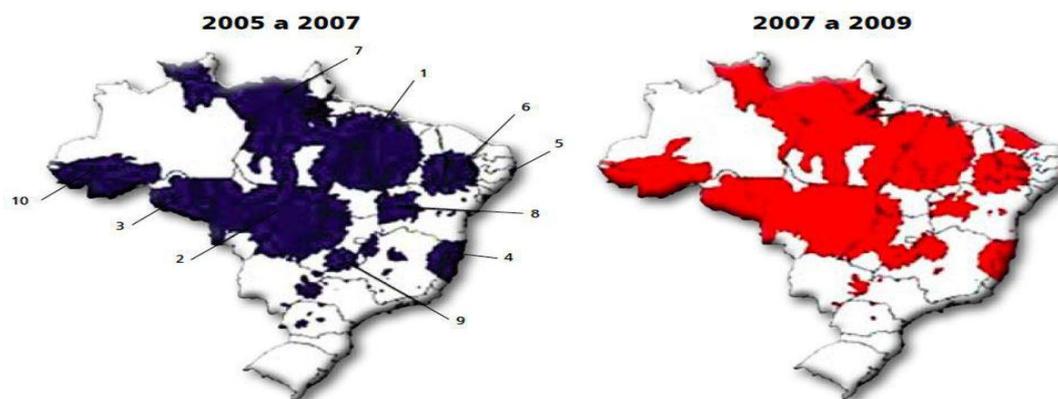
A doença possui dinâmica epidemiológica própria, necessitando de maior compreensão da sua tendência, espacialização e definição de áreas de maior risco para a ocorrência. Estudos são realizados para identificar clusters (áreas com maior risco de transmissão e onde se encontra a maioria dos casos) em determinadas regiões do país, alguns de alta densidade populacional e outros de baixa, mas todos com alto risco de detecção de casos. Nestes conglomerados identificados, há a necessidade de implementação de estratégias para as áreas em que a transmissão é maior, em espaços geograficamente contínuos e com maiores chances de se obter resultados epidemiológicos mais significativos, otimizando recursos financeiros, materiais e humanos (BRASIL, 2011a).

Estudo de Penna (2009) identificou os dez principais clusters brasileiros com base na detecção de casos novos no período de 2005 a 2007 que incluíam 1.173 municípios, 53,5% dos casos novos detectados no período considerado e apenas 17,5% da população do país. Destacavam-se as regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, sendo que os casos se concentravam mais na Amazônia legal.

Em análise realizada de casos notificados de 2007 a 2009, houve a confirmação dos clusters identificados a partir de estudo relativo ao período de 2005 a 2007, bem como do surgimento de um novo cluster incluindo a região metropolitana de Fortaleza, que atingia a região Oeste do Rio Grande do Norte.

Em 2010, o panorama epidemiológico mostrou o Brasil com um coeficiente de prevalência de 1,56 casos por 10 mil habitantes e coeficiente geral de detecção de 18,2 casos por 100 mil habitantes, considerado de média intensidade (RAMOS JR, 2014).

Figura 6 - Comparação dos clusters de alto risco de hanseníase no Brasil, 2005-2007 e 2007-2009.



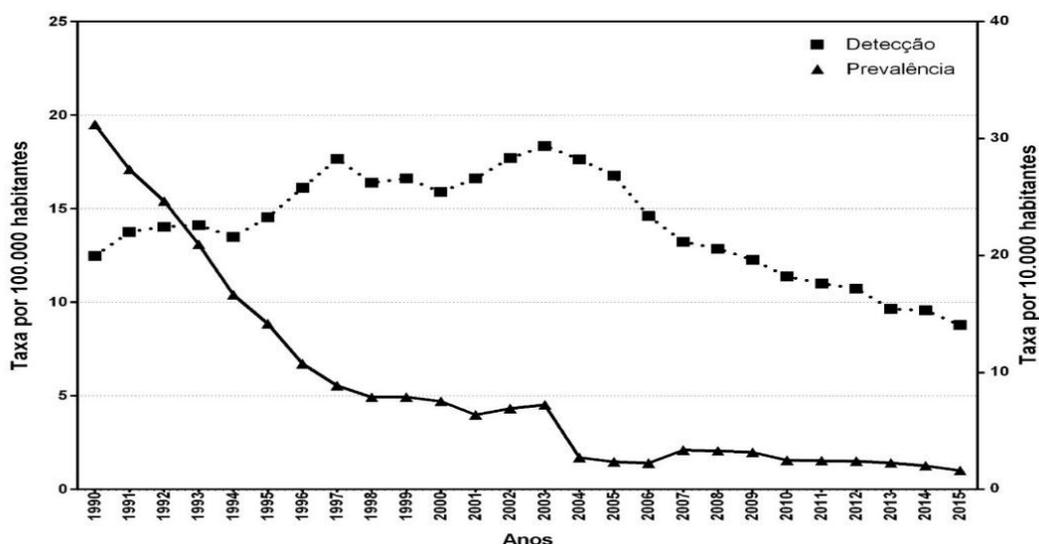
Fonte: Penna et al. in Saúde Brasil 2009. MS, 2010

Os Estados com maior detecção de casos novos situam-se nas regiões Norte, Centro-Oeste e em algumas regiões metropolitanas do Nordeste. De um modo geral, houve redução na detecção de casos novos em todas as regiões, em média de 4% ao ano, com uma proporção de cura nas coortes sendo considerada regular e o coeficiente de detecção de casos diagnosticados com GIF 2 alcançou 1,2 casos por 100 mil habitantes. Todas as regiões e a maioria dos estados apresentaram redução deste coeficiente nos últimos três anos. Na última década, vem ocorrendo redução da carga de hanseníase no Brasil, expressa pela redução dos números de casos em tratamento bem como de casos diagnosticados com lesões incapacitantes de grau 2 (BRASIL, 2011b).

A situação epidemiológica da hanseníase no Brasil é considerada heterogênea devido à grande variação do coeficiente de prevalência nas várias

regiões do país. Em 2015, o coeficiente de prevalência do Brasil foi 1,01/10.000 hab., e nas regiões do país os coeficientes foram os seguintes: região Centro-Oeste, maior coeficiente, 3,49/10.000 hab., seguida da região Norte, com 2,00/10.000. Já a região Nordeste apresentou coeficiente de 1,58/10.000 hab.; a Sudeste, 0,34/10.000 hab.; e a Sul, de 0,29/10.000 hab. Os indicadores epidemiológicos e operacionais do monitoramento de eliminação da hanseníase apontam para uma melhor situação na região Sul em relação às outras regiões do país (BRASIL, 2016). A **Figura 7** evidencia a detecção e a prevalência da hanseníase no Brasil ao longo de 25 anos.

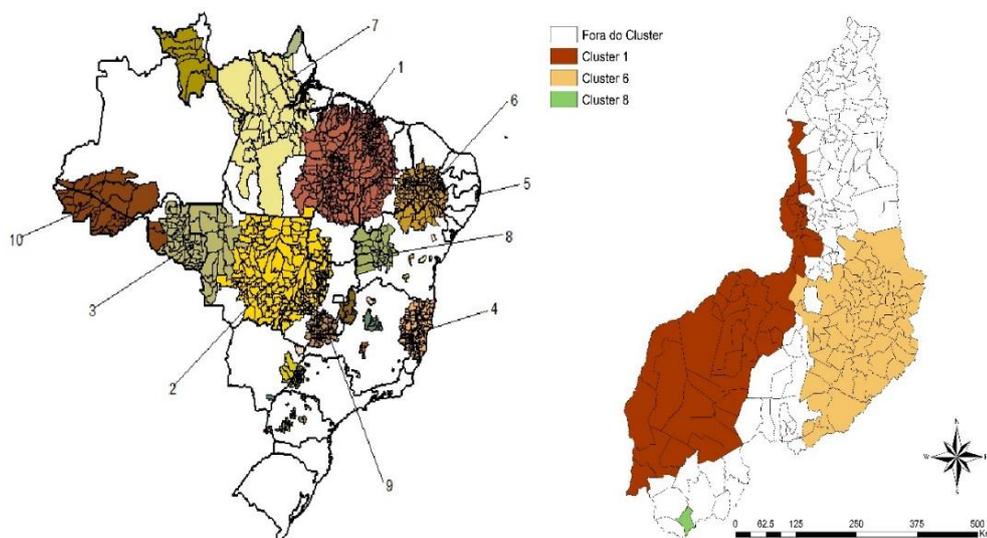
Figura 7 - Coeficiente de prevalência e de detecção em hanseníase Brasil, 1990-2015.



Fonte: Base de dados SINAN/SVS/MS 2016.

O Estado do Piauí abrange três clusters brasileiros (clusters 1, 6 e 8), fazendo parte das áreas prioritárias para a hanseníase. No cluster 1 apresentam-se 48 municípios, dentre eles a capital do Estado, Teresina e a cidade de Floriano, no cluster 6 há 72 municípios e no cluster 8 o município de Sebastião Barros, totalizando 121 municípios dos 224 existentes no Estado. A **Figura 8** mostra os clusters do Brasil e os clusters no Piauí, conforme o mesmo estudo (ARAÚJO et al., 2016b).

Figura 8 – Clusters de detecção de casos novos de hanseníase. Brasil, 1990-2015.



Fonte: PENNA, MLF – MS, 2008; ARAÚJO et al., 2016b

No ano de 2012, o Piauí notificou 1012 casos novos de hanseníase, destes 86 (8,5%) ocorreram em menores de 15 anos, ocupando o 8º lugar nacional em coeficiente de detecção (PIAÚÍ, 2014). Em 2014, o Piauí notificou 1.078 casos novos de hanseníase, com taxa de detecção geral de 33,74/100.000 hab., parâmetro considerado muito alto, e a proporção de contatos examinados de casos novos diagnosticados foi de 71,5%, considerada precária (ARAÚJO et al., 2016b).

Em termos absolutos, no período de 2001 a 2014 no município de Floriano foram notificados 1.076 casos novos de hanseníase, 4,8% de todos os casos registrados no estado do Piauí (20.467 casos). Há uma tendência de redução deste indicador ao longo desta série histórica: de 140,10/100.000 hab. em 2001 até 85,18/100.000 hab. em 2014. No ano de 2014, Floriano apresentou um coeficiente de detecção geral de 85,18/100.000 hab, o dobro do Estado do Piauí, considerado, portanto, hiperendêmico. A proporção de contatos examinados de casos novos diagnosticados verificada foi de 57,4%, considerada precária (ARAÚJO et al., 2016a).

A avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais da hanseníase permite conhecer o comportamento da endemia com a finalidade de fornecer orientação técnica permanente para aqueles que possuem a responsabilidade de recomendar, executar e avaliar as atividades de controle da doença. O conhecimento dos dados epidemiológicos permite desencadear o

processo informação-decisão-ação e a sua utilização na prática cotidiana dos serviços de saúde deve ser estimulada a fim de determinar prioridades e avaliar intervenções (LANA et al., 2011; LANZA, et al., 2012).

Nos países endêmicos, observam-se diferenças no coeficiente de prevalência entre regiões, estados e municípios e, no caso de grandes cidades, entre espaços intra-urbanos, concentrando-se nos locais de maior pobreza. Deve-se ressaltar a importância de incluir a condição socioeconômica como determinante social a ser avaliado para aquisição de doenças, por ser a característica central na estrutura social das sociedades mais complexas, fornecendo informações essenciais para intervenções em saúde e levantamentos epidemiológicos, além de sua importância no desenvolvimento de políticas públicas de saúde (DIAS, NOBRE e DIAS; 2005).

3.3 Vulnerabilidade em saúde

As iniquidades em saúde entre grupos humanos não devem ser justificadas somente por fatores biológicos; pelo contrário, as diferenças de saúde parecem resultar de hábitos e comportamentos socialmente construídos e, principalmente, de fatores que estão fora do controle direto do indivíduo ou do grupo. A investigação dos fatores individuais é importante para conhecimento dos indivíduos mais vulneráveis dentro de um grupo. Porém, são as desigualdades sociais entre classes que possuem maior determinação no processo saúde-doença, principalmente na produção das iniquidades de saúde (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013).

A saúde possui relação estreita com a forma pela qual a sociedade está organizada, o que proporcionou o estabelecimento das teorias explicativas sobre essa relação, denominadas de determinantes sociais da saúde (DSS). O que na verdade temos são condições sociais (desigualdades, pobreza, desemprego, miséria) benéficas ao capital e deletérias à saúde, fazendo com que a falta de saúde se configure também, em uma condição socialmente imposta (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013).

A partir da construção social da aids, surgiram modalidades de relação dos indivíduos com a doença. A primeira modalidade foi na forma de grupo de risco em que a doença passou a ser considerada “coisa dos outros”, daqueles que manifestam sexualidade desviante, como homossexuais; ou excessiva e pecaminosa, no caso das prostitutas; ou então dos que praticam crime com o uso de

drogas injetáveis. A segunda modalidade se relacionou à ideia de comportamentos ou práticas de risco, em que a aids era vista como uma doença “democrática”, que atingia a todos que adotavam comportamentos de risco, como, por exemplo, manter relações sexuais sem o uso do preservativo (PARKER, 1993).

Uma dificuldade da modalidade de comportamentos de risco é que todo o trabalho de prevenção passou a ter uma ótica individualista e culpabilizante, sem perceber que os modos de transmissão de uma doença são muitas vezes mais sociais do que individuais, e não se resolve a questão ao culpabilizar alguns ou premiar outros modelos de comportamento (SEFFNER, 1998).

Porém, com as manifestações dos movimentos sociais organizados, evidenciou-se que as mudanças de comportamento de risco não são resultantes somente da “informação e vontade” da pessoa, mas determinada pela disponibilidade e acesso de recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica, distribuídos desigualmente entre os países, classes sociais, grupos étnicos, faixas etárias e gênero. Portanto, os avanços do conceito de comportamento de risco mostraram-se insuficientes para fortalecer ações preventivas (AYRES et al, 1999, AYRES et al, 2006).

Em 1992, com o desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade associado à infecção por HIV/aids, houve maior compreensão de como questões relacionadas a desigualdades sociais, estigma, discriminação e violência, dentre outras, aceleram a disseminação da aids (PARKER, 1993).

Para Ayres (2002), o conceito de vulnerabilidade pode ser descrito como um esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e natureza de suscetibilidade dos indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte por HIV/aids, segundo particularidades formadas pelo conjunto dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema da aids e com os recursos para seu enfrentamento.

A partir do conceito de risco, os estudos epidemiológicos buscam a relação entre os casos de uma doença e as populações expostas, enquanto função matemática das chances de contato entre infectados e suscetíveis, como oportunidade de exposição ao agente causal. Buscou-se um avanço nessa questão. A epidemiologia atualmente, também necessita de determinantes outros, para além da questão meramente matemática (AYRES, 2011).

Nesta perspectiva, a partir da epidemia de aids, um conceito que tem auxiliado a Saúde, é o de vulnerabilidade aprimorado por Mann et al (1993), no livro “aids no mundo”. O conceito tem sua origem na área de Direitos Humanos e foi sendo apropriado pelo campo da saúde coletiva como estratégia de superação da ideia do risco, que vem se tornando insuficiente (AYRES, 2006). Segundo Mann et al (1993), o comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade à infecção, portanto, as ações preventivas deveriam ser focadas no indivíduo, embora somente isso não seja suficiente para controlar a epidemia. Nas vulnerabilidades, portanto, o adoecimento é resultado de aspectos coletivos e contextuais.

Ayres et al. em 2006 ampliam no Brasil o conceito proposto por Mann et al (1993) afirmando que o modelo de vulnerabilidade está formado por três planos interdependentes de determinação, no qual busca-se a compreensão do comportamento pessoal ou a vulnerabilidade individual, do contexto social ou vulnerabilidade social e do programa de combate à doença, ou vulnerabilidade programática. Além de fatores individuais, essas vulnerabilidades são, portanto, articuladas em três dimensões: individual, social e institucional, as quais juntas determinam e influenciam a doença (ARAÚJO, 2009).

Mesmo mantendo a perspectiva do indivíduo, o coloca em uma relação intrínseca, indivíduo e coletivo, sendo que o indivíduo não prescinde o coletivo não enfatiza a vulnerabilidade à determinação individual. A unidade analítica está no indivíduo-coletivo propõe ainda, que a vulnerabilidade incorpore, obrigatoriamente o contexto como locus de vulnerabilidade, o que pode acarretar maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento (Ayres et al., 2006).

A essência do conceito de vulnerabilidade encontra-se a capacidade de luta e de recuperação dos indivíduos e dos grupos sociais para o seu enfrentamento. Nesta essência estão postos, portanto, o entitlement, que se refere ao direito das pessoas; e o empowerment, que trata da participação política e institucional. Estes devem ser considerados na avaliação da vulnerabilidade e um aspecto importante refere-se ao fato de que há um trânsito constante entre as dimensões apontadas (BERTOLOZZI et al., 2009).

No plano individual, a vulnerabilidade depende do grau e da qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema, sua capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las enquanto atitude. A vulnerabilidade

social é um reflexo das condições de bem-estar social, aí incluídas a moradia, acesso a bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade de interferir nas instâncias de tomada de decisão (SOUSA; MIRANDA; FRANCO, 2011).

No plano programático, a vulnerabilidade é avaliada a partir de aspectos como: compromisso das autoridades com o enfrentamento do problema; ações efetivamente propostas e implantadas por essas autoridades; união interinstitucional e intersetorial (saúde, educação, bem-estar social, trabalho etc.) para a ação; planejamento e gerenciamento dessas ações; financiamento adequado e contínuo dos programas; avaliação dos programas; sintonia entre programas institucionalizados e anseios/necessidades da comunidade; dentre outros (SOUSA; MIRANDA; FRANCO, 2011).

Assim, a dimensão individual inclui a trajetória social, compreendendo as subjetividades, os projetos de vida, a percepção em relação ao futuro. Inclui, ainda, a representação subjetiva que se tem do outro e a percepção da utilização de práticas saudáveis de vida. Compreende a percepção subjetiva das normas, a interpretação pessoal e a expectativa de punição, entre outras questões (BERTOLOZZI et al., 2009). Considera todos os sujeitos susceptíveis à infecção, e está relacionada ao modo de vida das pessoas e ao contexto social onde a pessoa se insere. Assim, o contexto social pode contribuir para fortalecer o sujeito contra a infecção ou contribuir para aumentar a sua vulnerabilidade (AYRES et al., 2006).

A dimensão social integra o aspecto social do adoecimento, utilizando-se de indicadores que revelem o perfil da população da área de abrangência no que se refere ao acesso à informação, gastos com serviços sociais e de saúde. Esta dimensão inclui o ciclo de vida, a mobilidade social e a identidade social. Integra, ainda, as características do espaço social, as normas sociais vigentes, as normas institucionais, as relações de gênero, as iniquidades, entre outros aspectos (BERTOLOZZI et al., 2009).

A dimensão programática contempla o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização desses serviços, o vínculo que os usuários dos serviços possuem com os profissionais de saúde, as ações preconizadas para a prevenção e o controle do agravo e os recursos sociais existentes na área de abrangência do serviço de saúde. (BERTOLOZZI et al., 2009).

A vulnerabilidade programática identifica-se ao nível nacional, regional ou local, seja por governos federais, estaduais, municipais ou mesmo por organizações não governamentais. Exerce uma função de ligação entre as vulnerabilidades individual e social, em virtude de o programa ter responsabilidade pelo fornecimento de informação, recursos materiais, recursos humanos de qualidade para os indivíduos, e esse mesmo programa tem a capacidade de amplificar as necessidades e contradições sociais (AYRES et al., 1999).

De forma prática e sintética, a vulnerabilidade individual, refere-se ao grau e à qualidade da informação que os indivíduos dispõem sobre os problemas de saúde, sua elaboração e aplicação na prática; a vulnerabilidade social, avalia a obtenção das informações, o acesso aos meios de comunicação, a disponibilidade de recursos cognitivos e materiais, o poder de participar de decisões políticas e em instituições; e a vulnerabilidade programática, consiste na avaliação dos programas para responder ao controle de doenças, além do grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção (AYRES et al., 1999).

Partindo-se do pressuposto da determinação social da saúde-doença e do modelo de vulnerabilidade, há a necessidade da transdisciplinaridade, fundamental por tratar-se de problemas ou necessidades de saúde, até porque a complexidade do objeto da saúde requer diferentes aportes teórico-metodológicos, no intuito de não reduzir as ações a “tarefas” pontuais, de caráter emergencial, que não modificam a estrutura da teia de causalidade (NICHIIATA et al., 2011).

No intuito de intervir em situações de vulnerabilidade é necessário o desenvolvimento de ações que envolvam “resposta social” que, segundo Ayres et al (1999), significa a participação ativa da população na procura de estratégias exequíveis e resolutivas quanto à resolução de problemas e de necessidades de saúde.

Entretanto, as dimensões da vulnerabilidade não podem ser analisadas de forma isolada, elas são mutuamente referidas e devem ser sempre singularizadas com base nas seguintes questões de ordem prática: vulnerabilidade de quem, vulnerabilidade a quê, vulnerabilidade em que circunstâncias ou condições? As pessoas não são em si vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de sua vida (SOUZA, MELLO; AYRES, 2013).

A vulnerabilidade é um conceito importante para a pesquisa em saúde, por estar intrinsicamente vinculado à saúde e aos problemas de saúde. O conhecimento da vulnerabilidade das pessoas às doenças transmissíveis auxilia a identificação das suas necessidades em saúde, que são marcadas pelo estigma, exclusão social e sentimentos de medo (NICHATA et al., 2011). A construção do quadro conceitual da vulnerabilidade no campo da saúde é relativamente recente e está relacionada ao entendimento das práticas preventivas e às possibilidades de avançar para além das práticas apoiadas estritamente nos saberes biomédicos e na utilização acrítica dos estudos epidemiológicos de risco (SOUZA, MELLO e AYRES, 2001).

4 MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

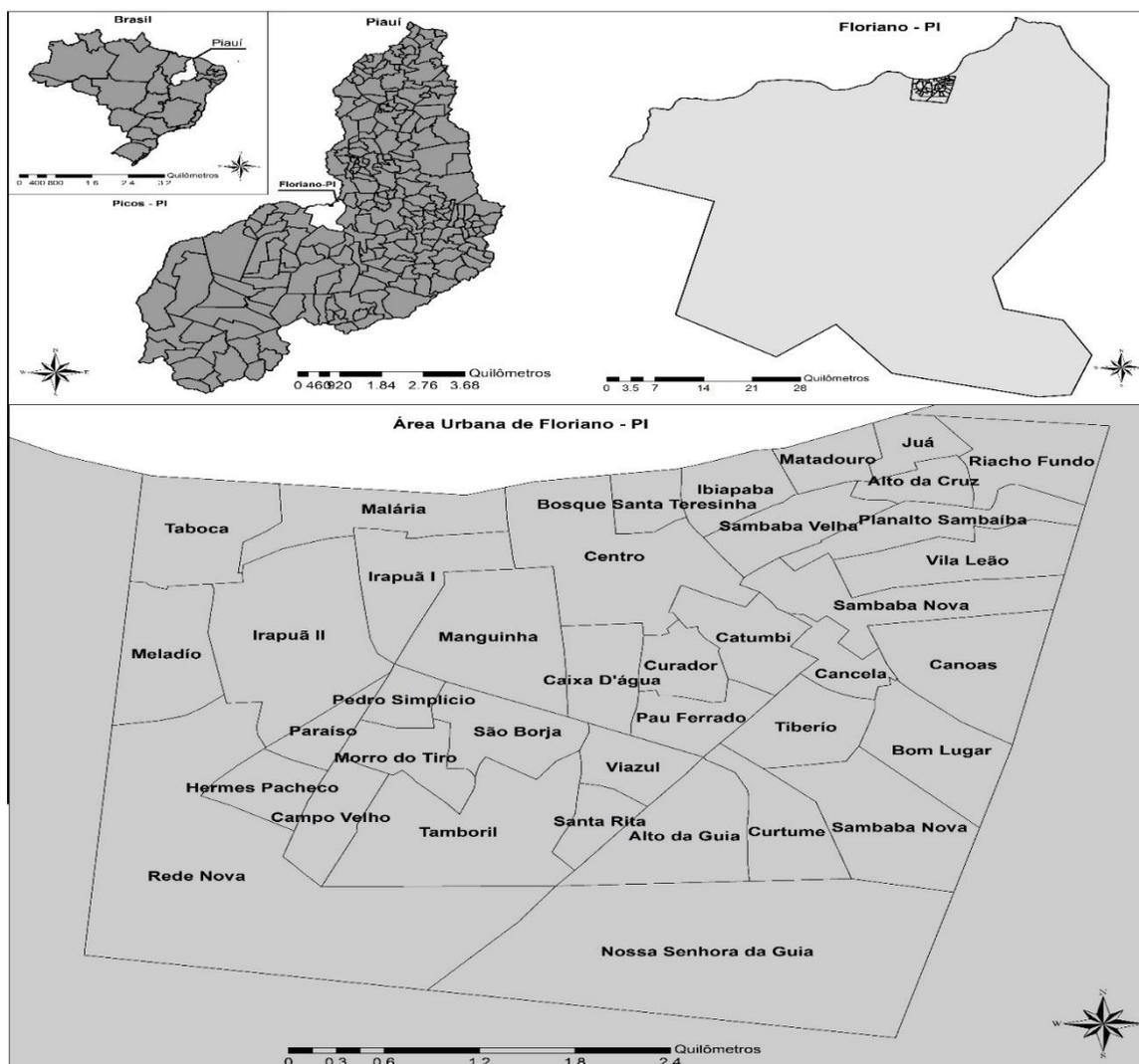
Trata-se de um estudo transversal, analítico, inserido em um macroprojeto de Pesquisa Operacional em Saúde sob a responsabilidade do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí e parceria com a Universidade Federal do Ceará, intitulado: **IntegraHans Piauí: abordagem integrada de aspectos clínicos, epidemiológicos (espaço-temporais), operacionais e psicossociais da hanseníase em municípios piauienses de alta endemicidade**. O macroprojeto tem financiamento pela Netherlands Hanseniasis Relief – NHR Brasil e pela Campagne Internationale de l'Ordre de Malte contre la Lèpre – CIOMAL, Organizações Não Governamentais com sedes em Amsterdã (Holanda) e Genebra (Suíça), respectivamente.

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Floriano, localizado no Estado do Piauí, na região Nordeste do Brasil (19º entre os 27 Estados do Brasil, em termos populacionais). O município de Floriano está situado na região do médio Parnaíba, distante 244 Km da capital, Teresina. Fundada em 1897, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), possui população de 57.690 habitantes, sendo 27.309 (47,3%) homens e 30.381 (52,7%) mulheres. Possui uma área de 3.409,65 km² equivalente a 1,35% do território estadual e densidade demográfica média de 16,9 habitantes por quilômetro quadrado (Km²).

Do total de habitantes, 86,6% estão concentrados na zona urbana (IBGE, 2010). A zona urbana de Floriano foi dividida em 40 bairros, conforme Lei municipal 504/2009 de 21 de setembro de 2009, descritos na estatística espacial oficial da prefeitura, conforme figura 9 a seguir:

Figura 9 – Estado do Piauí e localização do Município de Floriano e seus bairros, 2010.



Fonte: IBGE, 2010.

Dispõe de 25 equipes da Estratégia Saúde da Família implantadas no município, sendo 18 na zona urbana e sete na zona rural, contam com 137 Agentes Comunitários de Saúde e cobertura de 100% da ESF.

O município de Floriano foi selecionado para o estudo por fazer parte do denominado cluster 1, área com maior risco de infecção pela hanseníase, que no Estado se estende por 48 municípios (PIAUI, 2014). Integra o grupo de 253 municípios brasileiros considerados prioritários para vigilância em hanseníase pelo Ministério da Saúde em seu Plano Integrado de Ações Estratégicas 2011-2015 (BRASIL, 2012a).

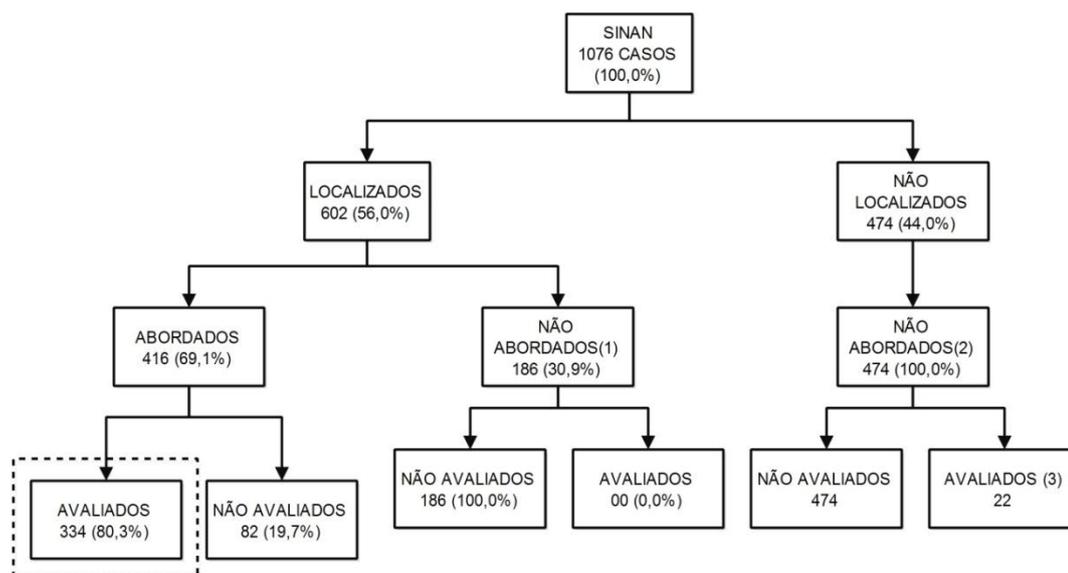
4.3 População do estudo

Por se tratar de um estudo censitário, buscou-se abordar toda a população notificada com hanseníase no município durante o período de 2001 a 2014 (n=1.076).

No estudo foram localizados 602 casos (55,9%). Dentre os 474 não localizados, a abordagem constatou in loco durante o trabalho de campo que havia alguns endereços incompletos ou não encontrados. Além disso, foram obtidas informações por parte da vizinhança de que alguns se mudaram para outros municípios e até mesmo para outros Estados. Em algumas situações não havia a rua registrada no bairro ou se havia, o número do domicílio era inexistente. Entre os que foram localizados, 186 (39,2%) deixaram de ser abordados, considerando-se que mesmo com três retornos a cada domicílio, os indivíduos não foram encontrados nas suas residências, por motivo de viagem ou por estarem no trabalho, dentre outros. Não consentiram participar da pesquisa 186 pessoas e 82 faltaram ao agendamento para avaliação, a despeito de terem sido contatadas previamente por telefone e terem confirmado.

Ao final, os casos referência abordados e avaliados totalizaram 334 pessoas, a partir das quais, 341 eram contatos intradomiciliares, 109 eram coabitantes sociais e 66 eram coabitantes residentes, conforme fluxogramas 10 e 11 a seguir:

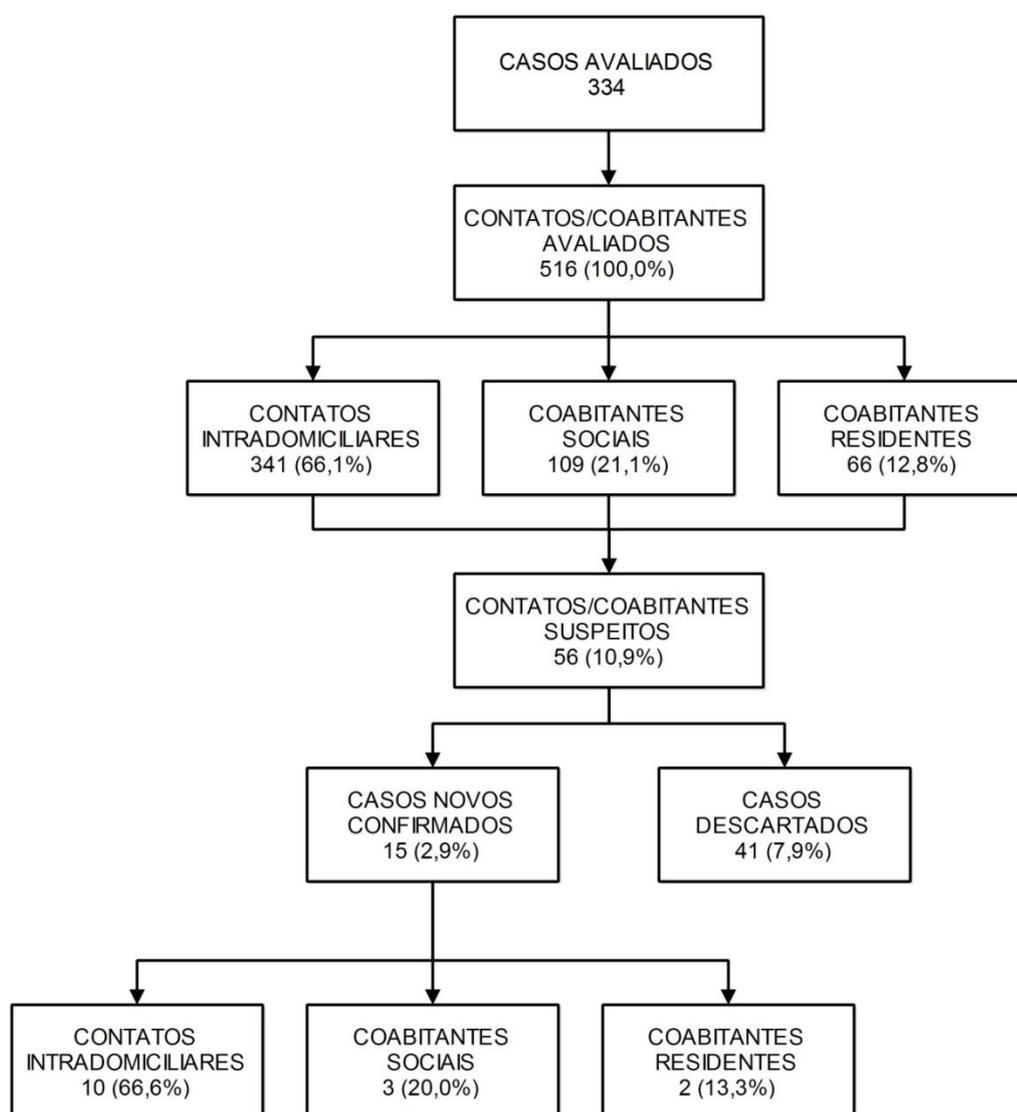
Figura 10- Fluxograma de abordagem dos casos de hanseníase em Floriano, 2001-2014.



Fonte: Pesquisa IntegraHans-PI, 2016.

- (1) Motivos: óbitos:53, recusa: 5 pessoas, viagem: 6 pessoas, hospitalização: 4 pessoas, mudança de endereço: 96 pessoas, no trabalho: 22 pessoas. Total: 186 pessoas.
- (2) Motivos: endereço não encontrado: 346 pessoas, endereço incompleto no SINAN: 128 pessoas.
- (3) Motivos: fora da Coorte: 15 pessoas, fora do SINAN: 7 pessoas. Total: 22 pessoas.

Figura 11 - Fluxograma de definição da População do Estudo, Floriano- Piauí. 2016.



Fonte: Pesquisa IntegraHans-PI, 2016.

4.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos neste estudo pessoas que faziam parte do grupo de contatos intradomiciliares, coabitantes residentes e coabitantes sociais dos casos referência de hanseníase notificados no período de 2001 a 2014, residentes na cidade de

Florianópolis, e que tiveram a abordagem autorizada pelos respectivos casos referência (n=516).

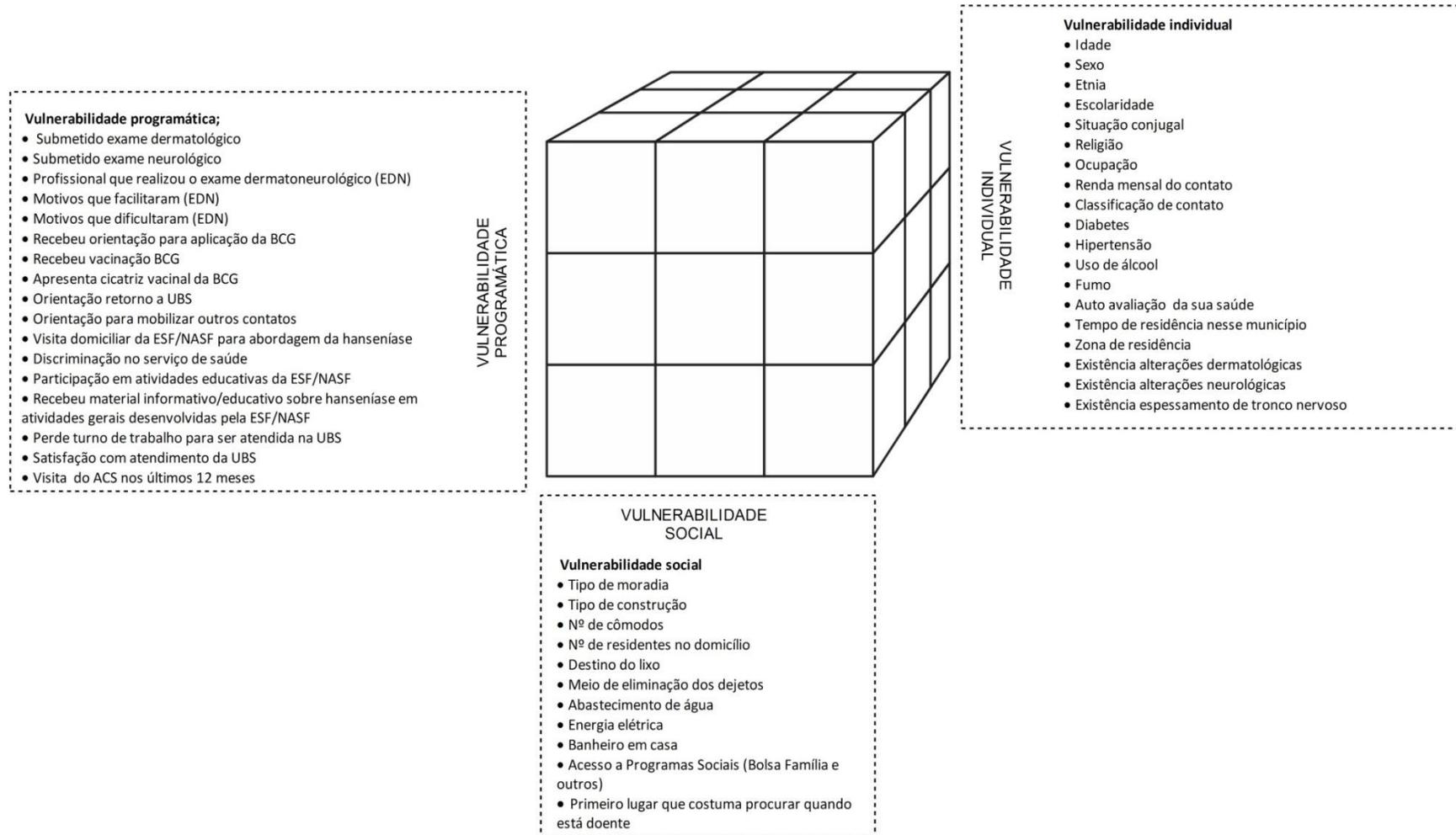
4.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos todos os contatos intradomiciliares, coabitantes sociais e coabitantes residentes que tiveram hanseníase antes do caso referência, as duplicidades, pessoas não localizadas no território.

4.3.3 Descrição das variáveis

As variáveis do estudo foram agrupadas segundo as dimensões das vulnerabilidades, com base em AYRES (2006) e conforme modelo teórico, representadas na Figura 12 a seguir:

Figura 12- Matriz teórica das dimensões de vulnerabilidade relacionada á hanseníase entre contatos intradomiciliares, coabitantes sociais e coabitantes residentes.



Fonte: Adaptado de Ayres, Paiva e França Jr., 2011 e Silva et al., 2013.

Como variável desfecho (dependente) a detecção de casos de hanseníase entre os contatos intradomiciliares, coabitantes residentes e coabitantes sociais. Como variáveis explicativas, foram inseridos aquelas que traduziam vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas. O Quadro 1, apresenta a descrição, categoria e classificação destas variáveis.

Quadro 01: Descrição, categorias e classificação das variáveis do estudo.

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL

Variáveis	Descrição	Categorias	Classificação
Idade	Faixa etária (em anos)	Criança: 0 a 9 Adolescente: 10-19; Adulto: 20-59 Idoso: 60 ou mais	Categórica Ordinal
Sexo	Sexo	Masculino Feminino	Categórica Nominal
Raça/Cor	Etnia (autorreferida)	Negra/Parda Branca Outras	Categórica Nominal
Escolaridade	Escolaridade	Sem escolaridade Fundamental Ensino Médio Ensino Superior	Categórica Ordinal
Situação conjugal	Convive com companheiro (a) autorreferido	Solteiro(a)/nunca foi casado(a) Casado(a)/Unido(a) Separado(a)/Divorciado(a)/Viúv o(a)	Categórica Nominal
Religião	Religião	Cristão evangélico Cristão católico Outros	Categórica Nominal

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL

Variáveis	Descrição	Categorias	Classificação
Ocupação	Ocupação atual principal referida	Estudante Dona de casa Lavrador Aposentado Outros	Categórica Nominal
Renda mensal do contato	Faixa de remuneração renda mensal em salário mínimo	>1 salário mínimo 1 a 2 salários mínimos + 2 salários mínimos	Categórica Ordinal
Classificação do contato	Situação atual do sujeito em relação ao caso referência	Contato Intradomiciliar Coabitante Residente Coabitante Social (não residente)	Categórica Nominal
Diabetes	Doenças autorreferidas	Sim Não	Categórica Nominal
Depressão	Doenças autorreferidas	Sim Não	Categórica Nominal
Uso de álcool	Escore Audit de consumo de álcool nos últimos 12 meses	Baixo risco ou abstinência: 0 a 7 Risco: 8 a 15 Uso nocivo ou alto risco: 16 a 19 Provável dependência: 20 ou mais pontos	Categórica Ordinal
Uso de fumo	Autorreferida atualmente	Sim Não	Categórica Nominal
Auto avaliação da sua saúde	Como avalia sua saúde atualmente	Boa Nem ruim nem boa Ruim	Categórica Ordinal

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL

Variáveis	Descrição	Categorias	Classificação
Zona de residência	Zona em que mora	Rural Urbana	Categórica Nominal
Existência alterações dermatológicas (caso identificado no estudo)	Presença alterações dermatológicas ao exame	Sim Não Duvidoso	Categórica Nominal
Existência alterações neurológicas (caso identificado no estudo)	Presença alterações neurológicas ao exame	Sim Não Duvidoso	Categórica Nominal
Existência espessamento de tronco nervoso (caso identificado no estudo)	Presença espessamento de tronco nervoso ao exame	Sim Não Não, papável mais com dor	Categórica Nominal
Forma clínica da doença (caso identificado no estudo)	Caracterização da forma clínica	indeterminada, tuberculóide, dimorfa e virchowiana	Categórica Nominal
Classificação Operacional (caso identificado no estudo)	Caracterização da classificação operacional	Paucibacilar Multibacilar	Categórica Nominal
Grau de incapacidade física no diagnóstico (caso identificado no estudo)	Caracterização do grau de incapacidade física no diagnóstico	0= nenhum problema com olhos, mãos e pés devido a hanseníase; 1= diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos, mãos e/ou pés; 2=olhos: lagoftalmo e/ou ectrópio, triquíase, opacidade corneana, acuidade visual menor que 0,1 ou não conta os dedos a 6m de distância; mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas, garras; pés: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas, garras, reabsorção, pé caído, contratura do tornozelo	Categórica Ordinal

VULNERABILIDADE SOCIAL

Variáveis	Descrição	Categorias	Tipo
Situação de moradia	Tipo de moradia autorreferida	Casa própria Casa alugada Mora de favor Outros	Categórica Nominal
Tipo de construção	Qual material predomina na construção das paredes externas e internas	Alvenaria com revestimento Alvenaria sem revestimento Outros	Categórica Nominal
Nº de cômodos	Quantos de cômodos incluindo banheiro(s) e cozinha(s)	_____	Numérica Discreta
Nº de residentes no domicílio	Quantas pessoas residem atualmente no domicílio	_____	Numérica Discreta
Destino do lixo	Destino dado ao lixo	Coletado Queimada Céu aberto	Categórica Nominal
Meio de eliminação dos dejetos	Forma como são eliminados os dejetos	Rede de esgoto Fossa Outros	Categórica Nominal
Abastecimento de água	Principal forma de abastecimento de água do domicílio	Rede geral de distribuição Poço ou nascente	Categórica Nominal
Energia elétrica	Existência de energia elétrica no domicílio	Rede geral Não tem energia elétrica	Categórica Nominal

VULNERABILIDADE SOCIAL

Variáveis	Descrição	Categorias	Tipo
Banheiro em casa	Número de Banheiros de uso exclusivo dos moradores deste domicílio	_____	Numérica Discreta
Acesso a Programas Sociais	Acesso a Programa Bolsa Família ou Seguro Safrá	Sim Não	Categórica Nominal
Local que procura ao encontrar-se doente	Primeiro local que procura ao encontrar-se doente (uma opção)	Farmácia Unidade Básica de Saúde (UBS) Pronto Socorro Consultório Particular	Categórica Nominal

VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA

Acessibilidade ao Serviço

Variáveis	Descrição	Categorias	Tipo
Submetido exame dermatológico	Foi submetido ao exame dermatoneurológico	Sim, completo (todo o corpo) Sim, incompleto Não realizado	Categórica Nominal
Submetido exame neurológico	Foi submetido ao exame dermatoneurológico	Sim, completo (todo o corpo) Sim, incompleto Não realizado	Categórica Nominal
Motivos que facilitaram o EDN	Motivos que facilitaram a realização do seu exame	Vontade pessoal Família envolvida Foi orientado Outro	Categórica Nominal

VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA

Acessibilidade ao Serviço

Variáveis	Descrição	Categorias	Tipo
Submetido exame dermatológico	Foi submetido ao exame dermatoneurológico	Sim, completo (todo o corpo) Sim, incompleto Não realizado	Categórica Nominal
Submetido exame neurológico	Foi submetido ao exame dermatoneurológico	Sim, completo (todo o corpo) Sim, incompleto Não realizado	Categórica Nominal
Motivos que facilitaram o EDN	Motivos que facilitaram a realização do seu exame	Vontade pessoal Família envolvida Foi orientado Outro	Categórica Nominal
Motivos que dificultaram o EDN	Motivos que dificultaram a realização do seu exame	Não realizado Não sabe Outro	Categórica Nominal
Recebeu orientação para aplicação da BCG	Foi orientado pelos profissionais de saúde sobre a aplicação da vacina BCG	Sim Não	Categórica Nominal
Recebeu vacinação BCG	Recebeu vacinação com BCG por ter tido caso de hanseníase na família	Sim Não	Categórica Nominal
Apresenta cicatriz vacinal de BCG	Registrar observação de cicatriz	Sim Não	Categórica Nominal

VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA

Acessibilidade ao Serviço

Variáveis	Descrição	Categorias	Tipo
Orientação para retorno à UBS	Recebeu orientação para retorno à UBS para realizar exames posteriores como contato de caso de hanseníase	Sim Não Não sabe/não quer responder	Categórica Nominal
Orientação para mobilizar outros contatos	Recebeu orientação para chamar outros contatos para serem avaliados	Sim Não	Categórica Nominal
Visita domiciliar da ESF/NASF para abordagem da hanseníase	Alguma vez recebeu Visita domiciliar da ESF/NASF para abordagem da hanseníase na família	Sim Não	Categórica Nominal
Discriminação no serviço de saúde	Já se sentiu discriminado ou tratado pior do que outras pessoas no serviço de saúde, por algum desses motivos	Sim Não Outro Não sabe/não quer responder	Categórica Nominal
Participação em atividades educativas da ESF/NASF	Participação em atividades educativas gerais para hanseníase promovidas pela ESF/NASF	Sim Não	Categórica Nominal
Recebeu material informativo/educativo sobre hanseníase em atividades gerais desenvolvidas pela ESF/NASF	Recebeu material informativo/educativo sobre hanseníase da ESF/NASF	Sim Não	Categórica Nominal

VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA

Acessibilidade ao Serviço

Variáveis	Descrição	Categorias	Tipo
Perde turno de trabalho para ser atendida na UBS/NASF	Perde turno de trabalho para ser atendida na UBS/NASF	Sim Não	Categórica Nominal
Satisfação com atendimento na UBS	Está satisfeito com o atendimento da UBS	Sim Não	Categórica Nominal
Visita do ACS nos últimos 12 meses	Recebeu visita do Agente Comunitário de Saúde nos últimos dozes meses	Semanalmente Mensalmente Nunca recebeu Não sabe/Não quer responder	Categórica Ordinal

4.3.4 Definições do estudo

Para efeito desse estudo foram definidos como caso de hanseníase, contato intradomiciliar, coabitante residente, coabitante social.

Caso de hanseníase (caso referência, nesse estudo): pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais, a qual necessita de tratamento com poliquimioterapia (PQT):

a) lesão (ões) e/ou área (s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil; ou

b) espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; ou

c) presença de bacilos *M.leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biopsia de pele (BRASIL, 2010).

Contato intradomiciliar: qualquer pessoa que tenha vivido na mesma residência do caso de hanseníase, no período de cinco anos anteriores ao diagnóstico (BRASIL, 2010a).

Coabitante residente: Qualquer pessoa que passou a viver no mesmo domicílio do caso referência após o diagnóstico, até cinco anos após o diagnóstico (UFC, 2014).

Coabitante social: Qualquer pessoa que frequente ou frequentou regularmente (três vezes por semana ou mais) o domicílio do caso referência, por pelo menos 01 (um) ano, antes e/ou após diagnóstico de hanseníase, e que nunca morou com o caso referência. Os coabitantes, incluem vizinhos, colegas de trabalhos e de escola, entre outros (UFC, 2014).

4.4 Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos: Abordagem Domiciliar do Caso Referência (ANEXO A); Termo de Autorização dos Casos referência para abordagem de contatos intradomiciliares e coabitantes residentes e sociais: (ANEXO B); Abordagem social do domicílio (ANEXO C); Levantamento Sócio Econômico Demográfico – contatos/coabitantes (ANEXO D); Triagem Clínica Dermato Neurológica dos contatos/coabitantes (ANEXO E); Avaliação Clínica – contatos/coabitantes (ANEXO F). Todos estes instrumentos foram validados pela equipe da Universidade Federal do Ceará durante o projeto IntegraHans Norte/Nordeste em 2014.

Utilizou-se também o instrumento para avaliação do consumo de álcool o Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (ANEXO D). O conteúdo ou composição da escala consiste de dez (10) questões, sendo três (3) relacionadas ao uso do álcool, quatro (4) sobre dependência e três (3) sobre problemas decorrentes do consumo. O tempo de aplicação é de aproximadamente cinco (5) minutos (ROCHA, 2010).

Em 2003, a tradução e adaptação para o Brasil desse instrumento foi feita pelo Programa de Ações Integradas para a Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade (PAI_PAD) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), em parceria com a OMS (ROCHA, 2010). A interpretação ocorreu à luz da publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001). Neste manual as respostas de cada questão são pontuadas de 1 a 4. O instrumento prediz quatro zonas de risco de acordo com os pontos obtidos: Zona I (até 7 pontos- baixo risco ou abstinência); Zona II (8 a 15 pontos uso de álcool);

Zona III (16 a 19 pontos, uso nocivo) e Zona IV (acima de 20 pontos possível dependência). Caso identificado no estudo: Avaliação Neurológica Simplificada (ANEXO G). Estes instrumentos estão sob domínio público e são recomendado pela OMS e Ministério da Saúde.

4.5 Coleta de dados

O trabalho de campo/coleta dos dados foi realizado em duas etapas, no período de julho/2015 a julho/2016, sendo que a primeira etapa (pré-avaliação) consistiu em cinco momentos e a segunda diz respeito à avaliação (anamnese, exames) dos contatos intradomiciliares e coabitantes, com classificação dos casos identificados a partir do diagnóstico.

4.5.1 Etapa1 (Pré- avaliação)

1º momento: sensibilização e formação dos gestores, docentes e profissionais de saúde para a pesquisa.

2º momento: pré-oficina com estes participantes, na qual foi feita avaliação das informações do banco de dados do SINAN do município, com críticas e avaliações dos casos diagnosticados no período de 2001 a 2014. Esse momento justificou-se, considerando que o estudo foi baseado, a princípio, na coleta de dados secundários obtidos a partir do SINAN.

3º momento: oficina com profissionais de saúde, docentes e gestores, com o objetivo de prestar esclarecimentos sobre a metodologia a ser desenvolvida na coleta de dados.

4º momento: realização de treinamento para os profissionais da ESF, incluindo Agentes Comunitário de Saúde, docentes e discentes, com vistas à abordagem domiciliar dos casos referências de hanseníase e seus contatos.

5º momento: realizou-se durante dez dias, treinamento para profissionais da ESF, docentes e estudantes que participariam do trabalho de campo ou não, com vistas a serem nivelados para realizar a avaliação clínica, dermatoneurológica e para a aplicação dos demais instrumentos do estudo, a fim de coletarem os dados de forma fidedigna. Este treinamento foi realizado pela equipe técnica da NHR, CIOMAL, Universidade Federal do Ceará - UFC, Universidade Federal do Piauí -

UFPI e Secretaria de Estado da Saúde do Piauí - SESAPI. Ressalta-se que os monitores eram profissionais de reconhecida expertise na área.

4.5.2 Etapa 02 (Avaliação individual dos contatos/coabitantes)

1º momento: Mapeamento dos casos referências e confirmação dos endereços confrontando os dados do SINAN com os endereços constantes no Sistema de Cadastramento de Usuários do Sistema Único de Saúde (CADSUS) e os óbitos, com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

2º momento: Visita aos casos de hanseníase pela equipe de abordagem domiciliar, convidando-os a comparecer juntamente com seus contatos intradomiciliares, coabitantes residentes e coabitantes sociais, em locais e data previamente estabelecidas. Enfatiza-se que a abordagem aos contatos ocorria somente após anuência do caso referência. Utilizou-se o Protocolo de Abordagem (ANEXO H), validado pela equipe da Universidade Federal do Ceará durante o projeto IntegraHans Norte/Nordeste em 2014.

3º momento: Coleta de dados por meio de inquérito clínico-epidemiológico e exame clínico (ANEXOS D, E, F e G), pelos profissionais da ESF e discentes previamente capacitados, sob a coordenação das autoras do estudo e supervisão pelos docentes das universidades e faculdade do município, os quais também foram previamente capacitados. Nos equipamentos sociais (UBS, escolas, clubes, associações, igrejas, dentre outros) destinados à coleta dos dados havia diariamente, nos dois turnos, uma equipe de profissionais de saúde, professores e estudantes escaladas para o acolhimento, aplicação dos instrumentos e avaliação clínica.

Ressalta-se que tanto o inquérito, quanto o exame físico foram realizados somente após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) pelos participantes (APÊNDICE A) e Termo de Assentimento (APÊNDICE B), explicando-se que este estudo apresentava risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc.

Os casos referência com os seus respectivos contatos e coabitantes que não comparecerem foram revisitados nos seus domicílios, pela equipe de abordagem domiciliar realizando-se até três retornos ao domicílio, além de telefonemas quando

possível, reafirmando o convite. A Coleta de dados foi realizada conforme (ANEXO I).

Durante a avaliação clínica, foi realizado o exame dermatológico específico para suspeição diagnóstica da hanseníase, quando ocorreu a procura por lesões e sintomas típicos conforme segue: manchas esbranquiçadas (hipocrômicas), acastanhadas ou hiperemiadas, com alterações de sensibilidade (hiperestésias ou hipoestesia, choques e câimbras que evoluem para dormência); pápulas, infiltrações, tubérculos e nódulos, normalmente sem sintomas; diminuição ou queda de pelos, localizada ou difusa, especialmente em sobrancelhas; falta ou tais como: edema e cianose de extremidades, mal estar geral, febre, artralgia, coriza e feridas na cavidade nasal, e ressecamento ocular.

Além da procura dos sinais e sintomas descritos anteriormente foram realizadas as pesquisas de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil nas lesões de pele. A avaliação neurológica incluiu: inspeção, palpação/percussão, avaliação funcional (sensibilidade, força muscular) dos nervos periféricos: radial, ulnar, mediano, tibial posterior e fibular comum, com vistas a identificar alterações quando existentes, conforme protocolo (APÊNDICE C).

A confirmação do diagnóstico dos casos suspeitos, ocorreu na referência secundária juntamente com a ESF das respectivas áreas, quando possível, a fim de matriciar os casos e fortalecer a realização do diagnóstico na APS. Por tratar-se de um Projeto Macro de Pesquisa Operacional, outras demandas de saúde como (fisioterapia, psicologia, nutrição, dentre outras) foram encaminhadas dentro da rede, conforme Fluxograma de Encaminhamento (APÊNDICE D).

4.6 Organização e análise dos dados

Foi utilizada a técnica de digitação dupla no Programa Epi Info™, versão 7.1.5.2 do *Center for Disease Control and Prevention – CDC*, para fins de validação, sendo posteriormente exportados para os aplicativos: Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 20.0 e R-Projc, versão 3.0.2. onde foram realizadas as análises. As variáveis abertas foram categorizadas, a fim de se tornarem fechadas para viabilização da análise estatística.

Na análise univariada foi usada estatística descritiva. Na bivariada utilizaram-se a razão de prevalência bruta, o teste qui-quadrado de Pearson (χ^2) ou o teste

exato de Fisher para associar as variáveis qualitativas, Teste de Poisson para associar as variáveis contínuas, conforme adequação (ARMITAGE; BERRY; MATHEWS, 2002; PESTANA; GAGEIRO, 2003).

Para explicar o efeito conjunto das variáveis sobre os desfechos utilizou-se a Regressão de Poisson Multipla (RPM) com razão de prevalência ajustada. O critério para inclusão de variáveis no modelo logístico foi a associação ao nível de $p < 0,200$ na análise bivariada (HOSMER; LEMESHOW, 2000). O critério de significância das variáveis no modelo, por sua vez, foi associação em nível de $p < 0,05$.

O modelo final de RPM foi ajustado pelo método Enter, que força a entrada de todas as variáveis no modelo, uma vez que a finalidade é explicar, não prever ou classificar futuros casos (AYÇAGUER; UTRA, 2004).

O teste de multicolinearidade necessário para a RPM foi realizado pelo VIF (Variance Inflation Factor), adotando-se como ponto de corte para o diagnóstico de multicolinearidade um VIF acima de quatro (GARSON, 2010). Contudo, o teste não detectou multicolinearidade entre as variáveis estudadas.

4.7 Aspectos ético-legais

Para a realização da pesquisa, solicitou-se a autorização das Secretarias de Saúde de Florianópolis e do Estado do Piauí. O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, sob o parecer: nº 1.115.818 (ANEXO J). Aos participantes, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) aos maiores de 18 anos e responsáveis por menores de 12 anos e para os adolescentes entre 12 e 17 anos o Termo de Assentimento (APÊNDICE C), foram assegurados o sigilo, anonimato, bem como a garantia da confidencialidade e a privacidade, e a não utilização de informações em prejuízo das pessoas, evitou-se qualquer tipo de constrangimento, conforme Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c).

5 RESULTADOS

A apresentação dos resultados está subdividida em três seções, sendo que na primeira, mostram-se as análises univariadas, na segunda as análises bivariadas e na terceira as análises multivariadas. No entanto, antecedendo as seções apresentam-se um fluxograma da população do estudo.

Nas análises univariadas são apresentadas a descrição da população e a caracterização clínica dos casos detectados no estudo, bem como a distribuição da população segundo a classificação de contato, se intradomiciliar, coabitante residente e coabitante social (Tabelas 01 e 02).

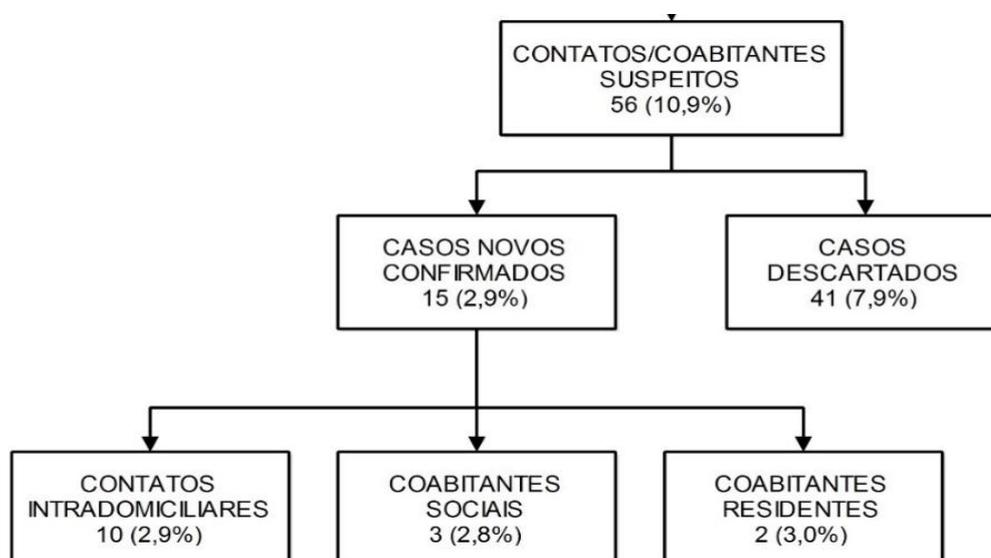
Nas análises bivariadas, apresentam-se as associações da variável desfecho (detecção de casos de hanseníase), com as variáveis independentes (vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas dos contatos intradomiciliares, coabitantes residentes e coabitantes sociais). (Tabelas 03 a 09).

Nas análises multivariadas apresentam a Regressão de Poisson dos casos detectados segundo as vulnerabilidades e classificação de contatos (Tabelas 10 a 12).

5.1 Análises univariadas

Dentre os 516 contatos/coabitantes avaliados 56 foram considerados suspeitos de casos novos de hanseníase. Porém, após avaliação pelo serviço de referência municipal, confirmaram-se 15 casos novos (2,9%), Dentre estes 66,6% eram contatos intradomiciliares, 20,0% coabitantes sociais e 13,3% coabitantes residentes, conforme figura 13 a seguir:

Figura 13: Fluxograma de contatos intradomiciliares, coabitantes residentes e sociais avaliados no estudo. Floriano/PI,2016.



A zona de residência predominante dos contatos e coabitantes foi a zona urbana, sendo superior a 84%. Quanto ao sexo, prevaleceu o feminino, entre os contatos intradomiciliares (64,2%), coabitantes residentes (60,6%) e coabitantes sociais (66,0 %) (Tabela 01).

No que se refere a faixa etária da OMS, a mais acometida pela hanseníase foi de 20 a 59 anos com 50,6% contatos, 42,4% coabitantes residentes e 44,7% de coabitantes sociais. Seguido de 10 a 19 anos perfazendo um total de 21,1% contatos, 19,7% coabitantes residentes e 35,9% de coabitante sociais. A etnia/cor parda/negra apresentou percentual de 80,6% entre os contatos intradomiciliares, 72,7% entre os coabitantes residentes e 76,1% entre os coabitantes sociais. Quanto à religião, os católicos representaram 72,7% dos contatos intradomiciliares 63,6% dos coabitantes residentes e 68,8% dos coabitantes sociais (Tabela 01).

No tocante à escolaridade predominou o ensino fundamental nas três categorias: contatos intradomiciliares (47,5%), coabitantes residentes, (40,9%) e coabitantes sociais (50,4%). Quanto à situação conjugal em todas as classificações a situação solteiro (a)/nunca foi casado(a) foi a predominante. Entre os contatos intradomiciliares 53,3% coabitantes residentes 71,2% e coabitantes sociais 52,2%. Quanto a ocupação a categoria estudante foi preponderante na população do estudo, variando de 30,2% entre os contatos intradomiciliares 43,5% entre os

coabitantes residentes e 35,7% em coabitantes sociais. A maioria apresentou renda inferior a um salário mínimo (Tabela 01).

O destino do lixo coletado pelo serviço municipal representou 80,8% entre os contatos intradomiciliares, 85,7% entre os coabitantes residentes e 83,87% entre os coabitantes sociais. Quanto a eliminação dos dejetos, a fossa séptica era utilizada por 78,10% dos contatos intradomiciliares, 90,5% dos coabitantes residentes e 79,0% dos coabitantes sociais. No que se refere ao abastecimento de água a expressiva maioria 85,4% dos contatos intradomiciliares, 90,5% dos coabitantes residentes e 85,5% dos coabitantes sociais), utilizam a rede geral de distribuição. Dispõem de energia elétrica da rede geral, 99,0% dos contatos intradomiciliares 95,2% dos contatos residentes e 100% dos coabitantes sociais.

Tabela 1: Características sócio demográficas da população do estudo Floriano/PI, 2016 (n= 516)

Variáveis	Classificação							
	Contatos		Coabitantes Residentes		Coabitantes sociais		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Zona de residência								
Rural	52	15,3	05	7,5	11	10,0	68	13,2
Urbana	289	84,7	61	92,4	98	89,9	448	86,8
Sexo								
Masculino	122	35,8	26	39,3	37	33,9	185	35,9
Feminino	219	64,2	40	60,6	72	66,0	331	64,1
Faixa etária OMS								
0 a 9 anos	36	10,7	20	30,3	5	4,3	61	11,8
10 a 19 anos	71	21,2	13	19,7	41	35,9	125	24,3
20 a 59 anos	170	50,6	28	42,4	51	44,7	249	48,2
60 ou mais	59	17,5	05	7,5	17	14,9	81	15,7
Raça/Cor								
Parda/Negra	275	80,7	48	72,7	83	76,1	406	78,7
Branca	26	7,6	05	7,5	10	9,1	41	7,9
Outras	40	11,8	13	19,7	16	14,6	69	13,4
Religião								
Evangélico	50	14,7	11	16,6	20	18,3	81	15,8
Católico	248	72,7	42	63,6	75	68,8	365	70,7
Outros	43	12,6	13	19,7	14	12,8	70	13,5
Escolaridade								
Sem escolaridade	38	11,2	13	19,7	8	7,3	59	11,5
Fundamental	162	47,6	27	40,9	55	50,4	244	47,3
Ensino médio	101	29,7	22	33,3	40	36,7	163	31,6

Variáveis	Classificação							
	Contatos		Coabitantes Residentes		Coabitantes sociais		Total	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Ensino superior	40	11,7	04	6,0	6	5,5	50	9,6
Situação Conjugal								
Solteiro/Nunca foi casado	182	53,4	47	71,2	57	52,2	286	54,5
Casado/Unido	116	34,1	15	22,7	38	34,8	169	32,2
Separado/Divorciado/Viúvo	43	12,6	04	6,0	14	12,8	70	13,3
Ocupação								
Estudante	103	30,3	29	43,4	39	35,7	171	33,2
Dona de casa	50	14,7	07	10,6	22	20,1	79	15,4
Lavrador	21	6,1	-	-	03	2,7	24	4,6
Aposentado	15	4,4	03	4,5	04	3,6	22	4,2
Outros	152	44,5	27	40,9	41	37,6	220	42,6
Renda Contato¹								
< 1 salário mínimo	202	59,3	51	77,2	76	69,7	329	63,8
1 a 2 salários mínimos	121	35,5	13	19,7	30	27,5	164	31,8
> 2 salários mínimos	18	5,2	02	1,5	03	2,7	23	4,4
Destino do Lixo								
Coletado	253	80,9	18	85,7	52	83,8	232	75,6
Queimado	51	16,2	02	9,5	08	12,9	61	19,9
Céu aberto	4	3,4	01	4,7	02	3,2	14	4,5
Eliminações Dejetos								
Rede de esgoto	34	10,8	01	4,7	11	17,7	46	11,6
Fossa	246	78,2	19	90,4	49	79,0	314	78,9
Outros	35	11,1	01	4,7	02	3,2	38	9,5
Abastecimento Água								
Rede geral de distribuição	269	85,5	19	90,4	53	85,4	341	85,7
Poço, cisterna, rio ou riacho	46	14,6	02	9,5	09	14,5	57	14,3
Energia Elétrica								
Rede geral	312	99,0	20	95,2	62	100,0	394	98,9
Não tem energia elétrica	3	0,9	01	4,8	-	-	4	1,1

¹Salário mínimo vigente no período de coleta era R\$ 788,00.

Entre contatos intradomiciliares, coabitantes residentes e coabitantes sociais foram identificados 15 casos novos. Quanto à forma clínica entre os contatos intradomiciliares (10 casos) 80% de forma I; entre os coabitantes residentes 50% de forma I e 50% não definida, entre os coabitantes sociais foi de 33,3% de forma I, 33,3% de forma V e 33,3% não definida. A classificação operacional entre os contatos intradomiciliares foi de 90% PB, nos coabitantes residentes 100% PB e entre os coabitantes sociais 33,3% PB e 66,67% MB. A avaliação de grau de

incapacidade física no diagnóstico foi de grau 1 em 70% dos casos detectados em contatos intradomiciliares, entre os coabitantes residentes 50% tinham grau 0 e 50% GIF 2 e entre os coabitantes sociais 33,3% grau 0, 33,3% grau 1 e 33,3% grau 2 (Tabela 2).

Tabela 2: Forma clínica, classificação operacional e grau de incapacidade física dos casos detectados no estudo. Floriano/ PI, 2016 (n=15)

Variáveis	Classificação dos casos detectados							Total
	Contatos		Coabitantes Residentes		Coabitantes sociais		N	
	n	%	n	%	n	%		
Forma Clínica								
Indeterminada	07	46,6	01	50,0	01	33,3	10	66,6
Tuberculoide	01	6,7	-	-	-	-	01	6,7
Boderline	01	6,7	-	-	01	33,3	02	13,3
Virchowiana	-	-	-	-	01	33,3	01	6,7
Não definida	06	40,0	01	50,0	-	-	01	6,7
Classificação Operacional								
Paucibacilar	09	90,0	02	100,0	01	33,3	12	80,0
Multibacilar	01	10,0	-	-	02	66,7	03	20,0
GIF¹ diagnóstico								
0	02	20,0	01	50,0	01	33,3	04	26,7
1	07	70,0	-	-	01	33,3	08	53,3
2	01	10,0	01	50,0	01	33,3	03	20,0

Legenda:¹ Grau de incapacidade física no diagnóstico.

5.2 Análises bivariadas

Ao realizar a análise das dimensões da vulnerabilidade individual com os casos identificados no estudo entre contatos intradomiciliares, observou-se associação estatisticamente significativa com autoavaliação da saúde ($p=0,04$), alterações dermatológicas, neurológicas e com espessamento de tronco nervoso ($p=0,00$) (Tabela 3).

Tabela 3: Dimensões da vulnerabilidade individual com os casos detectados no estudo entre contatos intradomiciliares. Floriano/PI, 2016. (n=341)

Variáveis	Casos detectados em contatos intradomiciliares						P-valor
	Sim		Não		RPb	IC 95%	
	n	%	n	%			
Zona de Residência							
Rural	02	3,8	50	96,2	1,41	0,43-1,92	0,67

Casos detectados em contatos intradomiciliares							
Variáveis	Sim		Não		RPb	IC 95%	P-valor
	n	%	n	%			
Urbana	08	2,7	281	97,3	1,00	-	
Sexo							
Masculino	04	3,2	118	96,8	1,19	0,62-2,23	0,77
Feminino	06	2,4	213	97,6	1,00	-	
Faixa etária OMS							
0 a 9 anos	00	-	37	100,0			0,69
10 a 19 anos	03	4,2	69	95,8	-	-	
20 a 59 anos	04	2,3	169	97,7			
60 ou mais	03	5,1	56	94,9			
Raça/Cor							
Negra/parda	10	3,6	265	96,4			0,68
Branca	-	-	26	100,0	-	-	
Outras	-	-	40	100,0			
Escolaridade							
Sem escolaridade	02	5,2	36	94,8	2,89	0,91-5,87	0,61
Ensino fundamental	03	1,8	159	98,2	1,00	-	
Ensino médio	04	3,9	97	96,1	2,20	0,22-5,01	
Ensino superior	01	2,5	39	97,5	1,40	0,11-3,14	
Situação conjugal							
Solteiro(a)/Nunca foi casado	04	2,2	178	97,8	1,00	-	0,55
Casado(a)/Unido	05	4,3	111	95,7	2,00	0,88-3,91	
Separado (a)/Divorciado/Viúvo	01	2,3	42	97,7	1,00	0,55-1,64	
Ocupação							
Estudante	01	0,9	102	99,1			0,21
Dona de casa	01	2,0	49	98,0			
Lavrador	02	9,6	19	90,4	-	-	
Aposentado	-	-	15	100,0			
Outros ¹	06	3,9	146	96,1			
Religião							
Evangélico	03	6,0	47	94,0			0,26
Católico	07	2,8	241	97,2	-	-	
Outros	-	-	43	100,0			
Renda do contato²							
<1 salário mínimo	04	1,9	198	98,1	1,00	-	0,42
1 a 2 salários mínimos	05	4,2	116	95,8	2,20	0,92-4,01	
>3 salários mínimos	01	5,5	17	94,5	2,90	0,98-4,55	
Diabetes							
Sim	-	-	20	100	-	-	1,00
Não	10	3,1	311	96,9			
Depressão							
Sim	02	5,2	36	94,8	2,00	0,81-4,12	0,36
Não	08	2,6	295	97,4	1,00	1,00	
Escore AUDIT (álcool)							
Baixo risco	09	2,9	301	97,4			0,62
Risco	01	3,8	25	96,2	-	-	
Uso nocivo ou alto risco	-	-	04	100			
Provável dependência	-	-	01	100			
Uso de fumo atual							
Sim	01	3,5	28	96,5	1,20	0,71-1,65	0,59

Casos detectados em contatos intradomiciliares							
Variáveis	Sim		Não		RPb	IC 95%	P-valor
	n	%	n	%			
Não	09	2,8	303	97,2	1,00	-	
Autoavaliação de saúde							
Boa	03	1,4	199	98,6	1,00		
Nem ruim nem boa	05	4,2	114	95,8	3,00	1,41-4,89	0,04
Ruim	02	10,0	18	90,0	14,3	6,11-18,97	
Alterações dermatológicas							
Não	01	0,4	209	99,6	1,00	-	0,00
Sim	09	6,8	122	93,2	17,0	9,76-26,92	
Alterações neurológicas							
Não	04	1,2	314	98,8	1,00		0,00
Sim	06	26,1	17	73,9	21,7	12,17-32,58	
Espessamento de tronco nervoso							
Não	03	0,9	299	99,1	1,00		0,00
Sim	06	17,1	30	82,9	19,0	7,14-29,27	
Não palpável, mas com dor	01	33,3	2	66,7	37,0	4,80-59,31	

Legenda: (¹) Outros: 1 zelador, 1 vigilante, 1 segurança e 1 bancária; (²) O salário mínimo (SM) vigente no período de coleta era de R\$ 788,00. Legenda: RPb= Razão de prevalência bruta, IC95%= Intervalo de Confiança de 95%, o nível de significância estatística foi fixado em $p \leq 0,05$.

Na análise das dimensões da vulnerabilidade individual com os casos identificados entre coabitantes residentes foi estatisticamente significativo a ocupação ($p=0,05$), renda ($p=0,04$), alterações neurológicas ($p=0,00$) e espessamento de tronco nervoso ($p=0,00$) (Tabela 4).

Tabela 4: Dimensões da vulnerabilidade individual com os casos detectados no estudo entre coabitantes residentes em Floriano- PI, 2016 (n=66)

Casos detectados em coabitantes residentes							
Variáveis	Sim		Não		RPb	IC 95%	P-valor
	n	%	n	%			
Zona de Residência							
Rural	-	-	05	100,0	-	-	1,00
Urbana	02	3,2	59	96,8			
Sexo							
Masculino	-	-	26	100,0	-	-	0,51
Feminino	02	5,0	38	95,0			
Faixa etária OMS							
0 a 9 anos	-	-	20	100,0			0,18
10 a 19 anos	-	-	13	100,0	-	-	

Casos detectados em coabitantes residentes							
Variáveis	Sim		Não		RPb IC 95%		P-valor
	n	%	n	%			
20 a 59 anos	01	3,5	27	96,5			
60 ou mais	01	20,0	04	80,0			
Raça/Cor							
Negra/parda	01	2,1	47	97,9			
Branca	01	20,0	04	80,0	-	-	0,18
Outras	-	-	13	100,0			
Escolaridade							
Analfabeto	02	15,3	11	84,7			
Fundamental	-	-	27	100,0			
Ensino médio	-	-	22	100,0	-	-	0,06
Ensino superior	-	-	04	100,0			
Situação conjugal							
Solteiro(a)/Nunca foi casado	01	2,2	46	97,8			
Casado(a)/ Unido	-	-	15	100,0	-	-	0,16
Separado(a)/Divorciado/Viúvo	01	25,0	03	75,0			
Ocupação							
Estudante	-	-	29	100,0			
Dona de casa	-	-	07	100,0			
Lavrador	-	-	-	-	-	-	0,05
Aposentado	01	33,3	02	66,7			
Outros ¹	1	3,7	26	96,4			
Religião							
Evangélico	01	9,1	10	90,9			
Católica	01	2,3	41	97,7	-	-	0,34
Outros	-	-	13	100,0			
Renda do contato²							
< 1 salário mínimo	-	-	51	100,0			
1 a 2 salários mínimos	02	15,3	11	84,7	-	-	0,04
> 3 salários mínimos	-	-	02	100,0			

Casos detectados em coabitantes residentes							
Variáveis	Sim		Não		RPb IC 95%		P-valor
	n	%	n	%			
Diabetes							
Não	-	-	-	-	-	-	-
Sim	02	3,1	64	96,9			
Depressão							
Não	-	-	05	100,0	-	-	1,00
Sim	02	3,2	59	96,8			
Escore AUDIT (álcool)							
Baixo risco ou abstenção	02	3,2	59	96,8			
Risco	-	-	04	100,0	-	-	1,00
Uso nocivo ou alto risco	-	-	01	100,0			
Provável dependência	-	-	-	-	-	-	
Uso de fumo atual							
Não	-	-	07	100,0	-	-	1,00
Sim	02	3,3	57	96,7			
Autoavaliação de saúde							
Boa	01	1,8	52	98,2			0,35
Nem ruim nem boa	01	10,0	9	90,0	-	-	
Ruim	-	-	03	100,0			
Alterações dermatológicas							
Não	-	-	47	100,0	-	-	0,08
Sim	02	10,0	18	90,0			
Alterações neurológicas							
Não	01	1,5	64	98,5	-	-	0,00
Sim	01	50,0	1	50,0			
Espessamento do tronco nervoso							
Não	-	-	62	100,0			
Sim	02	50,0	02	50,0	-	-	0,00
Não palpável, mas com dor	-	-	01	100,0			

Legenda: Outros: 1 –zelador, 1 vigilante, 1 segurança e 1 bancária;(²) O salário mínimo (SM) vigente no período de coleta era de R\$ 788,00. Legenda: RPb= Razão de prevalência bruta, IC95%= Intervalo de Confiança de 95%, o nível de significância estatística foi fixado em $p \leq 0,05$.

Na análise das dimensões da vulnerabilidade individual com os casos identificados entre coabitantes sociais verificou-se associação estatisticamente significativa com uso de álcool (AUDIT) ($p=0,02$), alterações dermatológicas ($p=0,03$), alterações neurológicas ($p=0,00$) e espessamento de tronco nervoso ($p=0,05$) (Tabela 5).

Tabela 5: Dimensões da vulnerabilidade individual com os casos detectados no estudo entre coabitantes sociais em Florianó- PI, 2016 (n=109).

Variáveis	Casos detectados em coabitantes sociais				RPb	IC95%	P-valor
	Sim		Não				
	n	%	n	%			
Zona de residência							
Rural	01	9,1	10	90,9	4,50	0,77-8,13	0,27
Urbana	02	2,1	96	97,9	1,00	-	
Sexo							
Masculino	01	2,7	36	97,3	1,00		0,98
Feminino	02	2,7	70	97,3	1,00	0,49-1,54	
Faixa etária OMS							
0 a 9 anos	-	-	5	100,0			1,00
10 a 19 anos	01	2,4	40	97,6	-	-	
20 a 59 anos	02	3,9	49	96,1			
60 ou mais	-	-	17	100,0			
Raça/Cor							
Negra	01	1,2	82	98,8			0,07
Branca	-	-	10	100,0	-	-	
Outras	02	12,5	14	87,5			
Escolaridade							
Sem escolaridade	-	-	08	100,0			0,51
Ensino fundamental	03	5,4	52	94,6	-	-	
Ensino médio	-	-	40	100,0			

Casos detectados em coabitantes sociais							
Variáveis	Sim		Não		RPb	IC95%	P-valor
	n	%	n	%			
Ensino superior	-	-	06	100,0			
Situação conjugal							
Solteiro(a)/Nunca foi casado	01	1,7	56	98,3			
Casado(a)/ Unido	01	2,6	37	97,4	-	-	0,54
Separado(a)/Divorciado/Viúvo	01	7,1	13	92,9			
Ocupações							
Estudante	01	2,5	38	97,6			
Dona de casa	-	-	22	100,0			
Lavrador	-	-	03	100,0	-	-	0,82
Aposentado	-	-	04	100,0			
Outros ¹	02	4,8	39	95,2			
Religião							
Evangélico	01	5,0	19	95,0	3,85	0,89-7,12	0,22
Católico	01	1,3	74	98,7	1,00	-	
Outros	01	7,1	13	92,9	5,46	0,99-9,87	
Renda contato²							
Menos 1 salário	03	3,9	73	96,1			
De 1 a 2 salários	-	-	30	100,0	-	-	0,59
Mais 3 salários	-	-	03	100,0			
Diabetes							
Sim	-	-	08	100,0	-	-	
Não	03	2,9	98	97,1			1,00
Depressão							
Sim	-	-	9	100,0	-	-	
Não	03	3,0	97	97,0			1,00
Escore AUDIT (álcool)							
Baixo risco ou abstenção	01	1,1	98	98,9			
Risco	02	28,5	05	71,5	-	-	0,02
Uso nocivo ou alto risco	-	-	02	100,0			

Casos detectados em coabitantes sociais							P-valor
Variáveis	Sim		Não		RPb	IC95%	
	n	%	n	%			
Provável dependência	-	-	01	100,0			
Uso de fumo atual							
Sim	-	-	10	100,0	-	-	1,00
Não	03	3,1	96	96,9			
Autoavaliação da saúde							
Boa	01	1,4	69	98,6			
Nem ruim nem boa	02	6,1	31	93,9	-	-	0,36
Ruim	-	-	06	100,0			
Alterações dermatológicas							
Não	-	-	74	100,0	-	-	0,03
Sim	03	8,5	32	91,5			
Alterações neurológicas							
Não	01	0,9	105	99,1	-	-	0,00
Sim	2	66,7	01	33,3			
Espessamento tronco nervoso							
Não	01	1,1	96	98,9			
Sim	02	18,1	09	81,2	-	-	0,05
Não palpável,mas com dor	-	-	01	100,0			

Legenda: (¹) Outros: 1 –zelador, 1 vigilante, 1 segurança e 1 bancária;(²) O salário mínimo (SM) vigente no período de coleta era de R\$ 788,00.RPb= Razão de prevalência bruta, IC95%= Intervalo de Confiança de 95%, o nível de significância estatística foi fixado em $p \leq 0,05$.

Na associação das dimensões da vulnerabilidade social com os casos detectados entre contatos intradomiciliares foi estatisticamente significativo o número de cômodos por pessoa ($p=0,01$). (Tabela 06).

Tabela 6. Dimensões da vulnerabilidade social com os casos detectados entre contatos intradomiciliares em Floriano- PI, 2016. (n=316)

Casos detectados em contatos intradomiciliares							
Variáveis	Sim		Não		RPb	IC95%	P-valor
	n	%	n	%			
Tipo de moradia							
Casa própria	09	3,3	265	96,7			
Casa alugada	-	-	23	100,0	-	-	1,00
Casa de favor	-	-	13	100,0			
Outros	-	-	05	100,0			
Tipo de construção							
Alvenaria com revestimento	07	2,8	245	97,2	1,00	-	
Alvenaria sem revestimento	01	3,3	29	96,7	1,20	0,43- 2,09	0,84
Outros	01	3,0	32	97,0	1,09	0,22- 1,87	
Destino do lixo							
Coletado	07	2,8	246	97,2			
Queimado	02	3,9	49	96,1	-	-	0,74
Céu aberto	-	-	11	100,0			
Eliminações dejetos							
Rede de esgoto	01	3,0	33	97,0			
Fossa	08	3,2	238	96,8	-	-	0,70
Outros	-	-	35	100,0			
Abastecimento água							
Rede geral	08	3,0	261	97,0	1,37	0,91- 2,46	0,76
Poço ou nascente	01	2,2	45	97,8	1,00	1,00	
Energia elétrica							
Rede geral	09	2,9	303	97,1	-	-	
Não tem energia elétrica	-	-	03	100,0			1,00

Casos detectados em contatos intradomiciliares							
Variáveis	Sim		Não		RPb	IC95%	P-valor
	n	%	n	%			
Beneficiário programas sociais							
Não	08	3,5	221	96,5	1,95	0,93-2,74	0,38
Sim	02	1,8	110	98,2	1,00		
Lugar procura quando doente							
Farmácia	-	-	57	100,0			
UBS	05	3,2	151	96,8	-	-	0,45
Pronto-socorro	03	3,8	76	96,2			
Consulta particular	01	4,3	22	95,7			
Nº de banheiro (média ±DP)	1,1 ± 0,5		1,3 ± 0,1		0,44	0,03-7,6	0,57
Nº de cômodos por pessoa (média ±DP)	1,6 ± 0,7		2,4 ± 0,9		0,49	0,21-0,86	0,01

Legenda: RPb= Razão de prevalência bruta, IC95%= Intervalo de Confiança de 95%, o nível de significância estatística foi fixado em $p \leq 0,05$.

Não houve significância estatística das dimensões da vulnerabilidade social com os casos detectados no estudo entre os coabitantes residentes (Tabela 07).

Tabela 7. Dimensões da vulnerabilidade social com os casos detectados entre coabitantes residentes em Floriano- PI ,2016 (n=20)

Casos identificados em coabitantes residentes							
Variáveis	Sim		Não		RPb	IC95%	P-valor
	n	%	n	%			
Tipo de moradia							
Casa própria	02	11,1	16	88,9			0,38

Casos identificados em coabitantes residentes							P-valor
Variáveis	Sim		Não		RPb	IC95%	
	n	%	N	%			
Casa alugada	-	-	01	100,0	-	-	
Casa de favor	-	-	01	100,0			
Tipo de construção							
Alvenaria com revestimento	01	6,2	15	93,8	-	-	0,48
Alvenaria sem revestimento	01	25,0	03	75,0			
Outros	-	-	-	-	-	-	
Destino do lixo							
Coletado	01	5,8	16	94,2			
Queimado	01	50,0	01	50,0	-	-	0,38
Céu aberto	-	-	01	100,0			
Eliminações dejetos							
Rede de esgoto	-	-	01	100,0			1,00
Fossa	02	11,1	16	88,9	-	-	
Outros	-	-	01	100,0			
Abastecimento água							
Rede geral	02	15,7	16	84,3	-	-	1,00
Poço ou nascente	-	-	02	100,0	-	-	
Energia elétrica							
Rede geral	02	15,0	17	85,0	-	-	
Não tem energia elétrica	-	-	01				1,00
Programas sociais							
Não	02	5,8	32	94,2			0,49
Sim	-	-	32	100,0			
Lugar procura quando doente							
Farmácia	-	-	05	100,0			
UBS	02	20,0	08	80,0	-	-	0,68
Pronto-socorro	-	-	03	75,0			

Casos identificados em coabitantes residentes							
Variáveis	Sim		Não		RPb	IC95%	P-valor
	n	%	n	%			
Consulta particular	-	-	02	100,0			
Nº de banheiros (média ±DP)	1,1 ± 0,1		1,2 ± 0,2		0,36	0,03-6,62	0,43
Nº de cômodos por pessoa (média ±DP)	1,6 ± 0,2		2,0 ± 0,4		0,49	0,09-0,51	0,08

Legenda: RPb= Razão de prevalência bruta, IC95%= Intervalo de Confiança de 95%, o nível de significância estatística foi fixado em $p \leq 0,05$.

Na associação das dimensões da vulnerabilidade social com os casos identificados no estudo entre os coabitantes sociais foi estatisticamente significativa o número de cômodos por pessoa ($p=0,05$), (Tabela 08).

Tabela 8. Dimensões da vulnerabilidade social com os casos detectados entre coabitantes sociais em Floriano- PI, 2016 (n=62)

Casos novos identificados em coabitantes sociais							
Variáveis	Sim		Não		RPb	IC95%	P-valor
	n	%	n	%			
Tipo de moradia							
Casa própria	03	5,7	49	94,3			
Casa alugada	-	-	08	100,0	-	-	1,00
Casa de favor	-	-	01	100,0			
Outros	-	-	01	100,0			
Tipo de construção							
Alvenaria com revestimento	03	6,1	46	93,9			
Alvenaria sem revestimento	-	-	06	100,0	-	-	1,00
Outros	-	-	07	100,0			
Destino do lixo							
Coletado	02	3,8	50	96,2			
Queimado	01	12,5	07	87,5	-	-	0,41
Céu aberto	-	-	02	100,0			

Casos novos identificados em coabitantes sociais							
Variáveis	Sim		Não		RPb	IC95%	P-valor
	n	%	n	%			
Eliminações dejetos							
Rede de esgoto	-	-	11	100,0			
Fossa	03	6,1	46	93,9	-	-	1,00
Outros	-	-	02	100,0			
Abastecimento água							
Rede geral	02	3,7	51	96,3	1,00		0,38
Poço ou nascente	01	11,1	08	88,9	3,00	0,82-7,87	
Energia elétrica							
Rede geral	03	4,8	59	95,2	-	-	-
Não tem energia elétrica	-	-	-	-	-	-	
Beneficiário programas sociais							
Não	01	1,5	63	98,5	1,00	-	0,36
Sim	02	4,4	43	95,6	2,93	0,89-8,81	
Nº de banheiros (média ±DP)	1,0 ± 0,1		1,3 ± 0,2		0,36	0,03-6,62	0,43
Nº de cômodos por pessoa (média ±DP)	0,9± 0,2		2,2± 0,4		0,31	0,11-0,56	0,05

Legenda: RPb= Razão de prevalência bruta, IC95%= Intervalo de Confiança de 95%, o nível de significância estatística foi fixado em $p \leq 0,05$.

Na verificação da associação das dimensões da vulnerabilidade programática com os casos detectados entre os contatos intradomiciliares foi estatisticamente significativa os motivos que dificultaram a realização do exame dermatoneurológico ($p=0,02$), (Tabela 09).

Tabela 9. Dimensões da vulnerabilidade programática com os casos detectados entre contatos intradomiciliares em Floriano- PI ,2016. (n=341)

Casos identificados entre contatos intradomiciliares							
Variáveis	Sim		Não		RPb	IC95%	P-valor
	n	%	N	%			
Visita domiciliar ESF							
Não	06	2,4	238	97,6	1,00		0,41
Sim	04	4,1	93	95,9	1,71	0,43-2,98	

Variáveis	Casos identificados entre contatos intradomiciliares						P-valor
	Sim		Não		RPb	IC95%	
	n	%	N	%			
Discriminação no serviço de saúde							
Não	08	2,5	308	97,5			
Sim	02	9,5	19	90,5	-	-	0,22
Não sabe/não quer responder	-	-	04	100,0			
Participação atividade educativa							
Não	08	2,6	289	97,4	1,00		
Sim	02	4,5	42	95,5	1,73	0,45-2,77	0,49
Acesso a material educativo hanseníase							
Não	07	2,8	241	97,2	1,00		
Sim	03	3,2	90	96,3	1,14	0,38-2,10	0,84
Perde turno de trabalho							
Não	07	3,3	204	96,7	1,18	0,28-1,71	0,48
Sim	03	2,8	102	97,2	1,00		
Satisfeito com atendimento							
Não	04	3,1	126	96,9	1,00		0,84
Sim	06	3,2	180	96,8	1,07	0,23-1,48	
Visita do ACS							
Semanalmente	01	4,0	24	96,0	1,82	0,74-2,65	
Mensalmente	05	2,2	215	97,8	1,00	-	
Nunca recebeu	02	4,7	40	95,3	2,14	0,94-3,67	0,32
Não sabe /não quer responder	02	6,9	27	93,1	3,14	0,99-5,34	
Exame dermatológico							
Sim completo (todo o corpo)	-	-	75	100,0			
Sim incompleto	01	3,7	26	96,3	-	-	
Não realizado	09	3,8	225	96,2			0,19
Exame neurológico							
Sim completo (todo o corpo)	-	-	61	100,0			
Sim incompleto	-	-	09	100,0	-	-	0,40
Não realizado	10	3,7	256	96,3			
Profissional realizou EDN							
Médico	-	-	35	100,0			
Enfermeiro	01	1,8	53	98,2	-	-	0,75
Não realizado	09	3,6	238	96,4			

Variáveis	Casos identificados entre contatos intradomiciliares						P-valor
	Sim		Não		RPb	IC95%	
	n	%	N	%			
Motivos que facilitaram							
Vontade pessoal	-	-	10	100,0			
Família envolvida	-	-	26	100,0	-	-	0,90
Foi orientado	01	1,7	56	98,3			
Outro	09	3,7	234	96,3			
Motivos que dificultaram							
Não orientado	09	4,1	215	95,9			
Não sabe	-	-	105	100,0	-	-	0,02
Outro	01	14,2	06	85,8			
Orientação BCG							
Sim	05	2,9	162	97,1	1,00	-	
Não	05	2,9	164	97,1	1,00	0,55-1,64	0,98
Recebeu BCG							
Não	04	2,3	170	97,7	1,00		
Sim	06	3,7	156	96,3	1,61	0,71-2,55	0,44
Cicatriz BCG							
Não	06	2,8	205	97,2	1,00		
Sim	04	3,2	121	96,8	1,14	0,46-1,39	0,85
Orientação retorno UBS							
Sim	-	-	42	100,0			
Não	10	3,7	259	96,3	-	-	0,56
Não sabe, não quer	-	-	25	100,0			
Orientado chamar outros contatos							
Não	08	3,5	219	96,5	1,94	0,68-2,88	0,39
Sim	02	1,8	107	98,2	1,00	-	
Lugar procura quando doente							
Farmácia	-	-	57	100,0			
UBS	05	3,2	151	96,8	-	-	
Pronto-socorro	03	3,8	76	96,2			0,45
Consulta particular	01	4,3	22	95,7			

Legenda: RPb= Razão de prevalência bruta, IC95%= Intervalo de Confiança de 95%, o nível de significância estatística foi fixado em $p \leq 0,05$.

5.3 Análises multivariadas

Na associação das dimensões da vulnerabilidade individual e social com os casos identificados no estudo entre os contatos intradomiciliares foi estatisticamente

significativo alterações dermatológicas ($p=0,00$; $RPa= 8,5$), alterações neurológicas ($p=0,03$; $RPa= 9,2$), espessamento de tronco nervoso ($p=0,03$; $RPa= 16,6$) e número de cômodos por pessoa ($p=0,04$; $RPa= 0,61$).

Tabela 10. Dimensões da vulnerabilidade individual e social com os casos detectados entre contatos intradomiciliares em Floriano-PI, 2016.

Variáveis	RPa	I.C. 95%	P-valor
Alterações dermatológicas			
Não	1,0	-	0,00
Sim	8,5	5,13 – 14,13	
Alterações neurológicas			
Não	1,0	-	0,03
Sim	9,2	6,01 – 14,85	
Espessamento de tronco nervoso			
Não	1,0	-	0,03
Sim	11,2	4,19 – 18,96	
Não palpável, mas com dor (neurite)	16,6	7,65 – 27,81	
Nº de cômodos por pessoa (+1)	0,61	0,34 – 0,89	0,04

Legenda: RPa= Razão de prevalência ajustada, IC95%= Intervalo de Confiança de 95%, o p valor foi obtido pela Regressão de Poisson.

Na associação das dimensões da vulnerabilidade individual social com os casos identificados no estudo entre os coabitantes residentes foi estatisticamente significante alterações neurológicas ($p=0,04$; $RPa= 2,89$) e número de cômodos por pessoa ($p=0,02$; $RPa= 0,43$), (Tabela 10).

Tabela 11. Dimensões da vulnerabilidade individual e social com os casos detectados entre coabitantes residentes em Floriano-PI, 2016.

Variáveis	RPa	I.C. 95%	P-valor
Alterações neurológicas			
Não	1,0	-	0,04
Sim	2,89	1,45 – 4,02	
Nº de cômodos por pessoa (+1)	0,43	0,34 – 0,78	0,02

Legenda: RPa= Razão de prevalência ajustada, IC95%= Intervalo de Confiança de 95%, o p valor foi obtido pela Regressão de Poisson.

Na associação das dimensões da vulnerabilidade individual social com os casos identificados no estudo entre os coabitantes sociais foi estatisticamente

significante alterações neurológicas ($p=0,04$; $RPa= 3,81$) e número de cômodos por pessoa ($p=0,04$; $RPa= 0,27$), (Tabela 11).

Tabela 12. Dimensões da vulnerabilidade individual e social com os casos detectados entre coabitantes sociais em Floriano-PI, 2016.

Variáveis	RPa	I.C. 95%	P-valor
Alterações neurológicas			
Não	1,0	-	
Sim	3,81	1,55 – 6,18	0,04
Nº de cômodos por pessoa (+1)	0,27	0,04 – 0,48	0,04

Legenda: Legenda: $RPa=$ Razão de prevalência ajustada, $IC95%=$ Intervalo de Confiança de 95%, o p valor foi obtido pela Regressão de Poisson.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo reveste-se de grande relevância tendo em vista a ausência de estudos prévios com esta abordagem integrada da hanseníase no cenário piauiense. Reitera-se o caráter de elevada endemicidade da doença no município de Floriano, tanto pela evidência de transmissão ativa, quanto de diagnóstico tardio e provável endemia oculta. Evidências da presença de elementos de vulnerabilidade acrescida nas famílias analisadas sustentam a dinâmica de transmissão nos territórios do município.

6.1 Aspectos sociodemográficos da população do estudo

A avaliação dos contatos intradomiciliares, coabitantes residentes e coabitantes sociais para além da perspectiva do risco, mostra-se um desafio, pois a vulnerabilidade agrega diferentes dimensões contextuais.

Os estudos de vulnerabilidade visam ao isolamento fenomenológico, integrando variáveis dependentes e independentes a esse fenômeno, por meio de um controle rigoroso do grau de incerteza acerca do não acaso das associações estabelecidas (AYRES, 2006).

Como conceito para ampliar a compreensão de um agravo e os potenciais de intervenção, a vulnerabilidade busca a síntese dos contextos de uma dada realidade, nas diversas dimensões do fenômeno em estudo. Como ferramenta para a definição de estratégias de prevenção e de promoção à saúde, permite interpretar o fenômeno do ponto de vista de susceptibilidades de indivíduos, famílias e grupos (TAKAHASHI, 2006).

Na análise descritiva, observou-se que alguns dados acompanharam o quadro nacional. Outra questão importante no que se refere à zona de residência, seria a necessidade de a partir desse conhecimento, intensificar estratégias de intervenção e controle em determinados bairros ou localidades, inclusive com o conhecimento dos conglomerados de casos novos e seus contatos registrados ao longo do estudo (QUEIROZ et al., 2010; ALENCAR et al., 2012b; BARRETO et al., 2014, FREITAS, 2015).

O sexo feminino foi o mais avaliado entre os contatos intradomiciliares, coabitantes residentes e coabitantes sociais, alguns estudos de avaliação de contatos evidenciam um maior número de mulheres avaliadas em relação aos homens (VIERA et al 1999; VIEIRA et al 2008). De fato, as mulheres retornam mais ao serviço para avaliação dermatoneurológica do que os homens (ARANTES et al, 2010) e estão mais presentes nos serviços de saúde (PINHEIRO; VIACAVA; TRAVASSOS, 2002).

Estudos comparativos entre homens e mulheres também têm comprovado maior vulnerabilidade dos homens às doenças, principalmente aquelas mais graves e crônicas (LAURENTI; GOTILIEB, 2005; GOMES; NASCIMENTO, 2006). Existem barreiras para a presença masculina nos serviços de saúde, muitas vezes eles sentem que o atendimento e o local da atenção primária são feminilizados e focados no atendimento de mulheres, idosos e crianças (COUTO et al., 2010). A falta de adesão às medidas de atenção à saúde pelos homens envolve também questões culturais, tais como a percepção da doença como uma fragilidade que não condiz com a cultura patriarcal. O homem julga-se invulnerável, o que determina um menor autocuidado e maior exposição a fatores de risco, e faz com que a procura por serviços de saúde seja a representação de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

A faixa etária de 20 a 59 anos foi a mais preponderante dentre os indivíduos avaliados nesse estudo, ou seja, traduzia a maior participação de adultos que estavam na fase economicamente ativa da vida, ocasionando vulnerabilidades sociais potenciais caso venham a desenvolver a doença em uma perspectiva de causa e efeito (MENDES et al., 2008; SANCHES et al., 2007). Tais achados foram semelhantes aos da literatura (AQUINO et al., 2003; BUDEL et al., 2011; CAMPOS et al., 2005; HINRICHSEN et al., 2004; MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010; PENNA et al., 2008) e o acometimento maior dos adultos é justificado pelo longo período de incubação da doença (IMBIRIBA et al., 2008).

Houve maior predomínio de casos entre negros e pardos, sem significância para a branca. Esse achado reproduz o processo histórico de colonização, miscigenação, movimentos migratórios, dinâmica de ocupação territorial e organização espacial, aspectos já apontados em outros estudos (LIMA ET AL., 2009; MELO, POPOASKI; NUNES, 2006; JÚNIOR; VIEIRA; CALDEIRA, 2012).

A variável escolaridade evidenciou o ensino fundamental e médio como mais presentes nesses indivíduos. O nível de instrução da população acometida pela hanseníase é considerado fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento das formas incapacitantes da doença. Torna-se necessário criar estratégias de educação em saúde para as pessoas atingidas, suas famílias e população em geral, de acordo com suas capacidades cognitivas, para que possam compreender as particularidades da hanseníase e melhorar suas condições de saúde (RIBEIRO; LANA, 2011).

A variável solteiro(a)/nunca foi casado(a) foi mais evidente em todas as classificações de contatos; estudos têm demonstrado que os contatos que têm companheiros são mais aderentes ao controle da hanseníase, com coeficientes que variam 45,9% (AQUINO, et al., 2003) a 62% (FEMINA et al., 2007). Importante frisar que o estar solteiro é fator associado ao diagnóstico tardio (OLIVEIRA, 2011).

Na variável ocupação, todas as ocupações com frequência inferior a 15 foram colocados na categoria outros, após isso, a ocupação mais comum foi a de estudante. Esse dado nos traz duas questões centrais, primeiro, se analisarmos que a maioria dos contatos/coabitantes nesse estudo encontra-se na faixa etária de 20-59 anos, seria importante o desenvolvimento de campanhas de busca ativa na escola. Nesse cenário, estender-se esta ação ao nível fundamental e médios noturnos ou supletivo seria estratégico a fim de encontrar com mais fidedignidade essa população.

A renda dos contatos/coabitantes de menos de 1 salário mínimo está de acordo com outros estudos que correlacionam a situação de pobreza como um fator importante para transmissão de doenças transmissíveis como a hanseníase (SAHOO; SINGH; PATTNAIK, 2002; LANA et al., 2007). A hanseníase é uma doença amplamente concentrada nos locais de maior pobreza, pouco acesso à informação e com os piores indicadores socioeconômicos, elementos próximos ao cenário deste estudo.

Em relação ao destino do lixo, eliminação dos dejetos, abastecimento d'água e fornecimento de energia elétrica, o que foi observado nesse estudo, foi que na maioria das famílias dos contatos o lixo é coletado pelo serviço público municipal, enquanto os dejetos são eliminados primordialmente por fossa séptica. Quanto ao abastecimento d'água mais de 80% em todas as classificações vem da rede geral de distribuição do município e mais de 95% possuem energia elétrica da rede geral.

Diversos estudos têm demonstrado associação significativa entre a detecção de hanseníase e fatores socioeconômicos tais como: condições de habitação precárias e aglomeração de pessoas em domicílios, indisponibilidade de água e coleta de lixo, bem como a pobreza - sugerindo que condições socioeconômicas melhoradas poderiam contribuir para reduzir a detecção da doença (PONNIGHAUS et al., 1994; KERR-PONTES et al. 2006; QUEIROZ et al. 2010; SALES et al. 2011; SUZUKI et al. 2012; MOURA et al. 2013). Um estudo realizado na Espanha revelou que o desenvolvimento socioeconômico tem um impacto conhecido no desenvolvimento da epidemiologia da hanseníase (ALFONSO et al., 2005).

Em Bangladesh, condições sócias econômicas desfavorecidas são fatores de risco para hanseníase (FEENSTRA et al., 2011). Vigilância contínua das pessoas que tiveram contatos com casos de hanseníase parece ser uma estratégia particularmente relevante para reduzir o coeficiente de incidência (SARNO et al., 2012).

Neste estudo, revelou-se perfil sócio-demográfico dos contatos intradomiciliares, coabitantes residentes e coabitantes sociais de residência em zona urbana, sexo feminino, faixa etária de 20 a 59 anos, raça/cor/etnia negra/parda, escolaridade ensino fundamental e médio, solteiro/nunca foi casado, estudantes, católicos, renda de menos de um salário mínimo, com lixo coletado, fossa séptica e abastecimentos d'água da rede geral e energia elétrica, apesar da insuficiente rede de esgotamento sanitário.

Hanseníase é um protótipo clássico de doença negligenciada (DN). Esta terminologia tem sido utilizada para se referir a um conjunto de agravos infecciosos e parasitários endêmicos em populações de baixa renda, localizadas, sobretudo na África, Ásia e Américas (SOUZA, 2010). Esta denominação representa uma evolução em relação ao nome 'doenças tropicais', uma vez que contempla os contextos de desenvolvimento político, econômico e social, ultrapassando a perspectiva colonialista associada a um determinismo geográfico (MOREL, 2006).

No entanto, a distribuição geográfica e a ocorrência dessas DN se dão em locais intimamente ligados à pobreza, onde há precariedade de saneamento básico e associação com outros problemas de saúde (STREIT; LAFONTANT, 2008; PADMASIRI et al., 2008). A OMS considera como problema de saúde pública um conjunto de 17 diferentes DN, distribuídas em 148 países. Destes, 100 são

endêmicos para duas ou mais dessas doenças e 30 países para seis ou mais DN (WHO, 2010). O Brasil tem nove delas, sendo que sete são consideradas como prioridades pelo Ministério da Saúde (dengue, doença de chagas, leishmanioses, malária, esquistossomose, hanseníase e tuberculose) (BRASIL, 2011; HOTEZ, 2008).

6.2 Vulnerabilidades individuais de contatos intradomiciliares, coabitantes residentes e coabitantes sociais

A vulnerabilidade individual nesse estudo, foi abordada dentro dos referenciais de Ayres como a compreensão do comportamento pessoal, nessa perspectiva. Nessa perspectiva, Ayres et al. (1999) propõem a sua operacionalização por meio do grau e da qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre os problemas de saúde, sua elaboração e aplicação na prática.

Portanto, no plano individual, considera-se que a vulnerabilidade a algum agravo está relacionada, fundamentalmente, aos comportamentos que criam oportunidades para que as pessoas venham a se expor e adquirir doenças. Esses comportamentos associados à maior vulnerabilidade não são apenas uma decorrência imediata da ação voluntária das pessoas, mas estão relacionados tanto com condições objetivas do ambiente quanto com as condições culturais e sociais em que os comportamentos ocorrem, bem como com o grau de compreensão que essas pessoas têm sobre tais comportamentos e ao efetivo poder que podem possuir para transformá-los (MEYER, 2006).

Entre os contatos intradomiciliares, em relação ao local de residência, a zona urbana mostra-se mais significativa. Isso poderia ser um fator que diminuísse a vulnerabilidade individual na medida em que teoricamente nas zonas urbanas das cidades, localizam-se os equipamentos sociais e de saúde mais adequados e estruturados na prestação de serviços a essas pessoas. Por outro lado, pode traduzir acesso reduzido desta população às ações de controle da hanseníase. No entanto, os resultados do estudo indicam que a hanseníase se caracteriza por ser uma endemia urbana no município, visto que dos casos notificados mais de 85% são residentes nessa região da cidade. Resultados semelhantes são encontrados em Silva et al. (2012) e Mercaroni (2003), onde todos os casos de hanseníase

diagnosticados eram em sua maioria residentes da zona urbana. Achados em estudo no Estado da Bahia (SOUZA; ROCHA; LIMA, 2014) evidenciaram o mesmo, classificando a hanseníase como uma endemia urbana em contextos de pobreza.

Os contatos apesar do potencial da rede de apoio mais estruturada na zona urbana, precisam acioná-la e pela própria dinâmica epidemiológica da hanseníase, precisam estar mais atentos para o retorno aos primeiros sintomas às UBSs e para avaliação dermatoneurológica, conforme protocolo. Em relação aos casos novos identificados no estudo, verificou-se que dos 15 casos, 12 residiam na zona urbana, sendo que nos coabitantes residentes nenhum residia em zona rural. Este fato evidencia maior vulnerabilidade em residentes na zona urbana.

Há indicativos de que as mulheres procuraram mais o serviço de saúde para serem avaliadas dentro das ações de controle da doença. As mulheres, enquanto contato de seus companheiros doentes, procuram mais os serviços de saúde do que os homens, inclusive levando os filhos pequenos para a avaliação. À medida que avança a idade dos filhos das pessoas com hanseníase, mais difícil fica o comparecimento daqueles ao serviço (OLIVEIRA; ROMANELLI, 1998).

Em estudo feito na Nigéria, não se observou diferenças significativas entre os sexos, porém não foram abordadas questões mais amplas de desigualdades de gênero, definidas como uma ampla variedade de variáveis sociais, culturais e econômicas atribuídas a homens e mulheres (PETERS; ESHIET, 2002).

No estudo, como as mulheres foram mais avaliadas, observou-se entre os casos novos 10 mulheres e cinco homens. Estudos revelam a maior detecção de casos em homens em comparação com as mulheres no Brasil (CASTRO et al, 2016; OLIVEIRA, ROMANELLI, 1998). Com relação à saúde, as mulheres e os homens apresentam diferenças entre si não só em termos de necessidades específicas, mas também de acesso a medidas de proteção à saúde.

A hanseníase por si só desencadeia mudanças na estrutura familiar, na qual, coloca-se a mulher acometida em dupla vulnerabilidade, ou seja, é discriminada em função do gênero e por estar com uma doença estigmatizante (OLIVEIRA, ROMANELLI, 1998). Segundo Morrison (2000) em estudo realizado com mulheres indianas e africanas, o impacto da hanseníase sobre as mulheres, foi definido como “duplo risco”. Esta definição vai mais longe do que descrever o estigma da hanseníase. Em geral, inclui tanto, questões imunológicas e biológicas e o impacto cultural sobre as mulheres que resultam no viés de gênero nas crenças, atitudes e

comportamentos de saúde. O duplo risco, portanto, tem suas raízes na cultura em uma sociedade patriarcal. Em vista disso, os programas nacionais de controle da hanseníase, devem continuar a ser muito sensíveis ao contexto cultural e de gênero.

Para as mulheres contatos intradomiciliares, coabitantes residentes e coabitantes sociais, a possibilidade de vir a ter hanseníase, gera uma dupla vulnerabilidade, em decorrência do gênero, do meio cultural no qual estão inseridas e na sua pouca/ausente instrumentalização para o enfrentamento dessas questões. Por outro lado, reforça-se a necessidade de implementação da Política Nacional de Saúde da População Masculina.

Os adultos jovens contatos/ coabitantes foram os mais avaliados nesse estudo. Devido ao longo período de incubação desta doença, é mais comum em adultos. No entanto, em locais com elevada endemicidade, crianças e adolescentes, teoricamente considerados o grupo mais resistente à infecção, tornam-se vulneráveis como resultado de estar continuamente expostos a focos de transmissão desde uma idade muito jovem (SANTOS et al., 2016). Em estudo de Moet (2006) realizado Na Índia sobre os fatores de risco em contatos evidenciou que o efeito geral da idade foi altamente significativo, com os idosos sendo mais em risco. Observou-se um risco aumentado de 5 a 15 anos, que atingiu o pico entre os 15 e os 20 anos, seguido por um risco reduzido de 20 a 29 anos. Após a idade 30 anos, o risco novamente aumentou gradualmente.

No município de Floriano/PI, para além do conceito de risco, a vulnerabilidade do adulto jovem, nessa faixa etária, relaciona-se com o período economicamente produtivo e caracteriza a hanseníase como doença de adultos e adultos jovens. Estudo semelhante de Ferreira, Ferreira e Moraye (2012) no qual, a maioria dos contatos faltosos encontrava-se em faixa etária economicamente ativa, ou seja, pessoas que deveriam estar inseridas no mercado de trabalho, confirmando os achados de outros pesquisadores, nos quais a maioria aponta que estes se concentram na faixa etária de adultos jovens e na fase mais produtiva da vida. Tais dados revelam que a vulnerabilidade de um jovem adquirir a doença e desenvolvê-la em idade economicamente ativa é maior uma vez que inseridos no mercado de trabalho, encontram poucas condições para o cuidado à saúde (VIEIRA, 2008).

Quanto à raça/cor, entre os 15 casos detectados do estudo, 14 referiam pertencer a raça/cor/etnia negra/parda, bem como os contatos intradomiciliares, coabitantes residentes e coabitantes sociais, em sua maioria autotransmitiram-se

nessa raça/cor. O Brasil é país com distribuição étnica variável. A hanseníase segue essa tendência, na região Nordeste, na qual localiza-se Floriano, outros estudos também evidenciaram o predomínio das raças/cor/etnias negra e parda (AQUINO et al, 2003; SANTOS, CASTRO, FALQUETO, 2008; AQUINO, SANTOS, COSTA, 2003; CORRÊA et al, 2012), enquanto na região Sul verifica-se a maioria da raça branca (MELÃO et al, 2012, MELLO, POPOASKI, NUNES, 2006).

No Brasil, brancos, negros – pretos e pardos – e indígenas ocupam espaços sociais diferentes, que impactam nos indicadores sociais: negros e indígenas possuem os piores indicadores de escolaridade, renda, estão inseridos nos piores postos de trabalho e têm acesso reduzido a bens e serviços sociais. Estas desigualdades levam à miséria material, isolamento espacial e social, e restrições à participação política. Esse cenário compõe o racismo, enraizado na cultura, no ambiente social e nos comportamentos da sociedade brasileira (MUNANGA, 2012).

O racismo também é visível na qualidade do cuidado e assistência prestada, nos perfis e estimativa de mortalidade infantil, nos sofrimentos evitáveis ou mortes precoces, nos coeficientes de mortalidade da população adulta e nos perfis, indicadores e coeficientes de mortalidade materna (BATISTA, MONTEIRO, MEDEIROS, 2013).

Portanto, a discriminação vem adicionar mais vulnerabilidade ao contexto de pobreza e violência nos quais estão inseridos membro da população negra/parda, na medida que dificultam o acesso a tratamento preventivo adequado, aumentando o risco de adoecimento. A própria estrutura organizacional da saúde torna invisível este segmento populacional ao atendimento, já tão precário. Nesse sentido, as ações integradas para a promoção da saúde devem ser construídas levando em consideração a complexidade e a multidimensionalidade das vulnerabilidades, em que se inclui o racismo, as desigualdades étnicas e raciais e a discriminação racial (TAQUETTE E MEIRELLES, 2013).

Importante frisar que o movimento negro, dada a sua constituição e relevância histórica no combate às diferentes manifestações do racismo, influencia os DSS, constitui-se como componente imprescindível na construção de políticas de promoção da saúde e qualidade de vida da população negra. Neste contexto, a capacitação e mobilização do movimento negro para efetivar esta interlocução se configuram em desafio estratégico no fortalecimento da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra nos Estados e municípios. No entanto, o setor saúde

deve desenvolver e ampliar, a capacidade de abordar a questão racial nos planejamentos estratégicos das políticas públicas (FAUSTINO, SPIASSI, 2010).

Nesse sentido, tantos os casos novos de hanseníase detectados no estudo quanto os contatos/coabitantes de pessoas com hanseníase, são sujeitos dessa vulnerabilidade em relação à etnia. Portanto, precisam empoderar-se enquanto cidadãos de direito dos espaços de gestão e poder na saúde, educação, serviço social, etc., a fim de junto construir um acesso com equidade, integralidade e resolutividade junto ao SUS.

Embora a variável escolaridade não tenha apresentado significância estatística, possivelmente em função do reduzido número de casos identificados no estudo, é importante reforçá-la como variável proxy de condição social e econômica. Os achados em relação ao nível de escolaridade encontrados neste estudo foram concordantes com diversos trabalhos similares realizados no Brasil, que relatam a baixa escolaridade como importante característica das pessoas com hanseníase e seus contatos (NUNES et al, 2011; RIBEIRO; VIEIRA; CALDEIRA, 2012; BARBOSA et al.; 2014).

Ainda, em relação à escolaridade, estudo realizado no Distrito Federal, no período de 2000 a 2005, também revelou maior detecção de hanseníase em pessoas com menor escolaridade (LIMA; PRATA; MOREIRA, 2008). Desta forma, o baixo nível socioeconômico, aqui evidenciado pela baixa escolaridade está diretamente ligado à vulnerabilidade dos casos de hanseníase. Estudo realizado em pessoas com hanseníase, em Diamantina- MG por Ribeiro e Lana (2011), observou que 21,1% dos entrevistados eram analfabetos e 62,1% tinham menos de oito anos de estudo; dos que tinham ensino fundamental incompleto, 88,7% apresentaram algum grau de incapacidade física. Desta forma, o nível de escolaridade da população acometida pela hanseníase foi considerado um dos fatores de risco para o desenvolvimento de formas incapacitantes da doença.

No Brasil, a doença apresenta um padrão heterogêneo de ocorrência e reflete as desigualdades socioeconômicas entre as várias regiões do país. Fatores econômicos, sociais, culturais auxiliam na sua propagação, esses fatores tornam-se mais complexos quando associados às más condições sanitárias e ao baixo nível de escolaridade da população (CORRÊA et al., 2012).

Estudo de revisão com diversas doenças, evidenciou que a chance de o domicílio ter um caso de hanseníase quando seu chefe de família apresenta baixo

nível de escolaridade foi 2,5 vezes maior do que naqueles com maior nível de escolaridade (LIBERATOS et al., 1988). Portanto, a baixa escolaridade da população surge em reflexo a aspectos sociais e econômicos precários, que influenciam na transmissão do agente infeccioso e no aumento da doença nas populações, haja vista as piores condições médico-sanitárias às quais estão submetidas, além de contribuir para menor adesão ao tratamento medicamentoso (BARBOSA, ALMEIDA, SANTOS, 2014).

Durante o tratamento da hanseníase procedimentos técnicos e recomendações muitas vezes complexas, colocados às pessoas com hanseníase para rotina no seu dia-a-dia, a um grupo de indivíduos sabidamente com baixo grau de escolaridade, são provavelmente fatores que motivam o afastamento do serviço de saúde, levando-os ao abandono do tratamento. (ANDRADE, SABROZA, ARAÚJO, 1994). Deste modo, é importante que os profissionais de saúde utilizem linguagem clara e objetiva ao desenvolver ações de educação em saúde direcionadas aos casos relativos à doença e ao seu tratamento (SOUSA et al, 2013).

Portanto, é necessário criar estratégias de educação em saúde para os pacientes e seus familiares e para a população em geral de acordo com suas capacidades cognitivas, para que possam compreender as particularidades da hanseníase e melhorar suas condições de saúde (RIBEIRO, LANA, 2011). Mas como fazer com que as pessoas em seus diversos níveis de escolaridade compreendam a informação dada e a transformem em atitude para prevenção e promoção de sua saúde, incluindo o auto-cuidado?

Para tentar contribuir com esta e outras questões tem sido trabalhado no Brasil um conceito relativamente novo: o Health Literacy, um descritor que equivale em português a “alfabetização em saúde”. A OMS definiu o termo como “as habilidades sociais e cognitivas que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos de terem acesso, entenderem e utilizar as informações para promover e manter uma boa saúde” (WHO, 1998). No Canadá, é considerado como um modelo de atenção coletiva à saúde (CANADÁ, 2012). Ratzan e Parker (2000), a definem como “o grau de capacidade que os indivíduos têm de obter, processar e compreender a informação e os serviços básicos sobre saúde, necessário para tomar decisões apropriadas em saúde”.

Então, quanto maior a alfabetização em saúde, melhor a capacidade para ler e compreender instruções escritas, entender gráficos e formulários e conceitos

matemáticos simples. Em contraponto, analfabetismo em saúde, significa não compreender informações escritas, ter maior dificuldade para assimilar dados em gráficos e pouca capacidade para preencher formulários; além de pouca habilidade para compreender conceitos matemáticos simples (SANTOS, PAIXÃO; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2013).

A informação clara e precisa, o entendimento das medidas de prevenção/promoção e das ações de autocuidado são importantes para a manutenção de boas condições de saúde (NIELSEN-BOHLMAN; PANZER; KINDIG, 2004). Mesmo apresentando-se em todas as classes sociais, econômicas e culturais o impacto do analfabetismo em saúde é mais grave sobre as camadas mais baixas e sobre as minorias, determinando piores índices de saúde, além de custos mais altos dos serviços (BERKMAN et al., 2004). Esse conceito é importante pois fortalece o indivíduo junto aos serviços de saúde e impacta diretamente na sua compreensão sobre a doença e o autocuidado.

Portanto, eticamente, a informação é condição para que o indivíduo estabeleça suas escolhas no contexto de uma situação de equilíbrio na sociedade. Em relação à hanseníase, a sua insuficiência traz prejuízos à saúde dos contatos/coabitantes acometidos, por dificultar o diagnóstico e tratamento precoces e dificultar sua vida em sociedade (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2007).

Quanto à ocupação, entre os 15 casos de hanseníase identificados no estudo, três pessoas eram estudantes, cinco lavradores, e havia uma pessoa como zelador, segurança, bancário, pedreiro, aposentado e dona-de-casa. Entre os contatos/coabitantes sem casos identificados, estudante e dona de casa foram mais relevantes. São ocupações com baixa remuneração e que requerem um desgaste físico intenso. Ressalta-se que essa variável apresentou significância em relação ao coabitante residente.

Estudo realizado por Oliveira (2014) em Maracaçumé-MA, observou maior número de estudantes (46,6%) entre os contatos sem hanseníase, nos contatos com hanseníase, a maior ocorrência foi de lavradores (28,6%). Vieira et al 2008 encontrou entre os contatos de pessoa com hanseníase maior frequência de estudantes (33,3%), esses dados são semelhantes ao encontrado em nosso estudo.

Como a ocupação lavrador entre os casos novos foi a mais frequente é importante compreender que, as condições de vida, trabalho, saúde e doença dos agricultores no Brasil, evocam estereótipos associados a atividades rudimentares,

trabalhadores empobrecidos, socialmente marginalizados e intoxicados pelos agrotóxicos (DIAS, 2006). Nesse cenário os agricultores, assim como sua família, estão vulneráveis à sua própria prática laboral (SILVA; ARAÚJO; MELO, 2013).

Entre os determinantes da saúde dos trabalhadores, estão compreendidos não apenas os fatores de risco ocupacionais tradicionais-físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos, mas também os determinantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis por condições de vulnerabilidades para a saúde e vida. Ao universo das condições de vulnerabilidade presentes no trabalho se somam, as más condições de vida, dificuldade de acesso à escola, habitação, saneamento básico, transporte, aos serviços de saúde e meios de comunicação (DIAS, 2006).

Segundo Muhnoz; Sanches; Bertolozzi (2007), para intervir em condições de vulnerabilidade, é necessário o desenvolvimento de ações que envolvam resposta social. Segundo Ayres (1999) envolve a participação ativa da população na procura de estratégias solidárias e passíveis de execução e encaminhamento/equacionamento de problemas e necessidades de saúde. A aplicação do quadro conceitual da vulnerabilidade pode fornecer subsídios que vão desde o desenvolvimento de ações, instrumentos tecnológicos, bem como práticas no campo da prevenção e redução das vulnerabilidades (AYRES et al., 2003).

Em relação à renda dos contatos/coabitantes, observou-se que essa variável apresentou significância em relação aos coabitantes residentes. Estudo de Franco et al, 2014 no Estado do Pará em casos de hanseníase, encontrou-se resultado semelhante, renda familiar abaixo de um salário mínimo (65,5%). Estudo em de Aquino et al, 2003 no Estado do Maranhão, 76,3% dos casos de hanseníase recebiam menos de um salário mínimo.

Kerr-Pontes et al., (2006) em estudo realizado no Estado do Ceará estabeleceu uma associação entre hanseníase e pobreza. Os mesmos autores reiteram que é importante elucidar aspectos de pobreza que podem aumentar o risco de transmissão de *M. leprae* e/ou facilitar o progresso da infecção para a doença.

A hanseníase, portanto, pode atingir indivíduo em qualquer classe social; mas, sua incidência é maior nos segmentos mais empobrecidos da população, devido à presença de condições socioeconômicas desfavoráveis, e, portanto, condições precárias de vida e saúde, o que facilita a infecção e a propagação do

bacilo causador dessa enfermidade. A hanseníase não atinge somente os pobres e ultra pobres, embora possua maiores possibilidades de exposição e transmissão em meio à vulnerabilidade individual/social. O perfil socioeconômico dos usuários em tratamento irregular no Programa de Controle da Hanseníase, registra a presença de trabalho precarizado associado a baixos níveis de renda e de escolaridade (LOPES; RANGEL, 2014).

Quanto à religião, o Piauí é o Estado mais católico do Brasil, com 85% de sua população reconhecendo-se praticante dessa religião (IBGE, 2010). Em Floriano, portanto, os católicos representaram em todas as classificações de contato mais de 63% da população estudada e entre os casos novos de contatos/coabitantes referiram em sua maioria serem católicos. A cultura ocidental, fortemente influenciada pelos preceitos da religião cristã é apontada pela literatura histórica como a responsável pela associação da doença “lepra” aos conceitos de punição, castigo, pecado e mesmo de contagiosidade. Nenhuma outra doença mereceu destaque tão grande na Bíblia quanto a hanseníase (SAVASSI, 2010).

A hanseníase apresenta-se na Bíblia de forma reiterada como causa principal da vulnerabilidade que ocasionava marginalização e estigmatização. No entanto, essa vulnerabilidade constituía um sofrimento físico ou uma humilhação social que resultavam positivos pois iriam contribuir para a glória vindoura. Essa exaltação da vulnerabilidade, embora relativa à religião, contribui para dar um sentido à dependência, à desigualdade e ao sofrimento relativos à doença, uma representação que favorece sua aceitação individual e social (GONZALEZ, RUIZ, 2014).

Em relação ao rastreamento do uso de álcool, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o padrão do uso de álcool no escore AUDIT e os coabitantes sociais de casos com hanseníase. O uso abusivo da bebida alcoólica é um fator que interfere na adesão aos diversos tratamentos de doenças, inclusive junto às pessoas acometidas pela hanseníase, tendo em vista o seu caráter de cronicidade. Ademais o próprio álcool pode ter interferência no desenvolvimento de neuropatias.

O uso problemático de álcool foi escolhido pelo Ministério da Saúde como componente da lista dos dez problemas de saúde a serem priorizados pela ESF, como estratégia para detecção precoce e na busca de redução de danos relativos ao uso/abuso de álcool (RONZANI, 2009). Neste sentido, atualmente, o Ministério da

Saúde estabelece em suas diretrizes para a política de álcool e outras drogas, propondo um conjunto de ações sistemáticas relativas ao tratamento e prevenção no campo de álcool e outras drogas (SOUZA; RONZANI, 2012).

Portanto, em relação à pessoa acometida pela hanseníase e seus contatos/coabitantes, é de suma importância a abordagem adequada da família, principalmente se identificasse o uso abusivo de bebida alcoólica, porque constitui-se em um dos apoios principais para que o indivíduo faça a adesão ao tratamento da hanseníase (SOUZA; KANTORSKIL, 2006). O profissional de saúde poderá intervir nestas questões no momento do comparecimento do familiar ao exame de contato da doença. É relevante o exame de contato, tanto no contexto da hanseníase, quanto na questão do álcool.

Estudos realizados por Luna et al., (2010) no Ceará e por Rocha (2010), em um Centro de Referência de Hanseníase no município de Duque de Caxias- RJ, em relação aos fatores associados ao tratamento de hanseníase, observaram que o uso da bebida alcoólica é um fator que dificulta a adesão ao tratamento, bem como a regularidade deste.

Então, o uso de drogas lícitas e ilícitas como uma importante situação de vulnerabilidade, mesmo tolerado socialmente e não criminalizado. O uso e abuso do álcool também são vistos como problemas patológico e psicológico, que requer tratamento. Centrada socialmente no julgamento moral, a desqualificação do usuário de álcool e drogas desencadeia todas as reações de indignação frente a atitudes e consequências dos atos desses indivíduos, dificultando o acesso a esses sujeitos (PESSALACA; MENEZES; MASSUIA; 2010).

Nesse estudo a auto-avaliação de saúde autoreferida boa, foi significativamente associada aos contatos intradomiciliares, esse dado evidencia que os contatos intradomiciliares referiram uma percepção boa de sua saúde. A autoavaliação em saúde é um dos indicadores recomendados pela OMS dentro do processo de avaliação global da saúde de uma população.

Resultados semelhantes foram descritos no estudo de Borim; Barros; Neri (2012) no qual a prevalência da autoavaliação de saúde excelente ou muito boa foi de 24,6%. Estudo realizado por Lima-Costa; Firmo; Uchôa (2004) no Estado de Minas Gerais com 1.516 idosos, encontrou resultado similar, com prevalência de 24,7% de saúde muito boa ou boa. Inquérito nacional realizado por Pavão; Werneck; Campos (2013) evidenciou associação entre baixos níveis de escolaridade e renda a

uma pior autoavaliação de saúde. Esses achados evidenciam a persistência de desigualdades sociais em saúde na população brasileira.

Mesmo reconhecendo a possível limitação entre avaliações subjetivas e objetivas e o fato de as mesmas estarem sujeitas a vieses pessoais e sociais, a saúde percebida é um bom preditor de morbidade, incapacidade e mortalidade. Portanto, um indicador útil aos planejadores e executores de políticas de saúde inclusive em doenças incapacitantes como a hanseníase (BORIM; BARROS; NERI 2012; PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013).

Quanto aos sinais cardinais da hanseníase, alterações dermatológicas, alterações neurológicas e espessamento de troncos nervosos apresentaram-se significativamente associadas aos casos detectados em contatos intradomiciliares e coabitantes sociais. Alterações neurológicas e espessamento de troncos nervosos apresentaram significância estatística em relação aos casos em coabitantes residentes.

Em relação aos contatos/coabitantes apresentar alterações dermatológicas aumenta em 8,5 vezes a prevalência de infecção por hanseníase em contatos intradomiciliares. Apresentar alterações neurológicas aumenta em 9,2 vezes a prevalência de infecção por hanseníase em contatos intradomiciliares, 2,89 vezes em coabitantes residentes e 3,81 vezes em coabitantes sociais, evidenciando-se assim que ao exame dermatoneurológico a procura por lesões na pele é tão importante quanto a avaliação dos nervos periféricos. Outro achado importante foi em relação ao espessamento de tronco nervoso dos contatos intradomiciliares, apresentar dor neural (neurite), representa 17 vezes mais prevalência de infecção por hanseníase, corroborando a importância da avaliação neurológica adequada dos contatos.

Estudo realizado no Paraná a partir de um trabalho descritivo com dados do SINAN demonstrou que dos 1.055 casos de hanseníase atendidos no município de Londrina entre 1996 e 2005, 83,7% tinham contatos registrados nas fichas de controle. Dos 3.394 contatos registrados apenas 1.731 (51%) realizaram exame dermatoneurológico, 183 apresentavam algum sinal de hanseníase, dos quais 120 não concluíram a investigação, 16 (0,9%) foram confirmados como caso novo da doença (DESSUNTI et al., 2008).

Nesse estudo, os percentuais de casos identificados, em cada classificação de contato foram muito próximos variando entre 2,8 a 3,0%. Este achado inferior ao

estudo de Trindade (2015) no qual foram avaliados contatos intradomiciliares de hanseníase em João Pessoa-PB, constatou-se que 4,7% dos contatos da população estudada foram afetados pela doença, comprovando, como em outros trabalhos, haver uma frequência aumentada de casos de hanseníase entre os contatos intradomiciliares quando comparados à população geral.

Este resultado foi semelhante ao encontrado por Dessunti et al. (2008); Düpree et al. (2012); Goulart et al. (2008) e Vijayakumaran et al. (1998), que relataram, respectivamente, 3,2%; 1,5%; 2,8%; 2,0%; e 3,9% dos contatos de sua população de estudo acometidos pela doença. Por outro lado, foi bem inferior ao demonstrado por alguns autores. Durães et al. (2005) que, em um estudo desenvolvido em Duque de Caxias/RJ, encontraram 21,7% dos contatos avaliados afetados, nesse estudo avaliou-se focos familiares com casos coprevalentes e o acometimento também de contatos peridomiciliares, o que sugeriu aumentar ainda mais a chance de diagnosticarem-se casos novos.

O diagnóstico da hanseníase é feito principalmente por meio do exame físico, no qual se busca identificar os sinais e sintomas dermatoneurológicos da doença. A avaliação dermatológica visa identificar lesões na pele com alterações da sensibilidade térmica, dolorosa e/ou tátil, típicas da hanseníase. A avaliação neurológica consiste na inspeção dos olhos, nariz, mãos e pés, palpação dos troncos nervosos periféricos, avaliação da força muscular e avaliação de sensibilidade nos olhos, membros superiores e inferiores. A palpação dos nervos periféricos tem o objetivo de verificar se há espessamento dos nervos que inervam os membros superiores e inferiores, visando prevenir lesões neurais e consequentes incapacidades (BRASIL, 2009).

No entanto, apesar de o diagnóstico da hanseníase ser essencialmente clínico, o mesmo, em grande parte dos estados do Brasil, ainda é tardio: cerca de um ano após o aparecimento dos sintomas. A busca tardia de atendimento nos serviços de saúde, a falta de informação sobre sinais e sintomas, a dificuldade do indivíduo em encontrar serviços, atendimento e/ou profissionais capacitados para detectar a doença, podem ser fatores que influenciam o diagnóstico tardio (ARANTES et al., 2010).

A OMS recomenda a utilização de estratégias inovadoras, como a intensificação do exame dos contatos intradomiciliares e o monitoramento das populações que vivem em áreas de difícil acesso e nas periferias urbanas, para a

realização do diagnóstico precoce a fim de reduzir a prevalência oculta e a ocorrência de diagnóstico de casos com GIF 2 instalado. Autores também sugerem a realização de busca ativa de sintomáticos dermatológicos na população pelos profissionais sensibilizados sobre os sinais e sintomas da doença, como médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas e agentes comunitários de saúde (LANZA et al, 2012).

Lana et al. (2004), descreveram ações de controle da hanseníase no Vale do Jequitinhonha, enfatizando que a realização frequente de campanhas comunitárias de sensibilização com sinais e sintomas dermatológicos poderiam favorecer a demanda espontânea nas UBSs, impactando no diagnóstico precoce da hanseníase. O resultado dessas variáveis evidencia vulnerabilidades relacionadas ao indivíduo, contudo, como esses estão inseridos num contexto mais complexo, mesmo os sinais cardinais apresentando-se enquanto questão biológica da doença, os mesmos podem ter surgidos também em decorrência de uma avaliação dermatoneurológica inoportuna e ineficiente, decorrentes não só de fatores operacionais do serviço, mas também de questões inerentes à relação do indivíduo com a doença.

Essa condição de indivíduo vulnerável decorre de uma relação desigual entre a pessoa acometida pela hanseníase e demais pessoas, até mesmo por causa da histórica segregação social imposta aos seus doentes. Mesmo com a melhora do acesso aos métodos de diagnóstico e de tratamento, ainda persistem temores infundados relacionados à transmissão, às mutilações e, talvez o pior dos medos: o da perda da liberdade e do isolamento social, especialmente nos indivíduos ou grupos desinformados, entre os quais se incluem alguns doentes de hanseníase. Estes parecem rejeitar a si mesmos, isolando-se do convívio social (AYRES et al, 2012; BAIARDI,2007; CLARO, 1995).

Entre os casos identificados nesse estudo, evidenciou-se preponderantemente a classificação operacional paucibacilar, isso denota que a suspeição diagnóstica feita no estudo foi sensível para sinais cardinais menos evidentes, no entanto, o GIF 1 demonstrou um diagnóstico tardio.

Considerando que a vulnerabilidade antecede o risco, é importante frisar que os contatos apresentam maior risco em relação à população geral para desenvolver a hanseníase, fato descrito desde a década de 1940 no Brasil (MOET et al., 2004) e que vem sendo corroborado em vários trabalhos, ao longo dos anos (CALADO et al.,

2008; DURÃES et al., 2010; FINE et al., 1997; MATOS et al., 1999; SANTOS, CASTRO; FALQUETO, 2008).

Alguns estudos evidenciam que existe uma relação inversa entre a distância física da pessoa acometida pela hanseníase e o risco para contato a doença (FINE et al., 1997; VIJAYAKUMARAN et al., 1998; JESUDASAN et al. 1984; PINTO NETO, 2002). Estudo conduzido por Moet et al, 2006, realizado entre contatos de pessoas com hanseníase em Bangladesh evidenciou a mesma tendência em que contatos intrafamiliares que convivem sob o mesmo teto tinham um risco maior do que os vizinhos do lado, que, por sua vez tinham um risco maior do que o vizinho do vizinho. Houve risco semelhante entre contato intradomiciliar e contato social.

Esse mesmo estudo evidenciou que a classificação operacional do caso referência, a distância física do contato e a idade do contato são fatores de risco significativos para a presença da hanseníase. Portanto, sugerem os autores, as pesquisas que envolvam contatos, devem abranger vizinhos, coabitantes sociais e parentes consanguíneos, principalmente se o caso referência for classificado como MB.

O estudo de Van Beers; Hatta; Klatser (1999), na Indonésia, evidenciou que incluindo os vizinhos nas áreas de alto risco, o coeficiente de detecção de casos poderia ser duplicado. Evidenciou-se detecção de casos em 28% dos contatos intradomiciliares, 36% vizinhos e 15% contatos sociais.

Pinto Neto et al. (2013) destacam a ampliação do conceito de contato para além dos contatos intradomiciliares, incluindo os vizinhos e os contatos sociais, seguindo o modelo “stone-in-the-pond”. Neste estudo, trabalhou-se com o conceito de contato ampliado, com vistas a operacionalizar esse conceito no cotidiano da atenção à pessoa com hanseníase.

Finalmente, as variáveis de vulnerabilidade individual, neste estudo são de ordem biológica e psicossocial. Foram identificadas questões que transcenderam o biológico, na medida que as características mais significantes dos contatos/coabitantes foram morar na zona urbana, serem mulheres, adultas jovens, negras/pardas, com baixa escolaridade, solteiras, católicas, estudante, baixa renda, com boa autoavaliação de sua saúde com sinais cardinais presentes na maioria dos casos identificados no estudo. Percebe-se um contexto complexo, heterogêneo e multidimensional, em que com as vulnerabilidades apresentam-se, com diferentes

gradações, dependendo do indivíduo, tempo, lugar e contexto no qual estão inseridos.

6.3 Vulnerabilidades sociais de contatos intradomiciliares, coabitantes residentes e coabitantes sociais

A saúde possui relação estreita com a forma como a sociedade está organizada. A teoria dos Determinantes Sociais em Saúde (DSS), busca explicar essa relação. Nessa perspectiva, o que existem são condições sociais (desigualdades, pobreza, desemprego, miséria etc.) benéficas ao capital e prejudiciais à saúde, portanto, a falta de acesso e qualidade na saúde, também, é uma condição socialmente imposta (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013). Então, é a pobreza que gera doença que gera mais pobreza, enquanto existir a lei geral da acumulação capitalista existirá a “questão social” e seus desdobramentos para saúde. E essa condição imposta é essencial para compreender o processo saúde-doença, enquanto um fenômeno para além dos aspectos biológicos e que só pode ser superado em uma outra forma de sociabilidade, ou seja, “para além do capital” (MÉSZÁROS, 2009, SOUZA; SILVA; SILVA, 2013).

Estudos têm evidenciado associação significativa entre a detecção de hanseníase e fatores socioeconômicos tais como, condições de domicílios precárias, aglomeração de pessoas em domicílios, água e coleta de lixo indisponíveis, portanto, condições socioeconômicas melhoradas poderiam reduzir a detecção da doença (PONNIGHAUS et al., 1994; KERR-PONTES et al., 2006; QUEIROZ et al., 2010; SALES et al., 2011; SUZUKI et al., 2012; MOURA et al., 2013).

Estudo ecológico sobre a hanseníase no Brasil, realizado por Freitas; Duarte; Garcia (2014), evidenciou que o coeficiente de incidência suavizado esteve significativamente associado a municípios com baixo nível socioeconômico, inclusive dados relacionados aos domicílios e saneamento básico inadequados.

A vulnerabilidade social articula-se com a noção de risco, o qual associado a situações de pobreza, nos permite refletir sobre o processo vivenciado pelos segmentos nesta situação social. Os riscos englobam processos naturais, de saúde, os ligados ao ciclo de vida, os sociais, os econômicos, os ambientais e os políticos (BRONZO, 2009).

As vulnerabilidades antecedem o risco, e quanto mais riscos, maior a vulnerabilidade social, promovendo o surgimento de doenças e constituindo possíveis dificuldades ao processo de tratamento. No caso da hanseníase, tais riscos são ampliados pela presença de valores e hábitos que incrementam a possibilidade de infecção e propagação, ligados à higiene corporal e ambiental e à condições de domicílio e saneamento básico (LOPES; RANGEL, 2014). Assim, por hanseníase enquanto doença fortemente ligada às questões sociais, requer um olhar ampliado desse contexto social, na medida que as condições precárias influenciam na incidência dessa doença no Brasil.

Ainda em relação à hanseníase e sua determinação social, as desigualdades sociais se agregam ao acesso aos serviços públicos, pois este poderá reproduzir tais desigualdades ou minimizá-las, diante de sua efetivação ou não. Por isso, o acesso público a uma escola de qualidade, aos serviços de saúde e de assistência social e a inserção no mercado de trabalho são imprescindíveis ao desenvolvimento do combate à doença (LOPES; RANGEL, 2014).

Nesse estudo, investigou-se em relação à vulnerabilidade social, o número de cômodos por pessoa por domicílio em todas as classificações de contatos, sendo estatisticamente significativa em relação aos contatos intradomiciliares e os coabitantes sociais. O número de residentes por domicílio é uma variável importante a ser investigada na hanseníase porque está associada à diminuição da transmissão, pelo contato direto com pessoas acometidas pela hanseníase (CASTRO et al., 2016).

Em relação aos contatos intradomiciliares a cada cômodo na casa por pessoa, diminui em 39% a prevalência de infecção por hanseníase em contatos intradomiciliares, em 57% nos coabitantes residentes e 73% nos coabitantes sociais. Portanto, os dados evidenciaram quanto menores os domicílios e mais pessoas residindo nos mesmos, maior a prevalência de infecção por hanseníase.

Estudo de Andrade, Sabroza, Araújo (1994) em São Gonçalo – RJ, demonstrou que casas pequenas e com muitas pessoas mostraram um risco 3,9 vezes maior de ser um domicílio com doentes. Portanto, o domicílio não é apenas uma unidade espacial na qual ocorre a dinâmica de transmissão, mas a unidade fundamental no controle da hanseníase. Estudo de Ferreira (2011) em Mato Grosso, evidenciou que residir em domicílios com mais de cinco pessoas é um fator associado à recidiva em hanseníase.

Portanto, é importante monitorar todos os residentes no mesmo domicílio da pessoa acometida pela hanseníase, independentemente do tempo do diagnóstico do caso referência, neste estudo foram identificados dois casos em coabitantes residentes, pessoas que passaram a morar com o caso referência após o diagnóstico. Esta variável está também relacionada a piores condições de saúde (PIMENTEL, 2009) e relacionada à vulnerabilidade social, a literatura evidencia que o número de pessoas por domicílio está relacionado à satisfação com o sistema de saúde, despesas com alimentação e consumo de fármacos (GOUVEIA et al., 2009; CESAR et al., 2005).

O abastecimento regular de água e instalações sanitárias adequadas têm apresentado uma associação inversa com a presença de hanseníase em estudos nacionais desde 1994 (AQUINO et al., 2003), a falta de abastecimento de água e ausência de instalações sanitárias é característica de pessoas socialmente vulneráveis. Isso reforça que a hanseníase tem relação com a situação pessoal dos sujeitos. Então para além dos investimentos em saúde, urge investimentos em melhoria sócio econômica para o controle da doença no Brasil.

Deve-se orientar o gestor público na compreensão de fatores externos à saúde, como elementos para a construção de um programa de promoção à saúde, prevenção das doenças e dos danos e erradicação da iniquidade, pois o risco é o produto da vulnerabilidade. Nesse contexto, o saneamento é uma intervenção de equidade no atendimento a um direito humano essencial, porém seguem indefinidos lugares do ser humano e do usuário no modelo posposto de saneamento público (JULIANO et al, 2012).

Ao analisar a questão da vulnerabilidade, é importante ressaltar a questão da dignidade da pessoa humana. Nessa perspectiva, o que diferencia o ser humano dos demais seres é a sua dignidade, a qual será violada todas as vezes que ele for tratado não como um fim em si mesmo, mas como um meio, ou seja, como um objeto (OGUISSO; FREITAS, 2014; KANT, 1986). Portanto, na investigação dessas variáveis da vulnerabilidade social, percorre-se o caminho da dignidade humana, no sentido que buscou-se avaliar questões básicas, como acesso a água, energia elétrica e saneamento básico.

As pessoas atingidas pela hanseníase, desassistidas sob diferentes perspectivas, vivem em situações de marginalidade na sociedade. Por isso, os problemas de saúde devem ser fundamentados na origem social da doença

(SABROZA; KAWA; CAMPOS, 1995). Ter uma doença infecciosa promotora e perpetuadora da pobreza - enquadra a hanseníase no grupo das chamadas DN, ou seja, àquelas que tendem a coexistir em áreas em que a população apresenta precárias condições de vida (BRASIL, 2013a). No entanto, a maioria do conhecimento produzido em pesquisas científicas não se reverte em avanços terapêuticos, métodos diagnósticos e vacinas. Um dos motivos é o desinteresse da indústria farmacêutica, devido ao baixo retorno lucrativo (BRASIL, 2010e).

Em relação ao primeiro lugar que procura quando está doente, tanto entre os contatos/coabitantes sem casos, como os casos identificados, prevaleceu a Unidade Básica de Saúde – UBS. Florianópolis tem uma cobertura de 100% da Estratégia Saúde da Família, com 16 UBS na zona urbana e cinco na zona rural. Este achado foi semelhante ao estudo de Medeiros et al. (2010) o qual demonstrou que o primeiro lugar que os usuários procuram para resolver as suas urgências (54,7%) é a própria UBS, 41,5% vão ao hospital e o restante (3,8%) busca outras alternativas.

As UBS constituem-se em porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde, sendo responsáveis pelos riscos e agravos à saúde que ocorram em sua área, devendo ser capaz de identificar os problemas de saúde mais relevantes; os indivíduos ou grupos mais suscetíveis ao risco de adoecer e/ou morrer; as necessidades presentes, além de planejar e executar ações mais adequadas para o seu enfrentamento (SÁ et al., 2012). O usuário, ao procurar a UBS, espera que o trabalhador, individual ou coletivamente, possa responder resolutivamente ao seu problema e que o conjunto das ações de saúde lhe traga benefícios, além das expectativas de que as ações sejam efetivas e o satisfaçam (MEDEIROS et al., 2010).

Com a cobertura cada vez maior da ESF em todo o Brasil, essa passa a ser uma ferramenta estratégica para o enfrentamento do problema (URSINE; CORDEIRO; MORAES, 2011). Para atingir esse propósito estratégico, é necessária a incorporação de tecnologias (equipamentos e conhecimentos), para aperfeiçoar a capacidade de resposta das UBS, pois serviços de saúde estrategicamente localizados e de fácil acesso, não potencializam as mudanças esperadas para o sistema de saúde sem esses insumos e tecnologias (PIRES et al., 2010). Apesar de extensa a oferta, dos serviços da ESF, essa ainda não foi capaz de ampliar o acesso efetivo e qualificar o cuidado. Um modo de se evitar a subutilização e duplicidade de

ações é a organização dessa oferta pelas redes de atenção integrada à saúde (MENDES, 2011).

Estudo sobre o acesso aos serviços de saúde por pessoas acometidas pela hanseníase em pós-alta da PQT, realizado por Barbosa et al., (2014) evidenciou a necessidade de padronização do processo de atendimento no momento do pós-alta, melhor estruturação do atendimento multiprofissional do pós-alta e estruturação da rede de serviços do sistema de saúde para os diversos níveis de atenção.

Nessa perspectiva, a norma que gere o programa não é a normatização oficialmente instituída e sim aquela que emerge da rede, por meio de seus atores e das posições que estes ocupam, portanto, a norma resulta da rede social e não o contrário. A rede é dinâmica porque emerge das relações interpessoais (GROSSETTI, 2005) e estas mudam naturalmente ao longo do tempo. Em programas de saúde, esta movimentação de cargos é bastante acentuada em função do modo como a política brasileira é organizada oficialmente e culturalmente, o que implica uma rede bastante dinâmica e “movimentada” (LINO; GOMIDE, 2012).

Estudo realizado por Lino; Gomide (2012) em município brasileiro de médio porte, buscou descrever, a partir da análise de redes sociais, um programa de controle de hanseníase (PCH) relacionando a dinâmica da rede social com os indicadores do PCH. Constatou que o PCH no município funcionava em um grande improviso. Com uma rotina estabelecida no que é possível fazer, e não com o foco no que é preconizado pelo Ministério da Saúde, tornando difícil obter um desempenho considerado satisfatório que abranja expectativas e metas pactuadas. O PCH e seu funcionamento eram sustentados pela pequena rede que, da forma como se apresenta, “não funciona”. O “poder-dependência” centralizado na figura de uma pessoa contribuiu para fragilizar o processo de trabalho o que impacta na tomada de decisões e na melhoria da qualidade de assistência à saúde.

Finalmente, nesse estudo, o contato/coabitante de pessoas acometidas pela hanseníase em situação de vulnerabilidade social, buscam a UBS, primariamente, portanto, esta deveria estar organizada em nível de micro e macro organização do serviço e da rede de atenção à saúde para ofertar uma atenção de saúde de qualidade em todos os níveis.

Como vimos anteriormente, nesse estudo os contatos/coabitantes de pessoas acometidas pela hanseníase são em sua maioria, de baixa renda, contudo, os

mesmos, em grande parte, não são beneficiários de Programas Sociais, aqui incluídos o Bolsa Família e o Garantia Safra.

Isso talvez seja explicado devido o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) que é uma medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Floriano foi de 0,700, em 2010. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799), possuindo o segundo melhor IDHM do Estado do Piauí (IBGE, 2010).

Há muito tempo que se suspeita de uma ligação entre hanseníase e pobreza. Porém é difícil demonstrar seja em âmbito nacional, comunitário ou mesmo, individual. É interessante que o nível de desigualdade em vez da pobreza absoluta deve ser correlacionada com os casos de hanseníase. É uma tendência para uma doença que tem sido associada a culpa do indivíduo, que é então estigmatizado (LOCKWOOD, 2004). Por isso, seria importante e necessário o acesso a programas sociais de contatos/coabitantes em situação de vulnerabilidade social.

Em 2015, a Organização das Nações Unidas definiu os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) como parte de uma nova agenda de desenvolvimento sustentável. São 17 objetivos, o primeiro objetivo é a erradicação da pobreza, a meta é até 2030, erradicar a pobreza extrema para todas as pessoas em todos os lugares, atualmente medida como pessoas vivendo com menos de US\$ 1,25 por dia. Até 2030, garantir que todos os homens e mulheres, particularmente os pobres e vulneráveis, tenham direitos iguais aos recursos econômicos, bem como o acesso a serviços básicos, propriedade e controle sobre a terra e outras formas de propriedade, herança, recursos naturais, novas tecnologias apropriadas e serviços financeiros, incluindo micro finanças.

O Brasil vem desenvolvendo intervenções para combater a pobreza extrema, como o Bolsa Família e o Garantia Safra, que têm contribuído também para a redução da hanseníase. Os programas de controle e desenvolvimento socioeconômico com justiça social conduz a uma importante queda na incidência da hanseníase e, possivelmente, ao seu desaparecimento a longo prazo (PENNA; PENNA, 2012).

Para Nobre (2008), as vulnerabilidades no Nordeste Brasileiro são causadas pelas características ambientais associadas ao subdesenvolvimento da região. As

alterações climáticas dificultam a habilidade das sociedades humanas para alcançar os objetivos sociais, ambientais e econômicos que definem o desenvolvimento sustentável. Esta região é marcada pelo déficit hídrico, ou seja, a quantidade de água que evapora é três vezes maior do que a quantidade de chuvas. As chuvas são irregulares e concentram-se em precipitações intensas e alternadas por longos períodos de estiagem (CUNHA & DUQUE, 2007).

As famílias de agricultores mais pobres vivem em um contexto de maior vulnerabilidade e podem ser mais afetadas com a redução da produtividade de suas culturas e escassez de recursos (MORTON, 2007). Estas famílias não possuem condições econômicas que possam alterar essa situação de vulnerabilidade recorrente, principalmente decorrência das mudanças ambientais globais (EAKIN; LEMOS, 2010). Diante desse cenário, seja de caráter ambiental ou econômico, existe o desafio de entender os processos e estratégias intrínsecas de adaptação que possam reduzir a vulnerabilidade e ampliar as capacidades de resposta destas famílias.

O Programa Bolsa Família (PBF) criado pela Lei 10.836 de 2004, é de ampla cobertura no Brasil, e se destina às ações de transferência de renda com condicionalidades. Ele é implementado pelo Governo Federal para beneficiar famílias em condição de pobreza extrema. O PBF é o maior programa latino-americano de transferência de renda condicionada. De acordo com os dados de Perez (2016), o PBF atende atualmente 14 milhões de famílias e atinge cerca de 50 milhões de pessoas em todo o Brasil com os objetivos de: promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial saúde e educação; estimular a emancipação sustentada das famílias; e promover a intersetorialidade das ações sociais do poder público (PEREZ, 2016). A inscrição no PBF ocorre mediante o registro das famílias no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), operacionalizado pelos municípios e processado no âmbito federal (ALVES; ESCOREL, 2013).

Portanto, o PBF contribui na redução da vulnerabilidade, porque articula dimensões essenciais para superar a fome e a pobreza. Esse programa promove impacto imediato na pobreza ao transferir diretamente renda à família; reforça o exercício de direitos sociais básicos nas áreas de saúde e educação ao exigir cumprimentos das condicionalidades comentadas anteriormente e coordena programas complementares como os programas de geração de trabalho e renda, de

alfabetização de adultos, de fornecimento de registro civil e demais documentos. Contudo, o papel da sociedade civil organizada nessa ação é mais limitada quando comparada com os outros programas. A sua implementação e execução é de responsabilidade das prefeituras. A sociedade civil tem o papel de realizar o controle social para garantir se os beneficiários estão dentro dos critérios estabelecidos (ALVES; ESCOREL, 2013).

Estudos sobre programas de transferência de renda e a hanseníase ainda são escassos. Contudo, há estudos na África e na Ásia, Nigéria e Índia (WORLD BANK, 2009; GARCIA; MOORE, 2012) mais relacionados aos Programas condicionais de transferência de renda como uma forma de aumentar a demanda e melhorar o acesso aos serviços de saúde, a indivíduos pobres e extremamente pobres (ALVES; ESCOREL, 2013; NERY et al., 2014). Os programas de transferência de renda são essenciais para a controle das doenças infecciosas relacionadas com a pobreza, como a hanseníase (BARRETO et al., 2011; NERY et al., 2014).

Em relação à vulnerabilidade social, analisou-se desde aos macroambientes (especialização) dos casos notificados, identificados e contatos/coabitantes, quanto em relação aos microambientes. No macroambiente, identificou-se que os indivíduos em sua maioria, residiam na zona urbana de Florianópolis, e na região central da cidade, a mais antiga e populosa, porém com mais acesso a serviços básicos como energia elétrica, abastecimento d'água e eliminação de dejetos por fossa séptica. O município não oferta uma rede de esgotamento sanitário, no entanto, há coleta de lixo sistemática na zona urbana. Quanto ao microambiente há predomínio de casa própria, alvenaria com revestimento, cerca de sete cômodos por domicílio, uma instalação sanitária e três pessoas residentes por domicílio. Isso evidenciou uma melhora nas condições de domicílios em Florianópolis.

Nesse contexto de melhoria das condições de macro e microambientes, o primeiro lugar que os contatos/coabitantes procuram quando estão doentes é a UBS, talvez pela cobertura (100%) no município, o que gera uma proximidade geográfica com esta. Outro fator que provavelmente está relacionado à melhoria das condições de vida dos munícipes e a baixa adesão aos Programas Sociais, em especial o Garantia Safra e Bolsa Família. No entanto, mais estudos devem ser feitos no sentido de analisar se a não adesão seria pela melhoria das condições

sociais ou por que as pessoas que necessitam, não estão tendo acesso aos mesmos.

Adquirir a informação e transformá-la em práticas efetivas de prevenção submerge à vulnerabilidade social, a qual para além do acesso e qualidade dos serviços de saúde aspectos sociopolíticos e culturais, grau de liberdade de pensamento e expressão, condições de bem-estar social, como moradia, acesso aos bens de consumo, nível de escolarização, dentre outros aspectos (AYRES, 2002).

6.4 Vulnerabilidades programáticas de contatos intradomiciliares

A vulnerabilidade programática refere-se à inexistência ou aplicação inadequada de Políticas Públicas para enfrentar as situações de vulnerabilidade individual e social. A vulnerabilidade programática é caracterizada quando as intervenções são restritas aos aspectos clínicos, modelo biomédico tradicional, com foco no agravo e na cura, negligenciando-se os determinantes das condições que aumentam a vulnerabilidade individual (AYRES, 2002; TAKAHASHI, 2006).

Buscou-se nesse estudo, a perspectiva da vulnerabilidade programática, sem tomá-la de forma isolada em relação às dimensões individuais e sociais, compreendendo que as questões contatos/coabitantes de pessoas acometidas pela hanseníase envolvem aspectos sociais, estruturais, culturais e individuais.

Analizou-se a organização do serviço prestado ao contato/coabitante de pessoas com hanseníase pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. Em relação à visita domiciliar (VD) da equipe saúde da família e dos ACS, um percentual significativodos contatos/coabitantes refere não ter tido visitas da equipe de saúde da família ou do ACS, inclusive entre os indivíduos nos quais foram identificados casos durante o estudo, esse resultado demonstra pouca interação entre a ESF/ACS e os contatos/coabitantes.

Estudos apontam o importante papel da VD na construção de vínculos com a população, bem como seu caráter estratégico para integralidade e humanização das ações, pois permite maior proximidade e, conseqüentemente, maior responsabilização dos profissionais com as necessidades de saúde da população,

de sua vida social e familiar (ROMANHOLI; CYRINO, 2012; TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010; ALBUQUERQUE; BOSI, 2009; SAKATA et al., 2007).

Em contraponto às diretrizes da ESF, estudos demonstram que os profissionais das equipes de Saúde da Família, não conseguem tomar a família como unidade de cuidado. Esses estudos identificam que as dificuldades estão ligadas à falta de competências e habilidades em relação aos instrumentos e estratégias para se trabalhar com famílias, bem como à organização do processo de trabalho, seja no interior da equipe seja na gestão do serviço, que não cria condições para que se desenvolva esse tipo de atividade a contento (OLIVEIRA; MARCON, 2007; RIBEIRO, 2004). Há um reconhecimento da necessária composição de critérios para organização da demanda e programação das ações de saúde com estabelecimento de prioridades (MENDES, 2010).

A atividade de VD enfrenta muitos desafios. O cenário de incertezas e surpresas em que se realiza, envolve relações complexas entre o público e o espaço privado do domicílio. E, ainda ocorrem dificuldades inerentes à própria prática da VD: mudança de famílias, endereços errados e recusas, situações de violência, entre outras situações adversas (ROMANHOLI; CYRINO, 2012).

Atividade nem sempre rotineira para a maioria dos profissionais de nível superior, durante a VD a “dependência” entre as categorias profissionais inverte-se. Durante as VDs, ao percorrerem os espaços da comunidade, os ACS são os atores principais do processo, e não o médico, enfermeiro ou cirurgião dentista. Esse deslocamento da equipe de saúde até o território, no domicílio das pessoas, representa uma possibilidade concreta para a cooperação entre categorias diversas e para o reconhecimento de uma prática construída na comunidade (BORNSTEIN, 2007; MOROSINI, CORBO, GUIMARÃES, 2007). Portanto, os ACS, durante as visitas domiciliares, são importantes para o controle da hanseníase, devido a sua proximidade com a comunidade, e esse profissional pode ser o principal executor da busca ativa de suspeitos dermatológicos na população (SAKATA et al., 2007).

Ainda em relação à visita domiciliar, um estudo que analisou a VD na perspectiva dos usuários da ESF evidenciou essa prática como um meio de acolhimento e vínculo, revelando aspectos valorizados pelos usuários como atenção, conversa e comprometimento profissional (MANDÚ et al., 2008). Estudo realizado em Teresina, identificou atuação aquém do esperado em relação aos ACS no que diz respeito à hanseníase. Isto se deve ao conhecimento bastante limitado,

relacionado a questões básicas da doença, situação que dificultou a abordagem (ARAÚJO; ANDRADE; MADEIRA, 2011).

Em relação a ter recebido a vacina Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) por ser contato intradomiciliar, demonstrou que mesmo sendo recomendado nas diretrizes do Ministério da Saúde, os contatos em sua maioria referiram não ter recebido a vacina, e em relação aos coabitantes sociais e residentes foi bastante significativo os que não receberam. É importante esclarecer que no período de coleta do estudo a Portaria anterior (3.125/2010) orientava a vacina BCG somente para os contatos intradomiciliares.

No entanto, a atual diretriz ministerial (149/2016) “ampliou” conceito de contato em hanseníase. Atualmente o especifica que o contato domiciliar é toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o caso de hanseníase, independentemente do tempo de convívio, da forma próxima e prolongada. O contato social (vizinhos, colegas de trabalho e de escola, entre outros), deverá ser investigado de acordo com o grau e tipo de convivência, com atenção especial aos familiares da pessoa acometida pela hanseníase, não tratada. Em relação à vacina BCG, a recomendação deve ser aplicada nos contatos examinados sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da investigação (BRASIL, 2016b).

Portanto, importante esclarecer, pela diretriz atual, que o contato domiciliar e o contato social deverá ser vacinado, no entanto, existem dificuldades operacionais para a execução dessa norma, relacionadas ao processo de trabalho da ESF, disponibilização da BCG, e principalmente abordagem ética dos contatos sociais. Então, recomenda-se ao Ministério da Saúde, um protocolo que torne mais operacionalizável essas diretrizes, que inclua o processo de abordagem ética.

No entanto, entre os casos identificados no estudo, apesar de oito indivíduos referirem ter recebido a vacina BCG, somente três apresentaram cicatrizes, o restante, (12) não apresentavam cicatriz vacinal. Esse achado demonstra que os contatos/coabitantes não foram vacinados ou se foram, a vacina não foi aplicada com a técnica recomendada. Contudo, essa não vacinação, pode ser decorrente também da falta de orientação quanto a necessidade da mesma, ou em virtude da centralização da vacina em Floriano nas Unidades Hospitalares, e ainda a pouca oferta do imunobiológico..

A presença de cicatriz vacinal representa passado de vacinação com BCG, não havendo evidências na literatura de associação entre presença de cicatriz e proteção ou imunidade contra tuberculose ou hanseníase. Todavia, o Ministério da Saúde, orienta a vacinação de indivíduos que não apresentem cicatriz vacinal, mesmo que possuam história positiva de vacinação com BCG, pela possibilidade teórica de que unidades não viáveis da vacina tenham sido aplicadas, motivando a ausência da resposta cutânea (BARRETO; PEREIRA; FERREIRA, 2006).

A imunoprofilaxia é um dos objetivos da prevenção primária. Uma vacina específica para hanseníase ainda não existe, devido à incapacidade de se cultivar *M. leprae* "in vitro". A vacina que tem importante aplicação para o controle da hanseníase é o BCG, cuja recomendação, está diretamente ligada à prevenção da tuberculose (DUPPRE, 1998).

Estudo realizado em área endêmica de hanseníase e tuberculose em Malawi, por Fine et al. (1986), para avaliar a efetividade do BCG simultaneamente contra a hanseníase e contra a tuberculose na mesma população e observou maior proteção para hanseníase (50%) e nenhuma proteção para a tuberculose (0%), independentemente da idade, sexo, escolaridade ou local de residência. Outros estudos demonstram BCG tão importante na prevenção da tuberculose como da hanseníase. Estudos realizados para avaliar a proteção para as duas doenças demonstraram que o BCG é mais efetivo na proteção para a hanseníase do que para a tuberculose (PONNIGHAUS et al. 1994; TRIPATHY 1983).

O Ministério da Saúde, recomenda estratégias para redução da carga da hanseníase e sua prevenção: educação em saúde, investigação epidemiológica para o diagnóstico oportuno de casos, tratamento até a cura, prevenção e tratamento de incapacidades, vigilância epidemiológica, exame de contatos, orientações e aplicação de BCG. Após diagnóstico dos casos, os contatos da pessoa com hanseníase deverão ser submetidos à avaliação da cicatriz vacinal do BCG-ID, se estiverem sem sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação, e, independentemente do caso referência ter forma clínica PB ou MB. Contatos sem cicatriz vacinal deverão receber uma dose da vacina, contatos com uma cicatriz vacinal deverão receber uma dose da vacina e não receberão dose da vacina os contatos que apresentarem mais de duas cicatrizes de BCG (BRASIL, 2009; 2016b).

Estudo feito por Araújo et al. (2015) em Minas Gerais, evidenciou que a maioria dos novos casos de hanseníase foi detectada entre indivíduos sem cicatrizes de BCG e diagnosticada durante o primeiro ano de acompanhamento. Uma comparação do número de cicatrizes de BCG observadas em contatos saudáveis versus contatos afetados demonstrou que a vacina BCG não só aumentou a proteção, mas também impulsionou exponencialmente o efeito protetor.

Novos estudos têm avaliado a quimioprofilaxia (dose única de rifampicina) e a imunoprofilaxia (BCG) dos contatos de casos recém diagnosticados, como uma estratégia poderosa e inovadora que poderia reduzir substancialmente a transmissão por *M. leprae* (DUPPRE et al., 2008; MOET et al., 2008; SCHURING et al., 2009). A dose única de rifampicina demonstrou prevenir 57% dos casos novos de hanseníase nos primeiros dois anos e a vacinação com BCG tem um efeito preventivo que dura até nove anos (MOET et al., 2008).

Se um contato que já havia recebido vacinação de BCG e também receber dose única de rifampicina, o efeito protetor demonstrou ser de 80%. O uso combinado de BCG e rifampicina será um instrumento poderoso na rotina da hanseníase, para interromper a transmissão desse agravo (SCHURING et al., 2009; RICHARDUS et al., 2013).

Em relação à realização do exame dermatológico e neurológico, avaliou-se nesse estudo separadamente, a fim de investigar melhor se eram realizados pelos profissionais. A imensa maioria dos contatos/coabitantes não foi submetida nem ao exame neurológico, mesmo entre os contatos intradomiciliares sadios. Entre os contatos e coabitantes de casos identificados somente um indivíduo referiu ter sido submetido ao exame dermatológico. Isso evidencia vulnerabilidade programática, à medida que o exame dermatoneurológico é imprescindível na avaliação dos contatos, implicando em um diagnóstico oportuno.

Dentre os que referiram ter sido submetidos ao exame, os profissionais mais citados foram os enfermeiros, o que indica um vínculo maior com esse profissional, bem como uma maior atuação deste nas atividades de avaliação de contatos. Considerando que, a recomendação é para que sejam avaliados os contatos domiciliares e sociais, as ESFs e a gestão municipal, devem reorganizar e fortalecer seus conhecimentos e tecnologias para realizarem as atividades de avaliação e monitoramento dos contatos de forma satisfatória.

Quanto ao motivo que facilitou a realização do exame dermatoneurológico dos contatos/coabitantes identificou-se a orientação por parte dos profissionais da ESF (ACS, enfermeiro, médico, técnico de enfermagem) como preponderante. Em relação ao motivo que dificultou a realização do exame foi estatisticamente associado à falta de orientação por parte dos profissionais.

Estudo realizado no Pará, por Lobato (2016) encontrou achado semelhante. Um baixo percentual de contatos domiciliares examinados, situação que favorece o aparecimento de novos casos da doença e ainda contribui para que o diagnóstico na região continue sendo inoportuno, uma vez que os contatos estão deixando de serem acompanhados pelo programa e cada vez é maior o número de casos da forma clínica MB. Outro estudo com dados secundários evidenciou que mais da metade dos contatos não foi examinada (LIMA et al., 2014).

A avaliação dos contatos constitui ação importante para interromper a dinâmica de transmissão da hanseníase e identificar casos novos precocemente (LIMA et al., 2014). As novas diretrizes do Ministério da Saúde recomendam a cobertura de exame de contato maior que 90% como boa (BRASIL, 2016b). No entanto, no ano de 2014, tanto o Brasil, quanto o Estado do Piauí apresentaram-se em situação regular (76,9% e 71,5%, respectivamente) e o município de Floriano encontrava-se, em situação precária (57,4%) (ARAUJO, et al. 2016a; ARAÚJO et al., 2016b).

O exame dermatoneurológico dos contatos é realizado por profissional médico ou enfermeiro (BRASIL, 2008), devidamente capacitado. Mesmo com a relevância do acompanhamento dos contatos observa-se que as atividades relacionadas a esse controle são pouco valorizadas pelos serviços e profissionais de saúde. Na prática, o que existe é um enfoque centrado no tratamento e cura dos doentes (PINTO NETO et al., 2000). Os profissionais para realizarem o exame dermatoneurológico necessitam de conhecimento técnico da hanseníase e da tecnologia mínima necessária para a realização do mesmo. Os resultados demonstram que a cobertura da ESF não define que a comunidade tenha acesso garantido às ações de controle da hanseníase. (LANZA; LANA, 2011).

Os motivos da falta de adesão dos contatos ao exame dermatoneurológico, principalmente relacionados aos não comparecimento dos contatos, encontrou como justificativa esquecimento, falta de tempo, vergonha e medo de estarem com hanseníase (DESSUNTI et al., 2008; VIEIRA et al., 2008).

Nesse sentido, existe a importância das barreiras culturais que podem dificultar o acesso aos serviços, visto que alguns sinais clínicos da hanseníase podem resultar em preconceito e medo do contágio pelo lado dos profissionais, e pelos usuários, medo da exposição por conta do estigma social (BITTENCOURT et al., 2010).

Quanto a ser orientado pela ESF para convocar outros contatos e para retorno à UBS em caso de suspeita de hanseníase ou para avaliação anual, a maioria dos contatos referiu não ter sido orientado para isso. Este resultado pode ser decorrente da não compreensão das informações pelos contatos, ou mesmo da ausência da orientação dada pela ESF, as quais funcionam como chaves para o controle dos contatos. Eles precisam estar cientes da necessidade de convocar outros contatos, inclusive os sociais, bem como retornar à UBS para avaliações anuais posteriores.

O Ministério da Saúde recomenda a avaliação anual dos contatos sadios (familiares, domiciliares ou sociais) de pessoas com hanseníase, durante cinco anos. Após esse período os contatos devem ser liberados da vigilância, devendo, entretanto, serem orientados quanto à possibilidade de aparecimento, no futuro, de sinais e sintomas sugestivos da hanseníase (BRASIL, 2016b).

O diagnóstico de hanseníase, em muitos Estados do Brasil, ainda é tardio, aproximadamente um ano e meio a dois anos após o aparecimento dos sintomas. A busca tardia de atendimento nos serviços de saúde, a falta de informação sobre sinais e sintomas, a dificuldade do indivíduo de acessar os serviços, atendimento e/ou profissionais treinados para detectar o agravo, são alguns dos fatores que impactam no diagnóstico tardio. No Brasil, 5,7% das pessoas diagnosticadas com hanseníase já apresentam lesões sensitivas e/ou motoras, deformidades que poderiam ser evitadas (ARANTES et al., 2010; BRASIL, 2009).

Apesar do maior risco de adoecer entre os contatos intradomiciliares, estes contribuem com apenas 7,6% dos casos novos na rotina do SINAN/Brasil (BRASIL, 2008), diferente de resultados decorrentes de busca ativa e pesquisa (MATOS et al., 1999; FINE, 1997; CAVALIERE, 2005; CHEN et al., 2003). O longo período de incubação, após longos períodos de exposição ao bacilo e a não existência de um indicador eficaz da condição de infecção assintomática são argumentações para um diagnóstico inoportuno (CHEN et al., 2003).

Ressalta-se a contribuição imprescindível dos profissionais de saúde, no que se refere a orientação da pessoa com hanseníase no momento do diagnóstico e a valorização da vigilância e controle de contatos, para além do primeiro exame na unidade de saúde (COSTA; OLIVEIRA, 2009).

Outra importante ação para a vigilância e controle de contatos é a atividade educativa e a oferta de material educativo, como instrumento de fortalecimento da mesma. Em Florianópolis a maioria dos contatos/coabitantes referiram não ter participado de atividade educativa ou mesmo ter recebido material educativo referentes à hanseníase, situação que ocasiona vulnerabilidade programática.

Quanto à sensação de discriminação nos serviços de saúde, as experiências discriminatórias estão relacionadas com condições adversas de saúde mental, incluindo transtornos de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático, e comportamentos prejudiciais à saúde, como tabagismo, consumo abusivo de álcool, sedentarismo e dietas menos saudáveis, especialmente em indivíduos e grupos histórica e socialmente estigmatizados (PASCOE; SMART,2009; WILLIAMS;MOHAMED,2009).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2013) demonstraram que pouco mais de um em cada dez brasileiros adultos referiu ter sofrido discriminação nos serviços de saúde por médicos ou outros profissionais, sendo mais frequente a discriminação por falta de dinheiro e classe social. As mulheres, os indivíduos com menor nível de escolaridade, os adultos das faixas etárias mais intermediárias, de etnia da pele não brancas e não beneficiados por planos de saúde tiveram maior chance de relatar discriminação nos serviços de saúde por falta de dinheiro e/ou classe social. (BOCCOLINI et al., 2016). Portanto, indivíduos pré-dispostos aos preconceitos são vulneráveis e suscetíveis, presas fáceis da discriminação, da negação de seus direitos e da estigmatização (FILHO; GOMES,2014).

A melhor maneira de se controlar a hanseníase é o diagnóstico oportuno, que, por sua vez, exige um trabalho sistematizado de orientação à comunidade quanto aos seus sinais e sintomas. As estratégias de educação em saúde nos diversos cenários da comunidade, são importantes, na medida que devem promover a participação do indivíduo no processo de discussão, reduzindo as barreiras de conhecimento sobre o agravo e favorecendo sua prevenção e diagnóstico oportuno (MOREIRA et al., 2014).

Estudo de Resende et al., (2009) em Goiás, demonstrou que os principais motivos da alta prevalência e diagnóstico tardio de hanseníase é, entre outros fatores, a ausência de educação continuada aos profissionais da saúde, falta de ações educativas na comunidade e família, além do déficit no conhecimento da população acerca da doença, sendo necessária a divulgação intensiva dos seus sinais e sintomas por meio de seminários, cursos, treinamentos e mensagens nos meios de comunicação de massa.

Os resultados do estudo de Silva; Paz (2010) evidenciaram que os conteúdos educativos ligados ao Programa de Controle da Hanseníase, estão alicerçados em informações técnicas, pouco trabalhados na experiência singular dos indivíduos, o que dificulta um pensar crítico da realidade social na qual estes estão inseridos. Estudo de Moreira et al., (2014), evidenciou a relevância da ação educativa por meio do satisfatório acréscimo de conhecimento a essa comunidade quanto à prevenção, diagnóstico e tratamento da hanseníase.

Estudo realizado na cidade de São Paulo, por Morais et al., (2009) relata que 80% da população do estudo vinculou as lesões na pele como principal sintoma da hanseníase e aproximadamente 37% dos indivíduos acreditavam que o principal sintoma da hanseníase eram as lesões na pele com perda das extremidades distais. Cunha et al. (2007) demonstraram que a realização de atividades educativas junto à comunidade nas UBS proporcionou à população de um município endêmico do Rio de Janeiro melhoria do conhecimento sobre a hanseníase, e esse fato pode influenciar no diagnóstico oportuno.

Nesse contexto, as ações de educação em saúde estão inseridas em um processo político que requer dos profissionais e comunidade, o desenvolvimento de uma consciência crítico reflexiva, devendo-se optar por uma pedagogia que possibilite a população atribuir significado a seus problemas, a partir de elementos da sua realidade, articulando-os ao já conhecido em suas histórias de vida e, democraticamente, decidir sobre o cuidar de si, de sua família e da coletividade, transcendendo à atitude passiva baseada na ideia de que o conhecimento se dá unilateralmente e sem conflitos (SILVA;PAZ, 2010).

Então, vulnerabilidade programática interliga as dimensões individual e social da vulnerabilidade. Na relação com a educação em saúde, a dimensão programática nos orienta a situar a educação em saúde para além do caráter normativo e centrado no objeto, busca articular as intervenções em saúde e as ações

programáticas e, a resignificar o cuidado em saúde enquanto encontro de indivíduos. Essa educação em saúde, deve ser compreendida como caminho que busca articular dimensões complementares com vistas à consolidação de respostas sociais significativas. Deve-se apreender que a educação não trata de definir comportamentos corretos para os demais, mas de criar condições de reflexão crítica e interação dialógica entre sujeitos sociais “fundada em certas disposições ético-cognitivas” (MEYER, et al.,2006).

Finalmente, segundo Ayres (2014), é impossível que se consiga em qualquer estudo, abarcar uma apreensão completa de uma situação de vulnerabilidade, seus significados, determinantes e implicações, em todas as dimensões. Busca-se, no entanto, um posicionamento privilegiado, uma construção de sentido capaz de compreender o significado dos fenômenos.

Como limitação do estudo, destaca-se a não utilização de uma abordagem multimétodos pois a mesma poderia ampliar a riqueza dos resultados. Contudo, buscou-se aprofundar-se nos aspectos descritivos dos resultados, com o intuito de uma análise mais crítica. Outra limitação refere-se a qualidade do banco SINAN em relação à completude e inconsistência do mesmo, situação que dificultou sobremaneira a localização dos casos. Para reverter esta situação realizou-se o cruzamento com outros bancos disponíveis (CADSUS, SIM).

7 CONCLUSÃO

Os contatos/coabitantes encontrados neste estudo, na sua maioria residiam na zona urbana, eram do sexo feminino, faixa etária de 20 a 59 anos, etnia negra/parda, escolaridade ensino fundamental e médio, solteiro/nunca foi casado, estudante, renda inferior a um salário mínimo.

Os sinais clínicos da hanseníase ainda persistem como fatores essenciais na dimensão individual das vulnerabilidades, sendo estatisticamente associados aos casos detectados no estudo: alterações dermatológicas, neurológicas e espessamento de tronco nervoso. Neste sentido, a atuação do profissional/gestor deverá ser voltada para uma atenção/cuidado mais equânime e com qualidade.

No plano social, analisou-se os fatores que se estendem desde aos macroambientes dos contatos/coabitantes, aos microambientes. Em todas as classificações de contato, verificou-se que a existência de mais um cômodo no domicílio por pessoa, se configurou como um fator de proteção contra a hanseníase.

No plano programático, em relação aos contatos intradomiciliares, evidenciou-se que apesar da cobertura 100% da Estratégia Saúde da Família, não refletiu em uma atenção e cuidado qualificados aos contatos intradomiciliares de pessoas com hanseníase. Identificou-se a insuficiência de atividades educativas para hanseníase e de visitas domiciliares da ESF, exame dermatológico e neurológico não realizados em sua maioria, além da não orientação sobre a importância de avaliar outros contatos. O retorno à UBS a fim de realizar avaliações posteriores, também não foi identificado. Isso resultou em diagnóstico tardio nos casos identificados.

Destaca-se ainda, que os contatos de pessoas acometidas pela hanseníase buscam a Unidade Básica de Saúde, primariamente, portanto, esta deveria estar organizada em nível de micro e macro organização do serviço e da rede de atenção à saúde, para ofertar uma atenção de qualidade em todos os níveis. Identificou-se nesse estudo, 15 casos de hanseníase (2,9%), sendo 2,8% entre os coabitantes sociais, 2,9% entre os contatos intradomiciliares e 3,0% coabitantes residentes. Interessante enfatizar a utilização nesse estudo de uma abordagem inovadora para avaliação de contatos/coabitantes, a qual mostrou-se operacionalizável e eficaz.

Diante dos resultados, constatou-se que os coabitantes residentes e os coabitantes sociais apresentam dimensões de vulnerabilidade associadas à hanseníase em perspectiva semelhante a dos contatos intradomiciliares. Nesta

perspectiva, é fundamental que a gestão, ESF, movimentos sociais e Universidade possam em conjunto aperfeiçoar a vigilância epidemiológica, a realização e o monitoramento das ações de controle de contatos em hanseníase.

Recomendações

- Realizar de novos estudos relacionados ao objeto, visto que a complexidade e nuances do mesmo não se esgota aqui. Questões como risco desses contatos/coabitantes associado às vulnerabilidades, investigação de fatores que evidenciem a transmissão ativa da hanseníase em Floriano e no Piauí, além da avaliação da persistência do diagnóstico tardio, dentre outras questões e estudos que ainda merecem ser desenvolvidos.
- Construir Linha de Cuidado (de base macrorregional e estadual) para a hanseníase na perspectiva, de estruturar e fortalecer as redes de atenção;
- Ampliar o conceito de “contato” em hanseníase, para além do intradomiciliar clássico, incorporando os conceitos coabitante social e de coabitante residente para o Estado do Piauí – tendo como piloto o municípios de Floriano;
- Criar e implantar em âmbito estadual o Boletim de Acompanhamento de contatos/coabitantes sociais e residentes;
- Fortalecer as ações previstas na Estratégia Estadual de enfrentamento da hanseníase, em especial, a implantação da adoção da quimioprofilaxia em contatos, avaliando a experiência em Picos e Floriano como cenário piloto para o processo de implantação da quimioprofilaxia
- Incluir na linha de cuidado o monitoramento pela ESF de famílias para acompanhamento de contatos e coabitantes durante cinco anos tendo em vista a sobreposição de doenças crônicas e agudas;
- Reavaliar (em especial na ESF) do ponto de vista dermatoneurológico os contatos intradomiciliares de casos referências não localizados pela pesquisa, ampliando o escopo da data de notificação (anos anteriores a 2001) e encaminhá-los para BCG de acordo com os padrões preconizados na portaria

149/ 2016, garantindo, pelo menos, seguimento semestral ao longo de 5 anos (dentro das diretrizes da linha de cuidado a ser construída);

- Incluir coabitantes sociais e residentes nas avaliações dermatoneurológicas específicas para hanseníase, por meio de portaria municipal e treinamentos na ESF;
- Desenvolver ações de abordagem de contatos e coabitantes, contextualizadas a diferentes tipos de população de casos referência (homem, crianças, idosos, etc.).
- Parcerias com os movimentos sociais.

REFERÊNCIAS

AGRICOLA, E. Combate ao mal de Hansen. **Bol Serv. Nac. Lepra**, v.13, n.3/4, p.16-28, 1954.

ALENCAR, C.H., RAMOS, A.N. Jr., DOS SANTOS, E.S., RICHTER, J. & HEUKELBACH, J. Clusters of leprosy transmission and of late diagnosis in a highly endemic area in Brazil: focus on different spatial analysis approaches. **Tropical Medicine & International Health** 17, 518–525. 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2011.02945.x/full>>. Acesso em: 20mar.2016.

ALMEIDA-FILHO, Naomar; COUTINHO, Denise. Atualizando o conceito de Risco: de indicador de causalidade a sobredeterminante da complexidade em Saúde. In: MEDRONHO, Roberto; BLOCH, Katia; LUIZ, Ronir Raggio; WERNECK, Guilherme Loureiro. (Org.). **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009, p. 623-645.

ALVARENGA A.V.M. Nação, país moderno e povo saudável – **Política de combate à lepra no Piauí**. 1. ed. Teresina: EDUFPI, 2013.

ALVES, E. D.; FERREIRA, T. L.; FERREIRA, I. N. Hanseníase avanços e desafios. In: **Hanseníase avanços e desafios**. 1. ed. Brasília: NESPROM, 2014.

ANDRADE, V. L. G.; SABROZA, P. C. & ARAÚJO, A. J. G. Factors Associated with Household and Family in Leprosy Transmission in Rio de Janeiro, Brazil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 10 (supplement 2): 281-292, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v10s2/v10supl2a06.pdf>>. Acesso em: 02jul.2016.

ANTUNES, J. L. F.; COSTA, O. V.; AUGUSTO, M. H. O. Hanseníase: a lepra sob a mira da lei. **Rev. Inst. Adolfo Lutz**, v.48, n.1/2, p. 29-36, 1988. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/similar.php?lang=pt&text=Hansen%C3%ADase:%20a%20lepra%20sob%20a%20mira%20da%20lei>>. Acesso em: 03jul.2016.

ARANTES, C.K.; GARCIA, M.L.R.; FILIPE, M.S.; NARDI, S.M.T.; PASCHOAL, V.D.A. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 19(2):155-164, abr-jun 2010. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n2/v19n2a08.pdf>>. Acesso em: 10 out.2016.

ARAÚJO, O.D.A.; NERY, I.S.; MONTEIRO, C.F.S.; MOURA, M.E.B. Representações sociais de mulheres profissionais do sexo. **Cienc Cuid Saude** 2014 Out/Dez; 13(4):714-721. Disponível em: <www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/20380/pdf/272+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 04 abr. 2016.

ARAÚJO et al., **Boletim de vigilância em saúde do Estado do Piauí** : Hanseníase 2014 / organizadores, Telma Maria Evangelista de Araújo ... [et al.] ; colaboradores, Danusa de Araújo Felinto ... [et al.]. – Teresina : EDUFPI, 2016b

ARAÚJO et al., **Boletim de vigilância em saúde do município de Floriano** : Hanseníase 2014 / organizadores, Telma Maria Evangelista de Araújo ... [et al.] ; colaboradores, Giovanna de Oliveira Libório Dourado... [et al.]. – Teresina : EDUFPI, 2016a

ARAÚJO, D.Y.M.L.; ANDRADE, J.S.; MADEIRA, M.Z.A. A atuação dos Agentes Comunitários de Saúde do Município de Teresina/Piauí Sobre Hanseníase **Rev Rene**, Fortaleza, 2011; 12(n. esp.):995-1002. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/viewFile/4400/3360>>. Acesso em: 24 mai.2016.

AYÇAGUER, W.G., GHIMIRE, D.J., (2007). Regresión logística. Cuaderno de Estadística. Edición de La Muralla, S.A. Madrid, 200ª, Ibérica Gráfico, S.A.

AYRES J.R.C.M., FRANÇA I, CALAZANS G, SALLETI H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: RelumeDumará; 1999. cap. 34, p. 50-71.

AYRES, J.R.C.M.; PAIVA, V.S.F.; FRANÇA JR., I. From natural history of disease to vulnerability: changing concepts and practices in contemporary public health. In: PARKER, R.; SOMMER, M. **Routledge handbook in global public health**. Oxon: Taylor and Francis, 2011. p.98-107.

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

AYRES, J. R. C. M. Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. **Cad. Saúde Pública**. v.27, n.7, p.1301-1311, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2011000700006&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 09 jun. 2016.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde soc**, v. 18, supl.2, p.11-23, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902009000600003&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 22 jun. 2016.

AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/AIDS: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface(Botucatu)**, v.6, n.11, p.11-24, 2002. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Ayres_Jose/publication/266839209>. Acesso em: 17 mai. 2016.

AYRES, J.R. Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado: aportes conceituais in: **Atenção à saúde de populações vulneráveis** 1ed. Barueri, SP. Manole, 2014.

AYRES, J.A.; PAIVA, B.S.R.; DUARTE, M.T.C.; BERTI, H.W. Repercussões da hanseníase no cotidiano de pacientes: vulnerabilidade e solidariedade. **REME – Rev. Min. Enferm.**;16(1): 56-62, jan./mar., 2012. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-651187>>. Acesso em: 02 mar. 2016.

ALBUQUERQUE, A.B.B.; BOSI, M.L.M. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza- Ceará- Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(5):1103-1112, mai, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/17>>. Acesso em: 13 mai. 2015.

ALVES H, ESCOREL S. Processos de exclusão social e iniquidades em saúde: um estudo de caso a partir do Programa Bolsa Família, Brasil. **Rev Panam Salud Publica.**;34(6):429–36, 2013. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8676/v34n6a09.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 12 mai. 2015.

ANDRADE A.R.C. et al. Soroprevalência do teste ML Flow em contatos de hanseníase de Minas Gerais. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 41(Suplemento II):56-59, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822008000700012>. Acesso em: 14 mai. 2015.

ARMITAGE P.; BERRY, G.; MATTHEWS, J.N.S. Statistical methods in medical research. 3rd. ed. London (GB): **Blackwell Scientific Publications**; 2002. Disponível em: <<http://www.medicine.mcgill.ca/epidemiology/hanley/bios602/MultilevelData/ArmitageBerryComponentsOfVariance.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

AQUINO, D.M.C.; CALDAS, A.J.M.; SILVA, A.A.M.; COSTA, M.L. Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão. Uberaba. **Rev Soc Bras Med Trop.** 2003; 36(1): 57-64. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v36n1/15308.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2015.

AQUINO, D.M.C.; SANTOS, J.S.; COSTA, J.M.L. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão, Brasil, 1991-1995. **Cadernos de Saúde Pública** 2003; 29(1): 119-125. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/han-18495>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

BAIALARDI, K.S. O estigma da hanseníase: relato de experiência em grupo com pessoas portadoras. **Hansen Int.** 2007; 32(1):27-36. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-51612007000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 mar. 2015.

BARBOSA, D. R. M. et al. Perfil Epidemiológico da hanseníase em cidade hiperendêmica do Maranhão 2005-2012. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**. Rio de Janeiro, v.8, n.1, p.1-13. 2014. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.br/index.php/racs/article/viewFile/1983/1090>>. Acesso em: 24 abr. 2015.

BARBOSA, J.C.; RAMOS JÚNIOR, A.N.; ALENCAR, O.M.; PINTO, M.S.P.; CASTRO, C.G.J. Atenção pós-alta em hanseníase no sistema único de saúde; aspectos relativos ao acesso na região nordeste. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 22 (4): 351-8, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n4/1414-462X-cadsc-22-04-00351.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

BARBOSA, D.R.M.; ALMEIDA, M.G.; SANTOS, A.G. Características epidemiológicas e espaciais da hanseníase no Estado do Maranhão, Brasil, 2001-2012. **Medicina**(Ribeirão Preto) 2014;47(4): 347-56. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n4/REV_Caracteristicas-epidemiologicas-e-espaciais-da-hanseníase-no-Estado-do-Maranhao.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2015.

BARRETO, M.L.; et al. Sucessos e Fracassos no Controle de Doenças Infecciosas no Brasil: O Contexto Social e Ambiental, Políticas, Intervenções e Necessidades de Pesquisa. **The Lancet – Saúde no Brasil**. Reino Unido, v. 3, pp. 47–60. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/similar.php?lang=en&text=Sucessos%20e%20fracassos%20no%20controle%20de%20doen%C3%A7as%20infecciosas%20no%20Brasil>>. Acesso em: 13 jan. 2015.

BARRETO, M.L.; PEREIRA, S.M.; FERREIRA, A.A. Vacina BCG: eficácia e indicações da vacinação e da revacinação. **J. Pediatr.** (Rio de Janeiro) vol.82 no.3 suppl.0 Porto Alegre July 2006 Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572006000400006>. Acesso em: 22 mar. 2016.

BARROS, M.B.A.; ZANCHETTA, L.M.; MOURA, E.C.; MALTA, D.C. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública** 2009; 43 Suppl 2:27-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000900005>. Acesso em: 03 fev. 2015.

BARRETO S.M.; FIGUEIREDO, R.C. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco:diferença de gênero. **Rev Saúde Pública** 2009; 43 Suppl 2:38-47. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102009000900006&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 08 fev. 2015.

BERTOLLOZI, M. R.; NICHATA, L. Y. I.; TAKAHASHI, R. F.; CIOSAK, S. I.; HINO, P.; VAL, L. F.; GUANILLO, M. C. L. T. U.; PEREIRA, E. G. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev Esc Enferm USP**. v. 43, Esp 2, p. 1326-30, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a31v43s2.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

BITTENCOURT, L.P. et al., Estigma, percepções sociais reveladas por pessoas acometidas por hanseníase. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun: 18 (2): 185-90 . Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsvs/resource/pt/int-1897>>. Acesso em: 22 jul. 2016.

BOCCOLINI, C.S.; BOCCOLINI, P.M.M.; DAMACENA, G.N.; FERREIRA, A.P.S.; SZWARCOWALD, C.L. Fatores associados à discriminação percebida nos serviços de saúde do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(2):371-378, 2016. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/PNS%202013_Discrimacao%20na%20Saude.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.

BORIM, F.S.A.; BARROS, M.B.A.; NERI, A.L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(4):769-780, abr, 2012 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/16.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

BORNSTEIN, V.J. **O agente comunitário de saúde na mediação de saberes**. 2007. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2007. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4483>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de leprologia**. Serviço Nacional de Leprosia. Rio de Janeiro (RJ), 1960.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. **Portaria nº 1 de 7 de novembro de 1989**. Diário Oficial da União, Brasília, 3 jan.1990. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Portaria nº 133 de 01 setembro de 1994. **Revoga a Portaria nº 814/GM de 22 de julho de 1993 e expedir novas instruções normativas visando ao desenvolvimento de ações destinadas à orientação e acompanhamento de execução do Programa de Controle e Eliminação da Hanseníase em todo território nacional**. Diário Oficial da União; 02 set 1994, Brasília (DF), 1994a . Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf>. Acesso em: 15 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Guia de controle de hanseníase**. 2. ed. Brasília (DF), 1994b

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Controle da hanseníase na atenção básica**: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Normas técnicas para a eliminação da hanseníase no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Guia para o controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.838, de 9 de outubro de 2002. **Dispõe sobre as diretrizes e estratégias para o cumprimento da meta de eliminação da hanseníase como problema de saúde no Brasil até 2005**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em Saúde: **Situação Epidemiológica da Hanseníase no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância. Dengue. Esquistossomose. Hanseníase. Tracoma e Tuberculose**. 2ª edição revisada. Brasília. MS, 2008b.195 p. II (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Cadernos Atenção Básica n.º 21

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de prevenção de incapacidades**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008c

_____. Portaria Nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. **Aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase**. Diário Oficial da União; 08 out 2010, Brasília (DF), 2010a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de apoio para grupos de autocuidado em hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010b.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010c.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Coordenação Geral do Programa de Controle da Hanseníase. **Despacho nº 25 de 7 de junho de 2010e**.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 200-202, 2010f.

_____. Ministério da Saúde. Relatório de gestão da Coordenação Geral do **Programa Nacional de Controle da Hanseníase**: janeiro de 2009 a dezembro de 2010. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. **Distribuição da hanseníase no Brasil: Indicadores epidemiológicos e operacionais de hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: **relatório de situação: Piauí**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíase: plano de ação 2011-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **PNAB: Política Nacional de Atenção Básica**. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde/ Departamento de Atenção Básica, 2012b.

_____. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília (DF), 2012c.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015**. Brasília: Ministério da saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **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, 2013b. 100 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Exercício de Monitoramento da Eliminação da hanseníase no Brasil – LEM–2012**. Brasília : Ministério da Saúde, 2015 a .

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos **Quimioprofilaxia de contatos de doentes de hanseníase com rifampicina em dose única**. Brasília: Ministério da Saúde, nº 165, 2015 b.

_____. Lei 10 836/2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2004/lei/10.836.htm. Acesso em:10 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças Negligenciadas. **Panorama da hanseníase no Brasil**. Reunião da Estratégia Global de Hanseníase 2016-2020 adaptado ao SUS: atualizações, desafios e perspectivas. Brasília, 2016a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública** : manual

técnico-operacional [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016b.

BRITTON, W.J.; LOCKWOOD, D.N.J. Leprosy. **Lancet** 2004; 363: 1209–19. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(04\)15952-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(04)15952-7.pdf)> Acesso em: 23 jun. 2016.

BVS, Biblioteca Virtual em Saúde. 2016. **Descritores em Ciências da Saúde**. Disponível em: < <http://decs.bvs.br/>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006.

CANADÁ, 2012. Public Health Agency of Canada. Health literacy. Disponível em: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/hl-ls/index-eng.php#tabs-2>>. Acesso em: 24 fev. 2012.

CARRASCO, M. A. P. **O Saber de enfermagem na assistência à hanseníase no Estado de São Paulo**. 1997. 235f. Tese (Doutorado) –Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

CASTRO, S.S.; ABREU, G.B.; FERNANDES, L.F.R.M.; SANTOS, J.P.P.; OLIVEIRA, V.R. Leprosy incidence, characterization of cases and correlation with household and cases variables of the Brazilian States in 2010 **An Bras Dermatol**. 2016;91(1):28-33. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4782643/>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

CAVALIERE, F. A. M. **Estratégias para exames de contatos em hanseníase: avaliação de desempenho em área urbana endêmica do Rio de Janeiro**. 2005. 89f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://teses.ufrj.br/ccs_m/FlaviaAmorimMeiraCavaliere.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

CESAR, J.A.; GONÇALVES, T.S., NEUMANN, N.A.; OLIVEIRA FILHO, J.A.; DIZIEKANIAK, A.C. Saúde infantil em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: comparando indicadores básicos em áreas atendidas pela Pastoral da Criança e áreas-controle. **Cad Saúde Pública**. 2005;21:1845-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400012>. Acesso em: 20 out. 2016.

CETOLIN, S. F. et al. Hanseníase e cidadania na política de saúde brasileira. **Soc em Debate**. v.16, n.2, p.135-162, 2010. Disponível em: <<http://revistas.ucpel.tche.br/index.php/rsd/article/view/677>>. Acesso em: 10 out. 2016.

CHEN, P.Y.; POPOVICH, P.M. Correlation: parametric and nonparametric measures. Thousand Oaks: Sage Publication, Inc. 95p> disponível em:

<https://rufiismada.files.wordpress.com/2012/02/correlation_parametric_and_nonparametric_measures_quantitative_applications_in_the_social_sciences.pdf>.

Acesso em: 14 jul. 2016.

CORRÊA, R.G.C.F.; AQUINO, D.M.C.; CALDAS, A.J.M.; AMARAL, D.K.C.R.; FRANÇA, F.S.; MESQUITA, E.R.R.B.P.L. Epidemiological, clinical, and operational aspects of leprosy patients assisted at a referral service in the state of Maranhão, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 2012; 45(1): 89-94.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v45n1/17.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2015.

CLARO, L.B.L. Hanseníase: representações sobre a doença. *Cad. Saúde Pública* vol.11 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 1995. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000400016>. Acesso em: 14 jun. 2016.

CRESPO, M. J.; GONÇALVES, A. Avaliação das possibilidades de controle da hanseníase a partir da poliquimioterapia. **Rev Port Saúde Pública**, v.32, n.1, p. 80-88, 2014. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S087090251300076X>>. Acesso em: 21 set. 2016.

CHEN S.L.; ZHANG, et al. Should household contact examination in a low endemic situation of leprosy continue? **Int J Lepr Other Mycobact Dis** 2003; 71(2): 95-100. Disponível em:

<<http://search.proquest.com/openview/442254fd28f6911f1677d18ab33f7dd6/1?pq-origsite=gscholar&cbl=48724>>. Acesso em: 17 ago. 2015.

COSTA, A.L.F.; OLIVEIRA, M.L.; WAN, DEL REI. Falhas da vigilância epidemiológica da hanseníase: 4 casos multibacilares em crianças, no estado do PI. **Hansen Int** 2009; 34(2): 41-46. Disponível em:

<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-51612009000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 mar. 2016.

CUNHA, A. Z. S. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Ciênc. saúde coletiva**. v.7, n. 2, p. 235-242, 2002. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v7n2/10243.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2016.

CUNHA, L. H.; DUQUE, G.; Desenvolvimento sustentável, meio ambiente e agricultura familiar no semi-árido. Associação Brasileira de Educação Agrícola Superior – ABEAS. Brasília,DF: Campina Grande: Universidade Federal de Campina Grande, 2007. 59p. il. (ABEAS. **Curso Desenvolvimento Sustentável para o Semi-Árido Brasileiro**. Módulo 4). Disponível em:

<<http://www.anppas.org.br/encontro6/anais/ARQUIVOS/GT3-798-1363-20120806163249.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2016.

CUNHA, M.D. et al. Os indicadores da hanseníase e as estratégias de eliminação da doença em município endêmico do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.5, p.1187-97, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007000500020&tlng=en&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2016.

DEPS, PD. How is the mycobacterium leprae transmitted? **Hans Int.**, v.26, n.1, p. 31-36, 2001. Disponível em: <www.ilsf.br/revista/download.php?id=imageBank/710-2405-1-PB.pdf>. Acesso em 23 ago. 2016.

DESSUNTI, E.M; SOUBHIA, Z; ALVES E; ARANDA, C.M; BARRO, M.P.A.A. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol. 61, número especial, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700006>. Acesso em: 21 nov. 2016.

DIAS EC. Condições de vida, trabalho, saúde e doença dos trabalhadores rurais no Brasil. **Saúde do Trabalhador Rural-RENAST**, 2006. 27 p. Disponível em: <http://www.ugt.org.br/images/arquivos/saude_trabalhador_rural.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2012.

DIAS, M. C. F. S.; DIAS, G. H.; NOBRE, M. L. Distribuição espacial da hanseníase no município de Mossoró/RN, utilizando o Sistema de Informação Geográfica-SIG. **An. bras. dermatol**, v. 80, n. supl. 3, p. 289-294, 2005. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S036505962005001000005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 dez. 2016.

DINIZ, L.M.; CATABRIGA, M.D.S.; FILHO, J.B.S.; Avaliação de hansenianos tratados com esquema ROM (rifampicina, ofloxacina e minociclina), após sete a nove anos. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** 43(6):695-699, novembro, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n6/19.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2016.

DUARTE, M.T.C, AYRES, J.A.; SIMONETTI, J.P. Perfil socioeconômico e demográfico de portadores de hanseníase atendidos em consulta de enfermagem. **Rev Latinoam Enferm**. 2007; 15(Esp): 774-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15nspe/pt_09.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2016.

DUARTE-CUNHA, M.; SANTOS, S.R.; MATOS, H. J.; OLIVEIRA, M.L.W. Aspectos epidemiológicos da hanseníase: uma abordagem espacial. **Cad. Saúde Pública**, v.28 (6), 1143-1155, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n6/13.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2016.

DUPPRE, N. C. **Risco de desenvolver hanseníase em contatos de pacientes, segundo positividade ao teste anti PGL-I e situação vacinal (BCG)**. 2008. 110f. Tese [Doutorado em Ciências da Saúde]- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, FIOCRUZ, 2008. Disponível em:<<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4565>>. Acesso em: 23 mai. 2016.

EDUARDO, M. B. P. **O sistema de vigilância epidemiológica no estado de São Paulo: um estudo do modelo de controle da difteria**. 1984. 191f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1984.

Disponível em:

<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPIDISCA&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=128788>>. Acesso em: 05 set. 2016.

EIDT, L.M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.2, p. 76-88, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200008>. Acesso em: 12 nov. 2015.

FEENSTRA, S.G.; NAHAR, Q.; PAHAN, D.; OSKAM, L.; RICHARDUS J.H. Social contact patterns and leprosy disease: a case-control Study in Bangladesh. **Epidemiol. Infect.** 141, 573–581, 2013 . Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22583511>>. Acesso em: 28 nov. 2016.

FEMINA, L.L.; SOLER, A.C.P.; NARDI, S.M.T.; PASCHOAL, V.D.A. Lepra para hanseníase: a visão do portador sobre a mudança de terminologia. Rio de Janeiro **Rev Hansen. Int.** 2007; 32 (1) 37-48. . Disponível em: <<http://www.ilsl.br/revista/imageBank/302-863-1-PB.pdf>>. Acesso em: 27 mai. 2016.

FERREIRA, I.L.C.S.N.; FERREIRA, I.N.; MORRAYE, M.A. Os Contatos de Portadores de Hanseníase em Paracatu (MG): Perfil, Conhecimentos e Percepções. **Hansen Int.** 2012; 37 (1): 35-44. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=11778>. Acesso em: 11 nov. 2016.

FINE, P. E. et al., Household and dwelling contact as risk factors for leprosy in northern Malawi. **American Journal of Epidemiology**, Oxford/UK, 146: 91-102, 1997. Disponível em: <https://oup.silverchair-cdn.com/oup/backfile/Content_public/Journal/aje/146/1/10.1093/oxfordjournals.aje.a009195/2/14691.pdf?Expires=1486496081&Signature=TVtXG4MHLfFdPkYUKNEvJu8VMSRHFywbxOGhcJe2SjdsySGRwhYYqLwxc2O>. Acesso em: 12 abr. 2016.

FILHO, M.M.; GOMES, C.F.L. Preconceito e conhecimento sobre hanseníase: a situação do agente comunitário de saúde. **Revista BIOETHIKOS** - Centro Universitário São Camilo -; 8(2):153-160. 2014. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/155563/A03.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2016.

FONTE, J. Vigilância sanitária de doentes e comunicantes pelos serviços de lepra das unidades federadas. **Bol. Serv. Nac. Lepra**, v. 10, n. 4, p. 201-207, 1951.

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

FOSS N. M. Reactional episodes in leprosy. **Medicina Ribeirão Preto**. v.36, n.1, p. 453-9, 2003. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/rmrp/article/view/764/777>>. Acesso em: 06 jun. 2016.

FRANCO, M.C.A.; MACEDO, G.M.M.; MENEZES, B.Q.; JUCÁ NETO, F.O.M.; XAVIER, M.B.; Perfil de casos e fatores de risco para hanseníase, em menores de quinze anos, em município hiperendêmico da região norte do Brasil. **Revista Paraense de Medicina** V.28 (4) outubro-dezembro 2014 Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2014/v28n4/a4635.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2016.

FRANCO, T.B., MERHY, E.E. Programa Saúde da Família: contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Júnior HMM, Josely R, Franco TB, Bueno WS, organizadores. **O Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-124

FREITAS, L. R.S. **Tendências temporais, distribuição espacial e fatores associados à ocorrência de hanseníase no Brasil, 2001 a 2012**. Brasília, 2015. 113 p. Tese (Doutorado - Doutorado em Medicina Tropical) -- Universidade de Brasília, 2015. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/20153>>. Acesso em: 28 jun. 2016.

FREITAS, L.R.S.; DUARTE, E.C.; GARCIA, L.P. Leprosy in Brazil and its association with characteristics of municipalities: ecological study, 2009–2011. **Tropical Medicine and International Health** volume 19 no 10 pp 1216–1225 october 2014> Disponível em : <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.12362/full>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

GARBINO, J. A. et al. Primary neural leprosy: systematic review. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 71, n. 6, p. 397-404, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004282X2013000600397&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 02 mar. 2016.

GARCIA M, MOORE CMT (2012) **The cash dividend the rise of cash transfer programs in sub-Saharan Africa**. Washington: The World Bank. 413 p. Disponível em: <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/2246/672080PUB0EPI0020Box367844B09953137.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 05 set. 2016.

GARSON, G. D. Structural equation modeling. Asheboro-North Carolina: Statistical Publishing Associates. 2010

GIRÃO, R.J.S. et al. Leprosy treatment dropout: a systematic review. **Int. Arch. Med.**, v. 6, n. 1, p. 34-41, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3766109/>>. Acesso em: 07 abr. 2016.

GONÇALVES, A.; MANTELLINI, G. G.; PADOVANI, C. R. Leprosy control: perspectives & epidemiological and operational aspects. **Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo**, v. 52, n. 6, p. 311-315, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rimtsp/v52n6/a05v52n6.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

GOUVEIA, G.C.; SOUZA, W.V.; LUNA, C.F.; SOUZA-JÚNIOR, P.R.B.; SZWARCOWALD, C.L. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Rev Bras Epidemiol**. 2009;12:281-96. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v12n3/01.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2016.

HACKER, M. A. et al. Characteristics of leprosy diagnosed through the surveillance of contacts: a comparison with index cases in Rio de Janeiro, 1987-2010. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, v. 107, p. 49-54, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S007402762012000900009&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em 10 mai. 2016.

HEGAZY, A.A., et al. Leprosy in a high-prevalence Egyptian village: epidemiology and risk factors. **International journal of dermatology**, v. 41, n. 10, p. 681-686, 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12390192>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

HOSMER, David W.; LEMESHOW, Stanley (2000). *Applied Logistic Regression*. New York: Wiley

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Florianópolis (PI), 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=220390>>. Acesso em: 10 jun. 2016.

IMBIRIBA, E.B. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em menores de quinze anos de idade, Manaus (AM), 1998-2005. **Rev Saúde Pública**; São Paulo, 42(6):1021-6, 2008 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n6/6895.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2016

JANG, Y.; CHIRIBOGA, D.A.; HERRERA, J.; BRANCH, L.G. Selfrating of poor health: a comparison of Cuban elders in Havana and Miami. **J Cross Cult Gerontol** 2009; 24:181-91.

KANT, I. **Ideia de uma história universal de um ponto de vista cosmopolita**, São Paulo: brasiliense, 1986.

KERR-PONTES, L.R.; BARRETO, M.L.; EVANGELISTA, C.M.; RODRIGUES L.C.; HEUKELBACH, J.; FELDMIEIER, H. Socioeconomic, environmental, and behavioural risk factors for leprosy in North-east Brazil: results of a case-control study. **International Journal of Epidemiology** 35, 994-1000. 2006. Disponível em: <http://oup.silverchaircdn.com/oup/backfile/Content_public/Journal/ije/35/4/10.1093/ije/dyl072/2/dyl072.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2016.

LANA, F. C. F. et al. O estigma em hanseníase e sua relação com as ações de controle. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 4, n. 3, p. 556-565, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/12550/pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

LANA, F. C. F. et al. Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha – Minas Gerais. **Rev Bras Enf**, 2007,v.60, n.6, p.696-700. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n6/13.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2015.

LANA, F.C.F.; CARVALHO, A.P.M.; DAVI, R.F.L.. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com as ações de controle. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v. 15, n. 1, p. 62-7, jan-mar, 2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Francisco_Lana/publication/262447333_Epidemiological_profile_of_leprosy_at_the_microregion_of_aracuai_and_its_relation_with_actions_control/links/54072fa30cf23d9765a83e51.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

LANZA, F.M.; CORTEZ, D.N.; GONTIJO, T.L.; RODRIGUES, J.S.J. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Divinópolis. Minas Gerais. **Rev Enferm UFSM.** v. 2, n. 2, p. 365-374, mai-ago, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/OI%C3%ADvia/Downloads/5343-27634-1-PB.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2016.

LANZA, F.; LANA, F.C.F. Acesso às ações de controle da hanseníase na atenção primária à saúde em uma microrregião endêmica de Minas Gerais. **Rev. APS.** 2011. Jul/set; 14(3):343-353 Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1312/513>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

LASTÓRIA, J.C., MORGADO DE ABREU, M.A.M. Hanseníase: revisão dos aspectos epidemiológicos, etiopatogênicos e clínicos - Parte I. **An Bras Dermatol**,89(2):205-19, 2014. Disponível em: <<http://www.anaisdedermatologia.org.br/detalhe-artigo/102006/Hansenise--revisao-dos-aspectos-epidemiologicos--etiopatogenicos-e-clinicos---Parte-I->>. Acesso em: 24 nov. 2016.

LYON-MOURA, A.C.; PEDROSA, M. S. Histopatologia da Hanseníase. In: Lyon S; Grossi M.A.F. **Hanseníase**. 1. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2013.

LIBERATOS, O. LINK, B.G.; KELSEY, J.L. 1988. The measurement of social class in epidemiology. **Epidemiologic Review**, 10:87-121. Disponível em: <<https://academic.oup.com/epirev/article-abstract/10/1/87/553589/THE-MEASUREMENT-OF-SOCIAL-CLASS-IN-EPIDEMIOLOGY?redirectedFrom=PDF>>. Acesso em: 07 jul. 2016.

LIMA, M. A. R.; PRATA, M. O.; MOREIRA, D. Perfil da Hanseníase no Distrito Federal no período de 2000 a 2005. **Ciências da Saúde**. Brasília, v. 19, n.2, p.163-170. 2008. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2008Vol19_2art09perfildahansenise.pdf> Acesso em: 02 fev. 2014.

LEITE, K. K. D. C et al. Perfil dos Contatos de Casos de Hanseníase em Área Hiperendêmica na Amazônia do Maranhão. **Caderno de Saúde Coletiva**, 2009, v.17, n.1. P. 235- 249. Disponível em:<<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/9799>>. Acesso em: 17 ago. 2015.

LIMA, C.S.O.; GALVÃO, M.H.R.; BRITO, F.M.; FÉLIX, K. Hanseníase: vigilância dos comunicantes. **Rev Enferm UFPE on line**. Recife, 8 (5): 1136-41, maio, 2014. Disponível em <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/./9438>. Acesso em: 21 mar. 2016.

LIMA-COSTA, M.F.; FIRMO, J.O.A.; UCHÔA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública** vol.38 no.6 São Paulo Dec. 2004. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600011>. Acesso em: 03 out. 2015.

LINO, C.; GOMIDE, M., Análise de redes sociais na avaliação do programa de controle de hanseníase em um município do interior do Brasil.

Cad. Saúde Colet., 2012, Rio de Janeiro, 20 (1): 32-40. Disponível

em:<http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2012_1/artigos/CSC_v20n1_32-40.pdf>. Acesso em 12 jul. 2016.

LOBATO, D.C.; NEVES, D.C.O.; XAVIER, M.B. Avaliação das ações da vigilância de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase no Município de Igarapé- Açu, Estado do Pará,. **Rev Pan-Amaz Saude** 2016; 7(1):45-53. Disponível em:

<<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v7n1/v7n1a06.pdf>>. Acesso em 17 out. 2016.

LOPES, V.A.S.; RANGEL, E.M. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 817-829, OUT-DEZ 2014. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0817.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2015.

LUNA, I.T.; BESERRA, E.P.; ALVES, M.D.S.; PINHEIRO, P.N.C. Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores **Rev Bras Enferm**, Brasília 2010 nov-dez; 63(6): 983-90. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600018>. Acesso em: 06 mar. 2016.

MACIEL, L. R. **Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade: uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962)**. 2007. 380f.

Tese [Doutorado em ciências da Saúde]. Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em:<http://www.historia.uff.br/stricto/teses/Tese-2007_MACIEL_Laurinda_Rosa-S.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2016.

MANN, J. M.; TARANTOLA, D.; NETTER, T. W. **A AIDS no Mundo**. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará;1993.

MANDÚ, E.N.T., GAÍVA, M.A.M.; SILVA, M.D.. A.; SILVA ,A.M.N. A visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. **Texto & contexto enferm**.

2008; 17(1):131-40. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/15.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

MATOS, J. et al. Epidemiologia da hanseníase em coorte de contatos intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987-1991) **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15(3):533-542, 1999. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X1999000300010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 mai. 2016.

MAURANO, F. **História da lepra em São Paulo**. 2. ed. São Paulo, Empresa Gráfica da Revista dos Tribunais, 1939.

MEDEIROS, F.A.; SOUZA, G.C.A.; BARBOSA, A.A.A.; COSTA, I.C.C. Acolhimento em uma unidade básica de saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev Saúde Pública**. 2010; 12(3): 402-13. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf>>. Acesso em 16 jun. 2016.

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

MEYER, D.E.E.; MELLO, D.F.; VALADÃO, M.M.; AYRES, J.C.R.M. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(6):1335-1342, jun, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600022>. Acesso em: 23 mar. 2016.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.5, n.15, p.2297- 305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05>>. Acesso em: 24 ago. 2016.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. il. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>. Acesso em: 17 mai. 2015.

MERCARONI, D.A. **Análise espacial da endemia hansênica no município de Fernandópolis/SP**. Tese de Doutorado. Ribeirão Preto/SP: USP, 2003. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-18052004-085207/pt-br.php>>. Acesso em: 25 set. 2015.

MÉSZÁRIOS, I. **Para além do capital: rumo a uma teoria da transição**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2009.

MIRANZI, S. S. C. et al. Qualidade de vida e perfil sociodemográfico de médicos da estratégia saúde da família. **Rev. Med. Minas Gerais**, v.20, n.2, p.189-197, 2010. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/312>> Acesso em: 11 out. 2015.

MOET, F.J., MEIMA, A., OSKAM, L., RICHARDUS, J. H. Risk factors for the development of clinical leprosy among contacts, and their relevance for targeted interventions. **Lepr Rev**, Inglaterra, 75, 310–326, 2004 Disponível em: <<https://www.lepra.org.uk/platforms/lepra/files/lr/Dec04/124878.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2016.

MOET, F.J.; PAHAN, D.; SCHURING, R.P.; OSKAM, L.; RICHARDUS, J.H. Physical Distance, Genetic Relationship, Age, and Leprosy Classification Are Independent Risk Factors for Leprosy in Contacts of Patients with Leprosy. **JID** 2006:193 (1 February) 347 Disponível em: <https://oup.silverchaircdn.com/oup/backfile/Content_public/Journal/jid/193/3/10.1086/499278/2/193-3-346.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2016.

MOET, F.J.; PAHAN, D.; OSKAM, L.; RICHARDUS, J.H.: Effectiveness of single dose rifampicin in preventing leprosy in close contacts of patients with newly diagnosed leprosy: cluster randomised controlled trial. **BMJ** 2008, 336(7647):761–764. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2287265/>>. Acesso em: 26 abr. 2016.

MOREIRA, A.J.; NAVES, J.M.; FERNANDES, L.F.R.M.; CASTRO, S.S.; WALSH, I.A.P. Ação educativa sobre hanseníase na população usuária das unidades básicas de saúde de Uberaba-MG. **Saúde debate** [Internet]. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0234.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2016.

MORRISSON, A. A woman with leprosy is in double jeopardy. **Lepr Rev** (2000) 71, 1 28-143. Disponível em: <<http://leprev.ilsl.br/pdfs/2000/v71n2/pdf/v71n2a04.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2016.

MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO A.D.A.; GUIMARÃES C. O Agente Comunitário de Saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. In: FONSECA, A.F.; STAUFFER, A.B. (Orgs.). **O processohistórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p.189-211

MOURA, M.L.; DUPNIK, K.M, SAMPAIO, G.A. et al. Active surveillance of Hansen's Disease (leprosy): importance for case finding among extra-domiciliary contacts. **PLoS Neglected Tropical Diseases** 7, e2093. (2013) . Disponível em:<<http://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0002093>>. Acesso em: 21 jul. 2015.

MUNANGA, K. Ata da 17ª reunião especial da Assembléia Legislativa de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <<http://www.almg.gov.br/dia/A2002/06/L150602.htm>>. Acesso em: 24 mar. 2015.

MOSCHELLA, S. L. An update on the diagnosis and treatment of leprosy. **J. Am. Acad. Dermatol.**, v. 51, n. 3, p. 417-426, 2004. Disponível em:<[http://www.jaad.org/article/S0190-9622\(04\)00005-2/fulltext?refuid=S0190-9622\(09\)01358-9&refissn=0190-9622](http://www.jaad.org/article/S0190-9622(04)00005-2/fulltext?refuid=S0190-9622(09)01358-9&refissn=0190-9622)>. Acesso em: 20 out. 2015.

NAAFS, B. Viewpoint: Leprosy after the year 2000. **Trop Med Inter Health**, v. 5, n. 6, p. 400-403, 2000 Disponível em:<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-3156.2000.00579.x/full>>. Acesso em: 16 fev. 2016.

NASCIMENTO, M.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: A interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Cien Saude Colet** 2005; 10(2):333-345. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n2/a11v10n2>>. Acesso em: 24 ago. 2016.

NERY J.S., PEREIRA, S.M.; RASELLA, D.; PENNA, M.L.F.; AQUINO, R. et al. (2014) Effect of the Brazilian Conditional Cash Transfer and Primary Health Care Programs on the New Case Detection Rate of Leprosy. **PLoS Negl Trop Dis** 8(11): e3357. Disponível em:

<<http://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0003357>>. Acesso em: 23 jul. 2016.

NETO, J.M.P.; CARVALHO, H.T.; CUNHA, L.E.S.; CASSENOTE, A.J.F.; LOZANO, A.W.; MARTINS, A.P.S. Análise do controle dos contatos intradomiciliares de pessoas atingidas pela hanseníase no Brasil e no estado de São Paulo de 1991 a 2012. **Hansen Int.** 2013; 38 (1-2): p. 68-78. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/ses-31304>

NICHIATA, L. Y. I et al. The use of the "vulnerability" concept in the nursing area. **Rev. Lat. Am. Enferm**, v. 16, n. 5, p. 923-928, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692008000500020&script=sci_arttext&tlng=pt

NICHIATA, L. Y. I.; BERTOLOZZI, M. R.; GRYSCHKEK, A. L. P. L.; ARAÚJO, N. V. D. L.; PADOVEZE, M. C.; CIOSAK, S. I.; TAKAHASHI, R. F. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, Esp. 2, p. 1769-73, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000800023&lng=pt&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 17 nov. 2016.

NICOLAU, S.M.; SCHRAIBER, L.B.; AYRES, J.R.C.M. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(3):863-872, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232013000800032&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 out. 2016.

NOORDEEN, S. K., 1993. Leprosy 1962-1992. 4. Epidemiology and Control of Leprosy - A review of progress over the last 30 years. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, 87:515-517. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0035920393900682>>. Acesso em: 29 mar. 2016.

NOBRE, C., Mudanças Climáticas e o Brasil: Contextualização. Parceiras estratégicas. Brasília, 2008.

OGUISSO, T.; FREITAS, G.F. Direitos humanos e vulnerabilidade in: **atenção à saúde de populações vulneráveis**. 1ed. Barueri, SP: Manole, 2014.

OLIVEIRA, C. P. M. C.; **De lepra à hanseníase : mais que um nome, novos discursos sobre a doença e o doente 1950-1970** / Recife: 246 f. : il. ; 30 cm.. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em História, 2012. Disponível em: <<http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/11000/Tese%20-%20Carolina%20Pinheiro%20Mendes%20Cahu%20de%20Oliveira.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 17 jul. 2016.

OLIVEIRA, R.G.; MARCON, S.S. Trabalhar com famílias no programa de saúde da família: a prática do enfermeiro em Maringá-PR. **Rev Esc Enferm USP**. 2007;

41(1):65-72. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a08.pdf>>. Acesso em: 26 mai. 2016.

OLIVEIRA, M.H.P.; ROMANELLI, G. Os efeitos da hanseníase em homens e mulheres um estudo de gênero. **Cad Saúde Publ** Rio de Janeiro, 14 (1).1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000100013>. Acesso em: 12 set. 2016.

OLIVEIRA, L. A. **Hanseníase entre contatos domiciliares no município de Maracaçumé – MA**. São Luís, 2014. Trabalho de Conclusão de Mestrado (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal do Maranhão, 2014. Disponível em: <http://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/dissertacoes/2014_UFMA_Luciana%20Albuquerque%20de%20Oliveira.pdf>. Acesso em: 08 out. 2016.

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

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Estimativa de prevalência oculta**. Hanseníase hoje. Boletim – Eliminação da Hanseníase das Américas, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scieloOrg/php/similar.php?lang=en&text=Estimativa%20de%20preval%20de%20oculta:%20Hansen%20de%20hoje>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

PAIM, E. R. Papel da enfermeira de saúde pública no combate à lepra. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 14, n. 6, p. 561-568, 1961.

PAIM, J.S.; SILVA, L.M.V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS**, Bol. Inst. Saúde (Impr.) v.12 n.2 São Paulo ago. 2010. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 jun. 2016.

PARKER, R. et al. (orgs.) **A Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

PARÁ. Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública. **Manual de Treinamento para Controle da hanseníase na atenção básica à saúde**. Belém: Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública, 2006.

PASCOE, E.A.; SMART, O.; RICHMAN L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. **Psychol Bull**. 2009 Jul;135(4):531-54. Disponível em: <<http://www.pubpdf.com/pub/19586161/Perceived-discrimination-and-health-a-meta-analytic-review>>. Acesso em: 03 ago. 2016.

PATEO, D.; PEREIRA, S. Da freqüência da lepra nos focos familiares. **Rev. Bras. Leprol**, v. 4, suppl.1, p. 241-259, 1936. Disponível em: <<http://hansen.bvs.isl.br/textoc/revistas/brasleprol/1958/PDF/v26n3-4/v26n3-4a07.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2016.

PAVÃO, A.L.B.; WERNECK, G.L.; CAMPOS, M.R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade

na população: um inquérito nacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(4):723-734, abr, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n4/10.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2016.

PEDRALLANI, E. S. et al. Controle dos comunicantes: sua interferência na situação epidemiológica da hanseníase. **Hansen. Int.**, v. 11, n. 1, p. 44-54, 1986. Disponível em: <<http://www.ils.br/revista/imageBank/404-1440-1-PB.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2015.

PENNA, M. L. F. et al. Influência do aumento do acesso à atenção básica no comportamento da taxa de detecção de hanseníase de 1980 a 2006. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 41, n. Supl.2, p. 6-10, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822008000700003>. Acesso em: 16 out. 2016.

PENNA, M. L. F.; OLIVEIRA, M.L.V.; PENNA, G. O. The epidemiological behaviour of leprosy in Brazil. **Lepr. rev.**, v. 80, n. 3, p. 332, 2009. Disponível em:<<http://lepra2014.ritdns.com/platforms/lepra/files/lr/Sept09/1473.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2016.

PENNA, M.L.; PENNA, G.O. (2012) Leprosy frequency in the world, 1999–2010. **Mem Inst Oswaldo Cruz** 107 Suppl 1: 3–12. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0074-02762012000900002&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jul. 2016.

PEREIRA, M.G. **EPIDEMIOLOGIA: Teoria e Prática**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PEREIRA, F.C.Q. **Diretrizes Político-institucionais do Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids no município de Marília, sob a perspectiva do conceito de vulnerabilidade**. 2009. 87f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em:<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-16092009-113137/pt-br.php>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

PEREZ, S.C. PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: avanços ou limites nas condições de vida dos beneficiários? **4º Encontro Internacional de Política Social**; 11º Encontro Nacional de Política Social. Tema: “ Mobilidade do capital e barreiras às migrações: desafios à Política Social. Vitória – ES 06 a 09 de junho de 2016. Disponível em:<<http://periodicos.ufes.br/EINPS/index>>. Acesso em: 22 mar. 2016.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. **Análise de dados para ciências sociais: a complementariedade do SPSS**. 3. ed. Lisboa: Sílabo, 2003.

PETERS, E.S.; ESHIET, A.L. Male-female (sex) differences in leprosy patients in South Eastern Nigeria: females present late for diagnosis and treatment and have higher rates of deformity. **Lepr Rev** (2002) 73, 262-267. Disponível em:<http://lepra2014.ritdns.com/platforms/lepra/files/lr/Sept02/Lep262_267.pdf>. Acesso em: 14 set. 2016.

PIAUÍ, Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Atenção às Doenças Transmissíveis. Programa Estadual de Controle da Hanseníase. **Informe Epidemiológico**. Teresina, 2014.

PIMENTEL, P.G.; SICHIERI, R. SALLES-COSTA, R. Insegurança alimentar, condições socioeconômicas e indicadores antropométricos em crianças da Região Metropolitana do Rio de Janeiro/Brasi. **Rev Bras Estud Popul**. 2009;26:283-94. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v26n2/08.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2016.

PINTO NETO, J. M. Características epidemiológicas dos comunicantes de hanseníase que desenvolveram a doença, notificados no C.S./ de Fernandópolis (1993 a1997). Ribeirão Preto. **Hansen. Int.**, 24(2): 129-136, 1999 Disponível em: <<http://www.ilsl.br/revista/imageBank/881-2374-1-PB.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2015.

PINTO NETO, J.M. et al. O controle dos comunicantes de hanseníase no Brasil: uma revisão da literatura. **Hansen. int.**, v. 25, n. 2, p. 163-76, 2000. Disponível em: <<http://www.ilsl.br/revista/imageBank/696-2387-1-PB.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2015.

PINTO NETO, J.M. et al. Considerações epidemiológicas referents ao controle dos comunicantes de hanseníase. **Hansen Int**; Bauru, 27 (1): 23-28, 2002. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10618>. Acesso em: 13 mar. 2016.

PINTO NETO, J.M.; CARVALHO, H.T.; CUNHA, L.E.S.; CASSENOTE, A.J.F.; LOZANO, A.W.; MARTINS, A.P.S. Análise do controle dos contatos intradomiciliares de pessoas atingidas pela hanseníase no Brasil e no Estado de São Paulo de 1991 a 2012. **Hansen Int** 2013; 38 (1-2): p.68-78. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=12221>. Acesso em: 07 nov. 2015.

PONNIGHAUS, J.M.; FINE, P.E.M.; STERNE, J.A.C.; MALEMA, S.S.; BLISS, L.; WILSON, R.J. Extend schooling and good housing conditions are associated with reduced risk of leprosy in rural Malawi **International Journal of Leprosy** 1994, 62: 354-352 Disponível em: <<http://ila.ilsl.br/pdfs/v62n3a01.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2016.

PIRES, M. R.G. M. et al . Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15 supl.1, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2016.

QUEIROZ, J.W.; DIAS ,G.H.; NOBRE, M.L. et al Geographic information systems and applied spatial statistics are eficiente tools to study Hansen's disease (leprosy) and to determine areas of greater risk of disease. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, 2010, 82, 306–314. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2813173/>>. Acesso em: 06 mar. 2016.

RAFFE, S. F. et al. Diagnosis and treatment of leprosy reactions in integrated services-the patients' perspective in Nepal. **PLoS Negl Trop Dis**, v. 7, n. 3, p. e2089, 2013. Disponível em:

<<http://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0002089>>. Acesso em: 27 mai. 2016.

RAMOS-JUNIOR, N.; ALVES, D. E.; FERREIRA, T. L.; NERY, I. **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília: NESPROM, 2014.429 p. Disponível em:

<<http://www.tecsoma.br/Janeiro2015/Hanseniase%20Avan%C3%A7os%20e%20Desafios-colorido.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2016.

RATZAN S.C.; PARKER R.M. 2000. U.S. Department of Health and Human Services. Introduction. In National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. **NLM Pub**. No. CBM 2000-1. BETHESDA, MD: National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services

RESENDE, D.M.; SOUZA, R.M.; SANTANA, C.F. Hanseníase na Atenção Básica de Saúde: principais causas da alta prevalência de hanseníase na cidade de Anápolis-GO. **Hansen Int**, São Paulo, v.34, n.1, p. 27-36, 2009. Disponível em:

<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S19825161200900100004&lng=pt&nrm=iso=pt>. Acesso em: 24 jul. 2016.

RIBEIRO, J. A. F.; VIEIRA, M. A.; CALDEIRA, A. P. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Clínica Médica**. São Paulo, v.10, n.4, p. 272-7, Jul./Ago. 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3046.pdf>>. Acesso em: 05 março 2015.

RIBEIRO, G.C.; LANA, F.C.F. Hanseníase e escolaridade: influência dos anos de estudo para o desenvolvimento de incapacidades físicas na microrregião de Diamantina – MINAS GERAIS Resumos12. **Congresso Brasileiro de Hansenologia** /Congresso Regional da ILA – Americas 12th Brazilian Leprosy Congress/ILA Regional Congress – Americas 23 a 26 de novembro de 2011 November 23-26, 2011 Maceio - Alagoas – Brazil. Disponível em:

<http://sbhansenologia.org.br/congresso/arquivos/Caderno_8PO_Programa_12_Congresso_12-11.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2016.

RIBEIRO, E.M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev latino-am enfermagem**. 2004; 12(4):644-58.

Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4426.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2015.

RICHARDUS, J. H. et al. Close contacts with leprosy in newly diagnosed leprosy patients in a high and low endemic area: comparison between Bangladesh and Thailand. **Int. J. Lepr. Other Mycobact. Dis.**, v. 73, n. 4, p. 249, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16830634>>. Acesso em: 12 mai. 2016.

RICHARDUS, J. H. Risk factors for the development of clinical leprosy among contacts, and their relevance for targeted interventions. **Lepr rev**, v. 75, p. 310-326, 2004. Disponível em:

<<https://www.lepra.org.uk/platforms/lepra/files/lr/Dec04/124878.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

RICHARDUS, R.A.; ALAM, K.; PAHAN, D.; FEENSTRA, S.G.; GELUK, A.; RICHARDUS, J.H. The combined effect of chemoprophylaxis with single dose rifampicin and immunoprophylaxis with BCG to prevent leprosy in contacts of newly diagnosed leprosy cases: a cluster randomized controlled trial (MALTALEP study) **BMC Infectious Diseases** 2013, 13:456 Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2334/13/456>>. Acesso em: 08 mar. 2016.

ROCHA, T. M. S. **Intervenções Breves para Adesão ao Tratamento dos Portadores de Hanseníase que fazem uso abusivo de bebida alcoólica**. Rio de Janeiro: UFRJ/Escola de Enfermagem Anna Nery, 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)– UFRJ. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/51/dissert/EEAN_M_TelmaMariaDaSilvaRocha.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

ROGERS, A. C. Vulnerability, health and health care. **Journal of Advanced Nursing**, v. 26, n. 1, p. 65-72, 1997.

ROMANHOLI, R.M.Z.; CYRINO, E.G. A Visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.42, p.693-705, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/v16n42/v16n42a09.pdf>>. Acesso em 03 set. 2015.

RONZANI, T. M., Mota, D. C. B., & Souza, I. C. W. (2009). Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. **Revista de saúde pública**, 43(Suppl. 1), 51-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102009000800009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 14 mar. 2016.

SÁ, S.L.B.; MATTOS, R.R.; PINHEIRO, V.L.; PEQUENO, L.L.; DIOGENES, M.A.R.; Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Rev. Salud publica** 12 (3): 402-413, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsap/v12n3/v12n3a06.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2015.

SABROZA, P.C.; KAWA, H.; CAMPOS, W.S.Q. Doenças transmissíveis: ainda um desafio. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Os muitos Brasis: saúde e população na década de 1980**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995. P.177-244.

SAHOO, A.; SINGH, P.C.; PATTAIK, N.S. Incidence of leprosy in school children and their family members in Berhampur. **Indian J Lepr** 2002; 74(2):137-43 Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12708732>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

SAKATA K.N, ALMEIDA M.C.P DE, ALVARENGA A.M, CRACO PF, PEREIRA MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev Bras enferm.** 2007; 60(6):659-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600008>. Acesso em: 18 ago. 2015.

SALES, A.M.; PONCE DE LEON, A.; DUPRE, N.C. et al. Leprosy among patient contacts: a multilevel study of risk factors. **PLoS Neglected Tropical Diseases** 5, e1013. (2011) Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0001013>>. Acesso em: 17 mar. 2016.

SANTOS, L.A.C.; FARIA, L.; MENEZES, R. F. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. **R. bras. Est. Pop.**, v. 25, n. 1, p. 167-190, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n1/v25n1a10.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

SANTOS, P.N. et al. Detecção da hanseníase e a humanização do cuidado: ações do enfermeiro do programa de saúde da família. **Enfermería Global**, n.25, p. 116-128, 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n25/pt_docencia1.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2016.

SANTOS, A.S.; CASTRO, D.S.; FALQUETO, A. Fatores de risco para a transmissão da hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem** 2008; 61(spe): 738-743. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a14v61esp.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2015.

SANTOS, M.L.; PAIXÃO, R.L.; OSÓRIO DE CASTRO, C.C.S. Avaliação da alfabetização em saúde do sujeito de pesquisa. **Revista Redbioética/UNESCO**, Ano 4, 1 (7): 84-95, Enero - Junio 2013 Disponível em: <http://www.unesco.org/uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art7-SantosR7.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2016.

SANTOS, S.D.; PENNA, G.O.; COSTA, M.C.N.; NATIVIDADE, M.S.; TEIXEIRA, M.G. Leprosy in children and adolescents under 15 years old in an urban centre in Brazil **Mem Inst Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, Vol. 111(6): 359-364, June 2016 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02762016000600359>. Acesso em: 26 mar. 2016.

SAVASSI, L.C.M. **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores**. 2010. 196f. Dissertação (Mestrado em Ciências). FIOCRUZ, Belo Horizonte. 2010. Disponível em: <http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/D_48.pdf>. Acesso em: 28 out. 2015.

SCHMITT, J.C. A história dos marginais. In: LE-GOFF, J. **A história nova**. 2 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1990, p.22-39.

SCHURING, R.P.; RICHARDUS, J.H.; PAHAN, D.; OSKAM, L. Protective effect of the combination BCG vaccination and rifampicin prophylaxis in leprosy prevention. **Vaccine** 2009, 27(50):7125–7128. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X09013887>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

SEFFNER, Fernando. Aids e (é) falta de educação. In: SILVA, Luiz Heron. (org.). **AEscola Cidadã no Contexto da Globalização**. Petrópolis: Vozes, 1998.

SILVA, R.M.; PINTO, H.R.F.; COSTA, S.G.F.; PINTO, K.R.F. Análise espacial da endemia hansênica do município de Bayeux (PB) mediante técnica de SIG. **Soc & Nat**, Uberlândia, ano 24, n 2, 345-358, mai/ago. 2012. . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sn/v24n2/13.pdf>>. Acesso em: 21 out. 2015.

SILVA, J.P.L.; ARAÚJO, M.Z.; MELO, L.C.Q. Panorama da vulnerabilidade da saúde do agricultor familiar de São José de Princesa/PB. *Rev.bras. cien. Saúde* 2013; 17(1):29-38. . Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/13652/9402>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

SILVA, M.C.D.; PAZ, E.P.A. Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2010 abr-jun; 14 (2):223-229 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200003>. Acesso em: 28 out. 2016.

SOUZA, S. N. D. H.; MELLO, D. F.; AYRES, J. R. C. M. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. **Cad. saúde pública**, v. 29, n. 6, p. 1186-1194, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a15v29n6.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2016.

SOUZA, D.O.; SILVA, S.E.V.; SILVA, N.O.S. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde Soc**. São Paulo, v.22, n.1, p.44-56, 2013 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100006>. Acesso em: 16 ago. 2016.

SOUZA, I.C.W.; RONZANI, T.M. ÁLCOOL E DROGAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: AVALIANDO ESTRATÉGIAS DE CAPACITAÇÃO **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 237-246, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000200007>. Acesso em: 27 out. 2015.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L.; MIELKE, F. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substância psicoativa sob tratamento em CAPS AD. **SMDA. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v.2, n.1, s/ p., fev, 2006. Disponível em www.scielo.br Acesso em 24 de março de 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762006000100003>. Acesso em: 27 nov. 2015.

SOUZA, P.H.G.F.; OSÓRIO, R.G. O perfil da pobreza no Brasil e usa mudanças entre 2003 e 2011. In: **Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**: sumário executivo. Brasília: IPEA, 2014. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_bolsafamilia_10_anos.pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

SOUSA, P. K. R.; MIRANDA, K. C. L.; FRANCO, A. C. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Rev Bras Enferm.** V. 64, n. 2, p. 381-4, mar-abr, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S003471672011000200026&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 ago. 2016.

SOUSA, A.A.; OLIVEIRA, F.J.F.; COSTA, A.C.P.J.; NETO, M.S.; CAVALCANTE, E.F.O.; FERREIRA, A.G.N. Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde de Imperatriz-MA. **SANARE**, Sobral, V.12, n.1, p. 06-12, jan./jun, 2013. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7588/1/2013_art_acpjcosta1.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2016.

SOUZA, C.D.F.; ROCHA, W. J. S. F.; LIMA, R.S.; SPATIAL DISTRIBUTION OF ENDEMIC LEPROSY IN CHILDREN UNDER 15 IN JUAZEIRO, BAHIA, BETWEEN 2003 AND 2012 **Hygeia** 10 (19): 35 - 49, Dez/2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/viewFile/27120/15776>>. Acesso em: 17 set. 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília; UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. : <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2016.

SUZUKI, K.; AKAMA, T.; KAWASHIMA, A.; YOSHIHARA, A.; YOTSU, R.R.; ISHII, N. **Current status of leprosy: epidemiology, basic science and clinical perspectives.** The Journal of Dermatology 39, 121–129. (2012) Disponível em <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1346-8138.2011.01361.x/pdf>>. Acesso em: 17 mai. 2016.

TAKAHASHI, R.F. **Marcadores de vulnerabilidade à infecção, adoecimento e morte por HIV e aids** [Tese de livre-docência]. São Paulo, Escola de Enfermagem da USP; 2006.

TAQUETE, S.R.; MEIRELLES, Z.V. Discriminação racial e vulnerabilidade às DST/Aids: um estudo com adolescentes negras Physis **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [1]: 129-142, 2013 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000100008>. Acesso em: 28 jun. 2016.

TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Cienc. Saude Colet.**, v.15, supl.3, p.3615-24, 2010. . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036>. Acesso em: 18 abr. 2016.

TRAVASSOS C, CASTRO MSM. **Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde.** In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 183-206.

TRINDADE, L. C. **Avaliação da ocorrência de hanseníase entre os contatos intradomiciliares de pacientes diagnosticados em 2012 no município de João Pessoa/PB**. 2015. Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva. Disponível em: <<http://biblioteca.unisantos.br:8181/bitstream/tede/1421/2/Luciana%20Trindade.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2015.

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

UNITED NATIONS. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>

URSINE, P.G.S.; CORDEIRO, H.A.; MORAES, C.L. Prevalência de idosos restritos ao domicílio em região metropolitana de Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6):2953-2962, 2011 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600033>. Acesso em 26 ago. 2016.

VAN BEERS, S.M, HATTA, M., KLATSER, P.R. Patient contact is the major determinant in incident leprosy: implications for future control. **Int J Lepr Other Mycobact Dis**, Bauru; 67:119-28, 1999 Disponível em: <http://www.leprosy-ila.org/leprosyjournal/gn1/detalhe_artigo.php?id=MzE3>. Acesso em: 12 mar. 2016.

VIEIRA, L.M.M.; MATOS, H.J.; DUPPRE, N.; ALVIN, M.F.S.; SARNO, E.M.; STRUCHINER, C.J. Epidemiologia da hanseníase em coorte de contatos intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987-1991). **Cad Saúde Pública** 1999; 15(3): 533-42. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n3/0492.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2015.

VIEIRA, C.S.C.; SOARES, M.T.S.; RIBEIRO, C.T.S.X.; SILVA, L.F.G. Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com Hanseníase. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008; 61(Rev Bras Enferm, Brasília 2008; 61(esp): 682-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700005>. Acesso em: 10 out. 2015.

VIJAYAKUMARAN, P. et al. Does MDT arrest transmission of leprosy to household contacts?. **International journal of leprosy and other mycobacterial diseases**, v. 66, n. 2, p. 125-130, 1998. Disponível em: <http://www.leprosy-ila.org/leprosyjournal/gn1/detalhe_artigo.php?id=NDc5&secao=ORIGINAL+ARTICLE>. Acesso em 14 out. 2015.

WHO, World Health Organization. 1998. **Health Promotion Glossary**. Geneva. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2016.

WILLIAMS, D.R.; MOHAMMED, S.A. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. **J Behav Med.** 2009 Feb;32(1):20-47. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2821669/>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

WORLD BANK (2009) Conditional cash transfer. **A World Bank policy research report.** Washington: World Bank. 361 p.<http://siteresources.worldbank.org/INTCCT/Resources/57576081234228266004/PRR-CCT_web_noembargo.pdf>. Acesso em: 26 out. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Enhanced Global Strategy for Further Reducing the Disease Burden Due to Leprosy:(2011-2015): Operational Guidelines (updated).** World Health Organization; Regional Office for South-East Asia, 2009. Disponível em http://www.searo.who.int/entity/global_leprosy_prograacmme/documents/enhanced_global_strategy_2011_2015_operational_guidelines.pdf>. Acesso em: 02 out. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Strategy for further reducing the leprosy burden and sustaining leprosy control activities:** plan period: 2006-2010. 2005. Genebra: World Health Organization; 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/lep/resources/GlobalStrategy.pdf>>. Acesso em 24 nov. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Elimination of leprosy as a public health problem (update).** Weekly Epidemiol Rec. v.73, n.40, p. 308-12. 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Leprosy – global situation, 2010.** Weekly Epidemiol Rec. v. 85, n. 51/52, p. 509–512, 2010. Disponível em : <<http://www.who.int/wer/2010/en/>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Leprosy – global situation, 2012.** Weekly Epidemiol Rec. v. 87, n. 49/50, p. 493–508, 2012. Disponível em : <<http://www.who.int/wer/2012/en/>>. Acesso em: 16 abr. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Leprosy – global situation, 2013.** Weekly Epidemiol Rec. v. 88, n. 35, p. 365–380, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/wer/2013/en/> >. Acesso em: 25 jun. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Leprosy – global situation, 2014.** Weekly Epidemiol Rec. v. 89, n. 36, p. 389–400, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/wer/2014/en/>>. Acesso em: 15 out. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion.** Weekly Epidemiol Rec. v. 91, n. 35, p. 405–420, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/lep/resources/who_wer9135/en/>. Acesso em: 11 mai. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Leprosy – global situation, 2013.** Weekly Epidemiol Rec. v. 88, n. 35, p. 365–380, 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249601/1/WER9135.pdf?ua=1>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

APÊNDICES



APÊNDICE A

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL DOUTORADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO*

*CASOS-REFERÊNCIA, CONTATOS E COABITANTES

Prezado(a) Sr./Sra.,

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

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

Endereço do responsável pela pesquisa

Instituição: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí

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

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga -

Teresina/PI CEP: 64049-550

Telefones para contato: (86)3237-1683

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

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí

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

Telefone para contato:(86) 3237-2332

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

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

RISCOS E BENEFÍCIOS:

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

DIREITOS DOS PARTICIPANTES:

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

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

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

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

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

<p>_____</p> <p>Assinatura ou impressão datiloscópica Do(a) voluntário(a) ou responsável legal</p>	<p>_____</p> <p>Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo Coordenadora Geral Projeto Integrans Piauí Responsável pelo estudo</p> <p>_____</p> <p>Nome do profissional que aplicou o TCLE (POR EXTENSO)</p>
<p>Endereço do(a) participante-voluntário(a)</p> <p>Domicílio: (rua, praça, conjunto): _____</p> <p>Complemento (nº): _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____</p> <p>Ponto de referência: _____ CEP _____</p> <p>Telefone(s) para contato (DDD): _____</p>	



APÊNDICE B

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL DOUTORADO

TERMO DE ASSENTIMENTO (TA) PARA ADOLESCENTE*

***CASOS-REFERÊNCIA, CONTATOS E COABITANTES**

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

Prezado(a),

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

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

Endereço do responsável pela pesquisa

Instituição: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí

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

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

Telefones para contato: (86)3237-1683

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

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí

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

Telefone para contato: (86) 3237-2332

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

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

RISCOS E BENEFÍCIOS:

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

DIREITOS DOS PARTICIPANTES:

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

ASSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO:

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

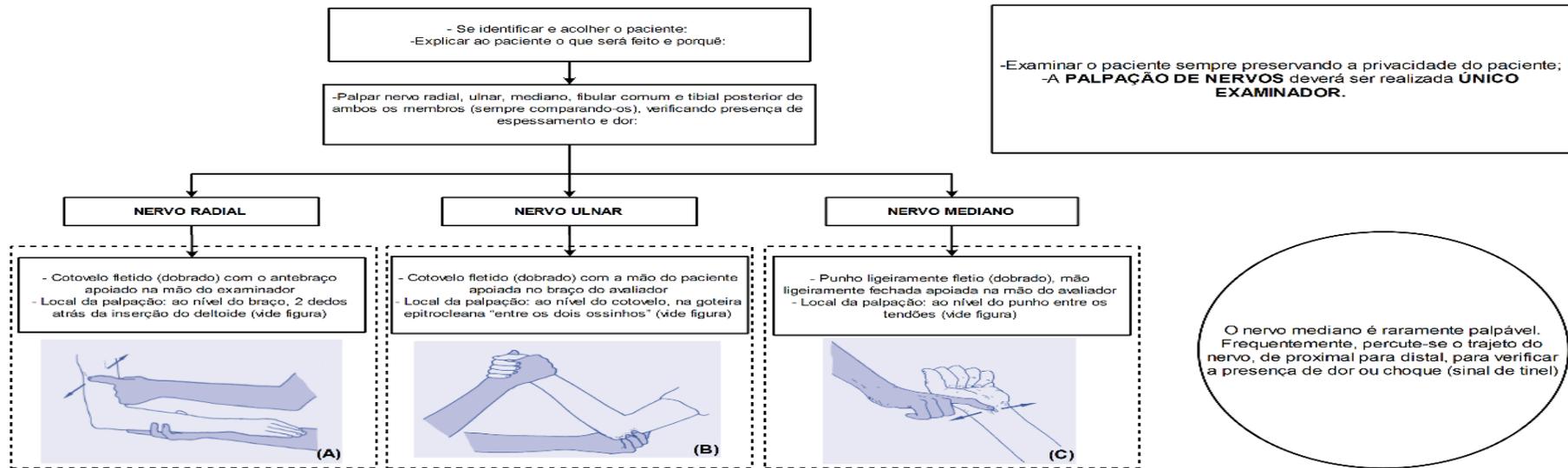
Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

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

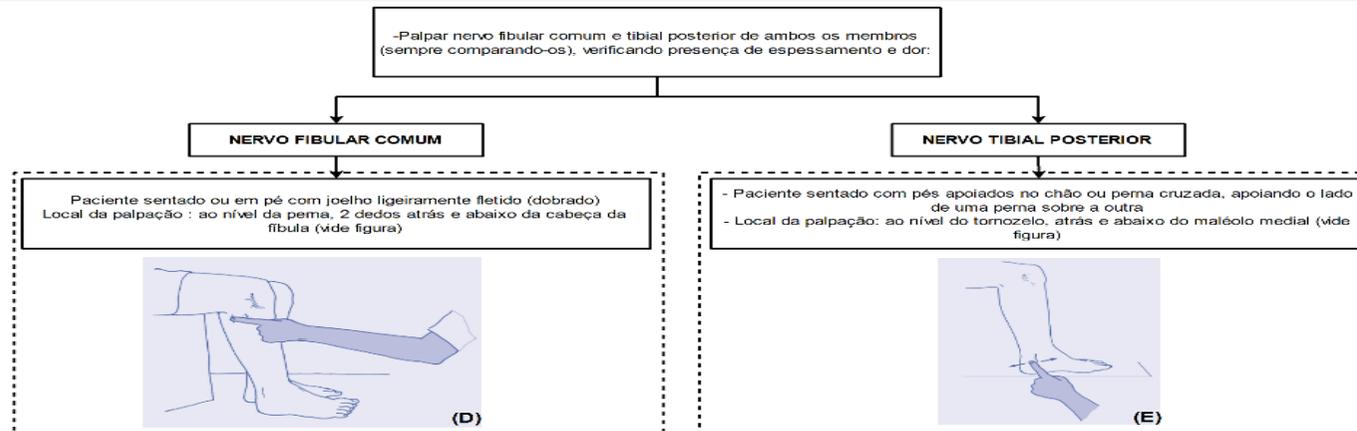
Assinatura ou impressão datiloscópica Do adolescente voluntário ou responsável legal	<hr/> Dra. Telma Maria Evangelista de Araujo Coordenadora Geral Projeto Integrahans Piauí
	Nome do profissional que aplicou o TA (POR EXTENSO)
Endereço do(a) participante-voluntário(a)	
Domicílio: (rua, praça, conjunto): _____	
Complemento (nº): _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____	
Ponto de referência: _____ CEP _____	
Telefone(s) para contato(DDD): _____	

APÊNDICE C

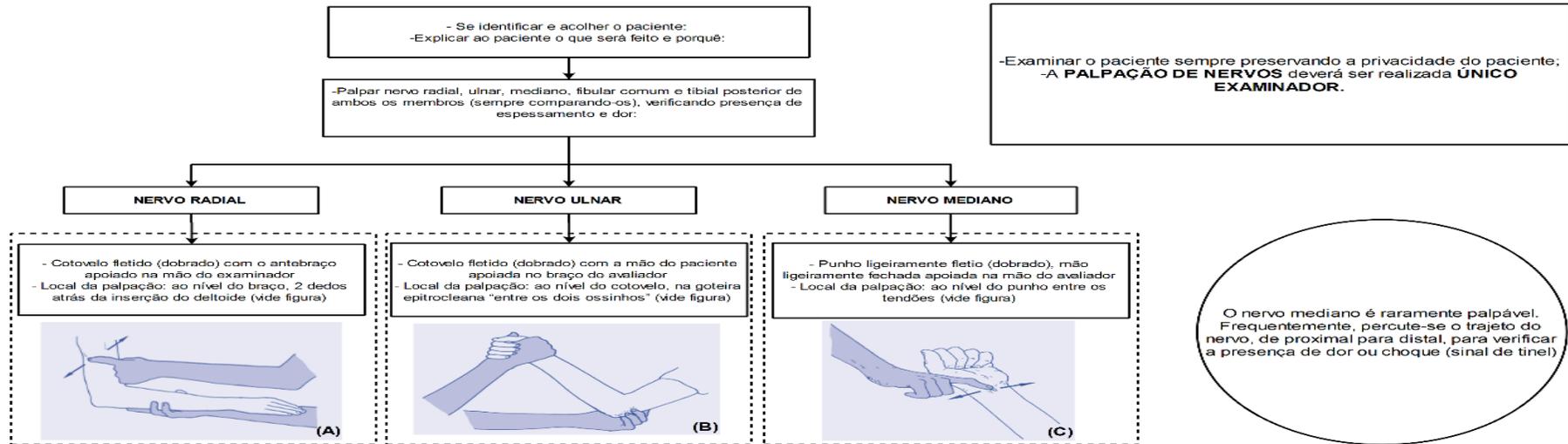
PROTOCOLO EXAME DERMATONEUROLÓGICO



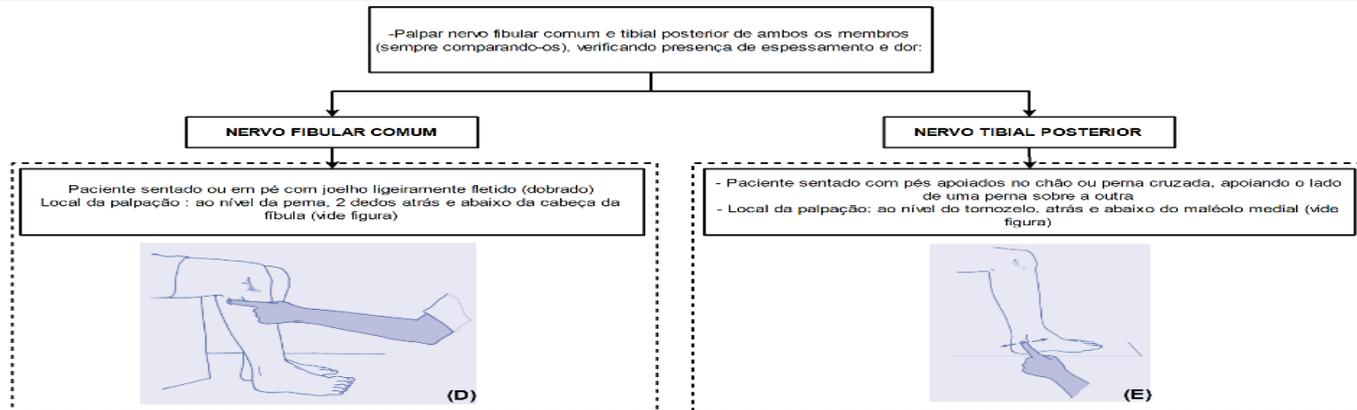
PROTOCOLO EXAME DERMATONEUROLÓGICO



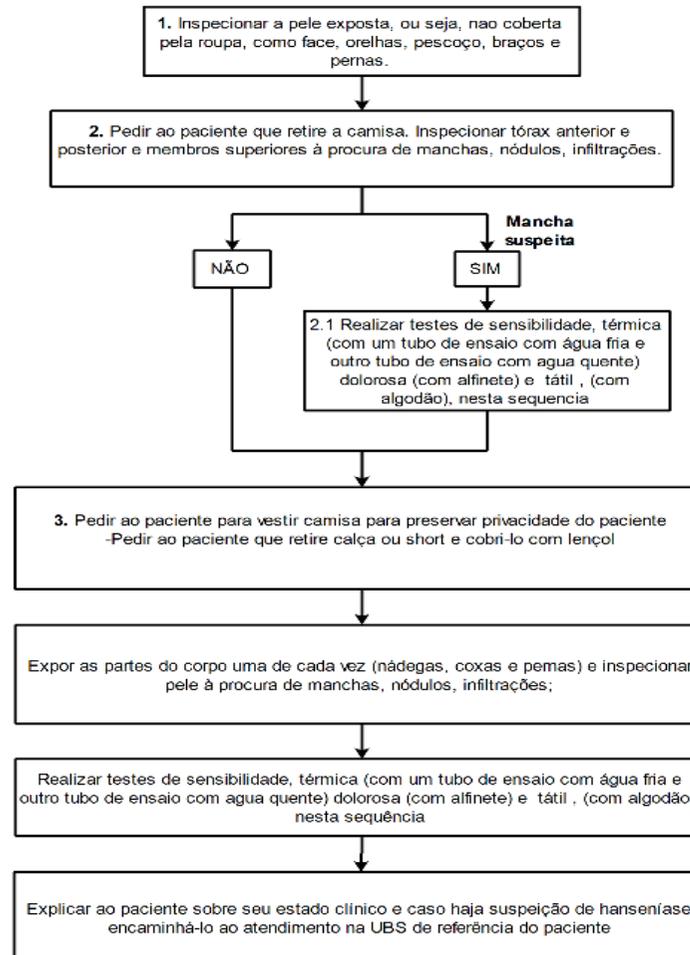
PROTOCOLO EXAME DERMATONEUROLÓGICO



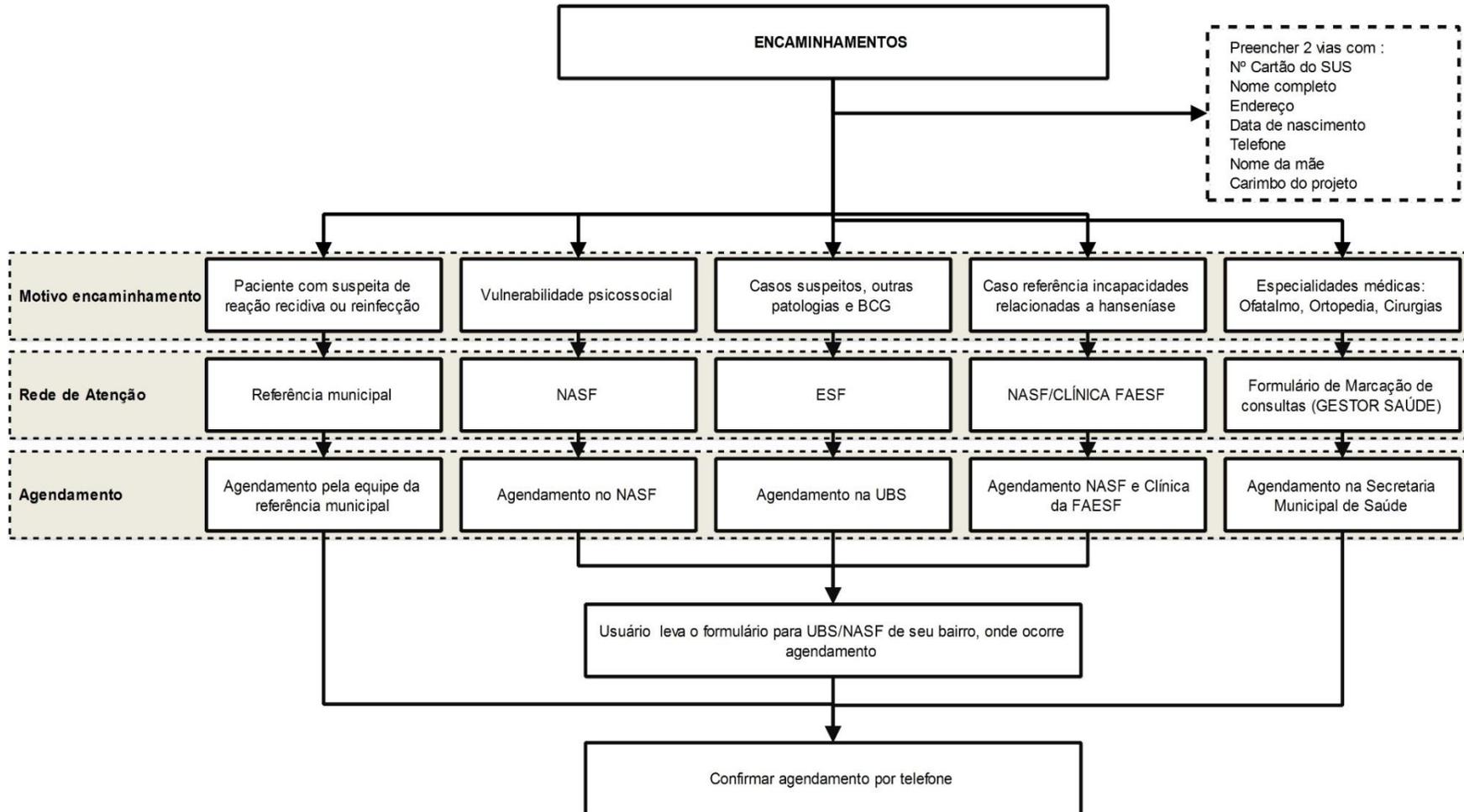
PROTOCOLO EXAME DERMATONEUROLÓGICO



PROCEDER AO EXAME DERMATOLÓGICO



APÊNDICE D





APÊNDICE E



AGENDA DE RECOMENDAÇÕES/RELATÓRIO TÉCNICO
 OFICINA PARA REVISÃO DE RECOMENDAÇÕES E CONSTRUÇÃO DE
 AGENDAS ESTRATÉGICAS

PROJETO INTEGRAHANS PIAUÍ

ABORDAGEM INTEGRADA DE ASPECTOS CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS, OPERACIONAIS
 E PSICOSSOCIAIS DA HANSENÍASE EM MUNICÍPIOS DE ALTA ENDEMICIDADE NO
 ESTADO DO PIAUÍ

19 de setembro de 2016

Data das Oficinas

Município de Picos: 10 de Agosto de 2016, 8:30-17:30 horas

Município de Floriano: 12 de Agosto de 2016, 8:30-17:30 horas

Local das Oficinas

Município de Picos: Universidade Federal do Piauí – UFPI – Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, Picos – PI

Município de Floriano: Universidade Federal do Piauí – UFPI – Campus Amílcar Ferreira Sobral, Floriano – PI

Equipe de Coordenação das Oficinas

- **Alberto Novaes Ramos Jr.** – Colaboração/Cooperação Técnica. Coordenação do Projeto IntegraHans Norte e Nordeste. Departamento de Saúde Comunitária. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE
- **Danusa Araújo Felinto** – Secretária Municipal de Saúde, Coordenadora Local Projeto IntegraHans-PI, Floriano-PI
- **Gilberto Valentim da Silva** – Coordenação Local do Projeto IntegraHans-PI, Picos-PI e Coordenação Municipal de Hanseníase de Picos – Secretária Municipal de Saúde, Picos-PI
- **Jaqueline Caracas Barbosa** – Cooperação Técnica. Projeto IntegraHans Norte e Nordeste. Departamento de Saúde Comunitária. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE
- **Maria Solange Araújo Paiva Pinto** – Cooperação Técnica. Projeto IntegraHans Norte e Nordeste. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE
- **Olívia Dias de Araújo** – Sub-Coordenadora Geral do Projeto IntegraHans Piauí, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI
- **Suyanne Freire de Macedo** – Coordenadora Local do Projeto IntegraHans-PI, Docente da Universidade Federal do Piauí, Picos-PI
- **Telma Maria Evangelista de Araújo** – Coordenadora Geral do Projeto IntegraHans Piauí, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI
- **Walquirya Maria Pimentel S. Lopes** – Coordenadora Local do Projeto IntegraHans-PI, Docente da Universidade Federal do Piauí, Picos-PI

Participantes – Oficina Picos

- Alberto Novaes Ramos Júnior – Cooperação Técnica. Coordenação do Projeto IntegraHans Norte e Nordeste. Departamento de Saúde Comunitária. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE
- Anne Livia C. Mota – Graduanda em Enfermagem – Liga Acadêmica Picos-UFPI, Picos-PI
- Artenuzia Franciscade Sousa – Diretora em exercício do Campus de Picos-UFPI, Picos-PI
- Eliziane Oliveirade Lima – Servidor técnico-administrativa UFPI, Picos-PI
- Éricade Alencar Rodrigues Neri – Pesquisadora do Projeto IntegraHans-PI, Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI
- Francilene Mesquita – Representante Estadual do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan) do Conselho Estadual de Saúde, Teresina-PI
- Francineide Maria Costa Luz – Coordenação de Assistência Farmacêutica (CAF), Picos-PI
- Gilberto Valentim da Silva – Coordenação Local do Projeto IntegraHans-PI e Coordenação Municipal de Hanseníase de Picos – Secretaria Municipal de Saúde, Picos-PI
- Gledson Lima e Silva – Coordenação da Atenção Básica /Estratégia Saúde da Família, Picos-PI
- Herlon Clístenes Lima Guimaraes – Diretor de Vigilância e Atenção à Saúde do Estado do Piauí, Teresina-PI
- Inara Viviane de Oliveira Sena – Pesquisadora do Projeto IntegraHans-PI, Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI
- Joelma Maria Costa – Coordenadora Local do Projeto IntegraHans-PI, Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Teresina, Floriano-PI
- José Wilson Filho – Graduando em Sistemas de Informação UFPI, Picos-PI
- Letícia Pereira Araújo – Graduanda em Enfermagem – Liga Acadêmica Picos-UFPI, Picos-PI
- Margarida Maria Araujo Praciano – Representante da Netherlands Hanseniasis Relief – Brasil (NHR), Filial/escritório de representação da NLR (Netherlands Leprosy Relief), Fortaleza-CE
- Maria Solange Araújo Paiva Pinto – Projeto IntegraHans Norte e Nordeste. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE
- Micheline Ramalho Serejo Silva – Promotora de Justiça, Picos-PI
- Natália Mottade Souza Costa – Graduanda em Enfermagem –

Liga Acadêmica Picos-UFPI, Picos-PI

- Olívia Dias de Araújo – Sub-Coordenadora Geral do Projeto IntegraHans Piauí, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI
- Ricardo da Silva Sousa – Graduando em Enfermagem UFPI, Picos-PI
- Rosa Maria Duarte Veloso – Pesquisadora do Projeto IntegraHans-PI, Floriano-PI
- Rui Mar Batista – Representante Estadual do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), Teresina-PI
- Suyanne Freire de Macedo – Coordenadora Local do Projeto IntegraHans-PI, Docente da Universidade Federal do Piauí, Picos-PI
- Thais Aparecida Barros – Coordenação do Programa de Saúde da Mulher, Secretaria Municipal de Saúde, Picos-PI
- Telma Maria Evangelista de Araújo – Coordenadora Geral IntegraHans Piauí, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI
- Walquirya Maria Pimentel S. Lopes – Coordenadora Local do Projeto IntegraHans-PI, Docente da Universidade Federal do Piauí, Picos-PI

Participantes – Oficina Floriano

- Alberto Novaes Ramos Júnior – Colaboração Projeto IntegraHans Norte e Nordeste. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE
- Aldenora Mendes Pereira – Agente Comunitária de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde de Floriano, Floriano-PI
- Ana Maria de Araújo Dias – Coordenadora da Atenção Básica, Floriano-PI
- Bigmande O. Barbosa – Secretário Municipal de Saúde, Floriano-PI
- Carlos Edder Teles Miranda – Coordenador Local do Projeto IntegraHans-PI, Docente da Faculdade de Ensino Superior de Floriano (Piauí – FAESF), Floriano-PI
- Danusa Araújo Felinto – Secretaria Municipal de Saúde, Coordenadora Local Projeto IntegraHans-PI, Floriano-PI
- Donatila Soares Lopes – Representante do Rotary Clube de Floriano, Fiscal da Vigilância Sanitária, 10ª Coordenação Regional de Saúde, Floriano-PI
- Erica de Alencar Rodrigues Neri – Pesquisadora do Projeto IntegraHans-PI, Mestranda em Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI
- Francisca Maria de Oliveira – Orientadora social, Floriano-PI

- Gilberto Carvalho Guerra Júnior – Prefeito Municipal, Floriano-PI
- Giovanna de Oliveira Libório Dourado – Coordenadora Local do Projeto IntegraHans-PI, Docente da Universidade Federal do Piauí, Floriano-PI
- Héli da Ferreira – Coordenadora do Programa de Controle da Hanseníase. Secretaria Municipal de Saúde, Floriano-PI
- Idalina de França Barros- Pesquisadora do Projeto IntegraHans-PI, Docente e Coordenadora da Faculdade de Ensino Superior de Floriano (Piauí – FAESF), Floriano-PI
- Jéssica Moreira C. de Amorim – Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde, Floriano-PI
- Joara Leão Lima – Secretaria Municipal de Desenvolvimento e Assistência Social, Floriano-PI
- Joelma Maria Costa – Coordenadora Local Projeto IntegraHans-PI em Floriano, Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde, Teresina-PI
- José de Arimatea Dourado Leão – Ministério Público, Floriano-PI
- Juliana Maria de Oliveira Leite – Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde, Floriano-PI
- Lindalva Marques – Técnica da Supervisão Estadual de Hanseníase, Secretaria Estadual de Saúde, Teresina-PI
- Luimar de Jesus Santos – Médico (Clínica Médica) da Unidade de referência em Hanseníase, Secretaria Municipal de Saúde, Floriano-PI
- Manoel Borges – Graduando – Acadêmico de Enfermagem, Liga Acadêmica Picos-UFPI, Picos-PI
- Margarida Maria Araújo Praciano – Representante da Netherlands Hanseniasis Relief – Brasil (NHR), Filial/escritório de representação da NLR (Netherlands Leprosy Relief), Fortaleza-CE
- Maria Solange Regode Almeida – Cooperação Técnica. Projeto IntegraHans Norte e Nordeste. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE
- Olívia Dias de Araújo – Sub-Sub-Coordenadora Geral do Projeto IntegraHans Piauí, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI
- Rocilda Honorato – Representante da Vigilância Epidemiológica, Secretaria Municipal de Saúde, Floriano-PI
- Rosa Maria Duarte Veloso – Pesquisadora do Projeto IntegraHans-PI, Floriano-PI
- Simone Galvão Rocha - Secretaria Municipal de Saúde, Pesquisadora do Projeto IntegraHans-PI, Floriano-PI
- Ruimar Batista – Representante Estadual do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), Teresina-PI
- Vera Lúcia Miranda – Pedagoga, Floriano-PI

Equipe de Elaboração do Relatório Técnico

- Alberto Novaes Ramos Jr. –Cooperação Técnica. Coordenação do ProjetoIntegraHans Norte e Nordeste. Departamento de Saúde Comunitária. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE
- EricadeAlencarRodriguesNeri–Pesquisadora do ProjetoIntegraHans-PI, MestrandaemEnfermagem, Programa de Pós-graduação emEnfermagem, UniversidadeFederal doPiauí, Teresina-PI
- JoelmaMariaCosta–CoordenadoraLocal do Projeto IntegraHans-PI, Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Teresina, Floriano-PI
- Olívia Dias de Araújo – Sub-Coordenadora Geral do Projeto IntegraHans Piauí, Programa de Pós-graduação emEnfermagem, UniversidadeFederal doPiauí, Teresina-PI

Contexto Geral

A Universidade Federal do Piauí (UFPI), por intermédio do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, vem executando desde o final de 2014 o projeto multicêntrico estadual IntegraHans Piauí: **Abordagem integrada de aspectos clínicos, epidemiológicos, operacionais e psicossociais da hanseníase em municípios de alta endemicidade no Estado do Piauí**, em parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC).

Este projeto tem como financiadores Organizações Não-governamentais internacionais de origens holandesa e suíça, respectivamente Netherlands Hanseniasis Relief (NHR-Brasil) e Campaign Internationale De L'ordre De Malte Contre La Lèpre (CIOMAL), no sentido de construir e validar modelo construído pela experiência da UFC a ser aplicado em outras realidades do país, não apenas para hanseníase, mas para outras doenças negligenciadas e/ou geradoras de incapacidades.

No Estado do Piauí, a partir da construção de parcerias com as Secretarias Municipais de Saúde de Picos e Floriano bem como com a Secretaria de Saúde do Estado (SESAPI), foram progressivamente inseridos de forma inclusiva no processo outros parceiros fundamentais para construção e condução das diferentes etapas da pesquisa.

Entre estes parceiros, inserem-se:

- Município de Floriano: Universidade Estadual do Piauí, Rotary Club de Floriano, Faculdade de Ensino Superior de Floriano (FAESF), Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Floriano, Faculdade Evangélica do Nordeste Brasileiro (FAENEB), Academia de Letras e Belas Artes de Floriano (ALBEARTES), Secretaria Municipal de Educação de Floriano, Grupo Escalet, Centro Educacional de Aprendizagem e Movimento dos Colecionadores de Reggae de Floriano.
- Município de Picos: Secretaria Municipal de Educação, Sociedade São Vicente de Paulo e Universidade Estadual do Piauí.

Esta iniciativa tem um caráter de desenvolvimento humano e social, claramente respaldada pelas Políticas Nacionais de Saúde, de Educação e de Ciência e Tecnologia do país e do Estado, especialmente por se tratar de espaço na região Nordeste, hiperendêmico, que expressa grandes desigualdades sociais e econômicas.

No contexto do Piauí, este projeto tem como objetivo central:

- ❖ 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 no Estado do Piauí, no período de 2001 a 2014

Ele é composto por dois estudos de base e por três subestudos. Em relação aos subestudos, que traduzem o foco a partir de dados primários do projeto, tem-se como objetivos:

- ❖ **Subestudo1:** Avaliar os aspectos epidemiológico e operacionais de contato e coabitantes sociais e residentes de pessoas com hanseníase no período de 2001 a 2014.
- ❖ **Subestudo2:** Caracterizar o perfil clínico e fatores associados com incapacidade física, estado reacional, limitação de atividade, hábitos alimentares, insegurança alimentar, estado nutricional de pessoas diagnosticadas com hanseníase, no período de 2001 a 2014.
- ❖ **Subestudo3:** Analisar os aspectos psicossociais das pessoas com hanseníase, no período de 2001-2014.

Metodologia

A proposta de oficina para composição de agendas e revisão de recomendações está prevista dentro do Modelo Integra Hans, logo após a apresentação pública dos resultados preliminares de cada subestudo do projeto. O objetivo é consubstanciar e qualificar as recomendações indicadas a partir das evidências da pesquisa, além de verificar e discutir a aplicabilidade para outras realidades locais.

O planejamento foi baseado em articulações e reuniões prévias com UFPI, SESAPI, SMS de Picos e Florianópolis e Macrorregionais de Saúde.

Foram convidadas as seguintes instituições/representações:

- Ministério da Saúde – Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação (CGHDE)
- Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN), Representações nacional e estadual
- Netherlands Hanseniasis Relief (NHR-Brasil)
- Campagne Internationale De L'Ordre De Malte Contre La Lèpre (CIOMAL)
- Macrorregionais Saúde – Picos e Florianópolis
- Prefeituras Municipais de Picos e Florianópolis
- Representação de usuários dos municípios de Picos e Florianópolis
- Secretaria Estadual de Saúde do Piauí (SESAPI) – Divisão de Vigilância em Saúde e Supervisão estadual de hanseníase do Piauí
- Secretarias Municipais de Saúde de Picos e Florianópolis
- Secretarias Municipais de Saúde dentro da área de abrangência das Macrorregionais
- Universidade Federal do Ceará

- Rotary de Floriano
- Promotoria Pública do Estado
- Ministério Público do Estado
- Faculdade de Ensino Superior de Floriano – FAESF
- Universidade Estadual do Piauí

Nesta perspectiva, empreendeu-se a exploração inicial dos cenários dos municípios estudados, incluindo ainda outras realidades municipais e regionais, dentro do contexto maior do estado do Piauí.

Buscou-se uma primeira aproximação sobre questões mais amplas nas dimensões de gestão, planejamento, epidemiologia, atenção à saúde, comunicação e informação.

Com base em reflexão, partindo das perspectivas: “o que é meu, o que é seu, o que é nosso” o que é de “curto prazo, médio prazo e longo prazo”.

Após esta aproximação inicial com abertura à participação de todos os participantes, seguiu-se a discussão de **todas** as recomendações que emergiram a partir do subestudo que foram apresentadas e alvo de debate na anterior, durante a apresentação pública.

A seguir são apresentadas as recomendações que emergiram de cada Município. Ressalta-se que vários elementos contemplados especificamente em um ou outro município aplicam-se aos dois. Neste sentido, as recomendações abaixo devem ser consideradas de forma articulada, em complementariedade.

MUNICÍPIOS DE PICOS E FLORIANO

- Adotar o modelo Integrahans como política de Estado, trabalhando por macrorregiões de saúde novas iniciativas a partir da experiência dos municípios de Picos e Floriano (SESAPI)
- Desenvolver guia para implantação da estratégia do IntegraHans no Estado do Piauí (SESAPI).
- Mobilizar e potencializar as ações de ONGs internacionais e nacionais dentro das estratégias do Integrahans, baseadas em evidências.
- Instituir Colegiado Local para monitoramento e encaminhamento da agenda Integrahans PI (pessoas atingidas, gestão, profissionais de saúde das diversas categoriais – necessariamente incluindo ACS, Conselho Municipal de Saúde, Promotora, Serviço de Referência, Universidades e Sociedade Civil Organizada) e elaboração de Plano de Ação para Controle da Hanseníase (Picos e Floriano).
- Construir Linha de Cuidado (de base macrorregional e estadual) para a hanseníase na perspectiva de estruturar e fortalecer as redes de atenção (Picos e Floriano/SESAPI).
- Potencializar a discussão sobre hanseníase entre os profissionais de toda rede, incluindo o Centro de Referência, com construção coletiva de protocolos éticos (Picos e Floriano)
- Fortalecer a rede de telessaúde do município de Floriano, de sua macrorregião e do Estado do Piauí
- Elaborar plano de cuidados e protocolos, com definição de equipamentos e estrutura e seguimento de protocolo ético, com avaliação periódica do Comitê Estadual de Acreditação/Técnico/ e apoio do Núcleo de Telessaúde – teleconsultoria (SESAPI).
- Garantir a disponibilização de kit básico para diagnóstico e seguimento da hanseníase nos serviços da rede de Atenção Primária, no Centro de Referência em Hanseníase e nos Centros de Reabilitação (Picos e Floriano).
- Estabelecer um protocolo de referência e contrarreferência com os Centros de Reabilitação e serviços especializados e ESF (Picos e Floriano/SESAPI)
- Resgatar e analisar o documento de rede de atenção à saúde do município de Floriano com o Dr. Luimar (inserção na rede Rotary) para nova discussão da rede de atenção à hanseníase no município de Floriano, na macrorregião de saúde e no Estado (Floriano)
- Promover ações e estratégias que favoreçam o matriciamento técnico entre o serviço de referência, os Centros de Reabilitação e as UBS, incluindo não apenas a equipe básica, mas também o NASF (Picos e Floriano/SESAPI)
- Incluir na linha de cuidado o monitoramento pela ESF de famílias para acompanhamento de contato e coabitantes durante cinco (5) anos tendo em vista: sobreposição de doenças crônicas e agudas, (avaliação de contato e sobreposição de doenças, o que poderia potencializar a utilização de indicador de risco e vulnerabilidade familiar (Picos e Floriano/SESAPI)

- Desenvolver instrumentos para qualificar a atenção integral às pessoas atingidas pela hanseníase, como por exemplo: check list de medicamentos, seguimento de reações, ações de reabilitação oral – CEO e UBS; assistência nutricional e oftalmológica, estratificação de risco / vulnerabilidade com a mobilização de NASF e CRAS) (Picos e Floriano/SESAPI).
- Realizar treinamentos presenciais com prioridade para a gestão em hanseníase para médico, enfermeiros e cirurgiões dentistas – com matriciamento pela equipe dos serviços de referência diretamente nos espaços de atuação ESF (discussão de casos complementada por ações de teleconsultoria ou segunda opinião) (Floriano)
- Desenvolver materiais de informação e comunicação para a sociedade em geral como: álbuns seriados, vídeos, panfletos, atividades lúdicas e dramatizações, grupos de teatro com ACS, estratégias nas UBS (Picos e Floriano/SESAPI).
- Desenvolver materiais de informação, comunicação e educação voltados especificamente para famílias que vivenciaram hanseníase em qualquer momento (Picos e Floriano/ SESAPI).
- Potencializar de forma sistemática a mobilização e utilização de material de educação, informação e comunicação desenvolvido pelo Ministério da Saúde, Estado do Piauí e MORHAN (Picos e Floriano/ SESAPI/MORHAN)
- Realizar oficina de análise de dados do SINAN para hanseníase com referência do Ministério da Saúde envolvendo profissionais do município de Picos e Floriano, macrorregião e estado, além de pesquisadores do IntegraHans – formação de facilitadores, construção de boletins e informes epidemiológicos (Picos e Floriano/ SESAPI). Elaborar Boletim Epidemiológico anual sobre Hanseníase de caráter Municipal e Estadual – apresentação mais densa de indicadores epidemiológicos e operacionais (SESAPI).
- Implantar rotina trimestral de análise da qualidade da base de dados do SINAN, inserindo necessariamente a retroalimentação para os profissionais sobre aspectos como incompletitudes e inconsistências (Picos e Floriano).
- Implantar, por intermédio da coordenação municipal, rotina de análise mensal de atualização dos bancos de dados do SINAN (Picos e Floriano).
- Elaborar Informe Epidemiológico semestral sobre Hanseníase de caráter Municipal e Estadual – apresentação simplificada de indicadores epidemiológicos e operacionais (Picos e Floriano/ SESAPI).
- Reavaliar (em especial na ESF) do ponto de vista dermatoneurológico os contatos intradomiciliares de casos referências não localizados pela pesquisa, ampliando o escopo da data de notificação (anos anteriores a 2001) e encaminhá-los para BCG de acordo com os padrões preconizados na portaria 2016, garantindo, pelo menos, seguimento semestral ao longo de 5 anos (dentro das diretrizes da linha de cuidado a ser construída) (Picos e Floriano).
- Disponibilizar a portaria 149 /2016 e Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública nas Unidades Básicas de Saúde, centro de referência e centros de reabilitação, bem como no Núcleo de Educação Permanente (Picos e Floriano)

- Ampliar o conceito de “contato” em hanseníase, para além do intradomiciliar clássico, incorporando os conceitos coabitante social e de coabitante residente) para o Estado do Piauí – tendo como piloto os municípios de Picos e Floriano (Picos e Floriano/ SESAPI).
- Incluir coabitantes sociais e residentes nas avaliações dermatoneurológicas específicas para hanseníase, por meio de portaria municipal e treinamentos na ESF (Picos e Floriano).
- Criar e implantar a nível estadual o Boletim de Acompanhamento de contatos/coabitantes sociais e residentes (Picos e Floriano/ SESAPI).
- Garantir seguimento longitudinal na ESF da atenção às pessoas atingidas pela hanseníase, suas famílias e redes sociais, com vistas a qualificar as ações de controle (dentro das diretrizes da linha de cuidado a ser construída) (Picos e Floriano/ SESAPI).
- Fomentar a presença e atuação do MORHAN local em atividades afins no município de Picos e Floriano (Picos e Floriano/ MORHAN).
- Ampliar a inserção de núcleos do MORHAN no estado a partir da atuação direta do MORHAN, com a mobilização das ligas acadêmicas, materializando a extensão universitária (Picos e Floriano/ MORHAN).
- Fortalecer o papel da Liga Acadêmica da UFPI com projetos estratégicos, como por exemplo: “adoção” de famílias com experiência de hanseníase ao longo de todo o curso, mapear os clusters municipais e macrorregionais (distribuição de casos por UBS), estudo de famílias com recorrência de hanseníase, dentre outros (Picos e Floriano/ SESAPI/UFPI). Estimular e apoiar a implantação da liga acadêmica em hansenologia nas Faculdades locais com vistas à: adoção das famílias, desenvolver ações educativas na comunidade e ampliação da integração ensino e serviço.
- Implantar a utilização das escalas Salsa e de Participação Social na rotina de atendimento do centro de referência municipal nos momentos do diagnóstico, tratamento, alta e pós-alta (Picos e Floriano/ SESAPI).
- Potencializar a formação de grupos de autoajuda e autocuidado em diferentes cenários da rede municipal (Picos e Floriano/ SESAPI)
- Desenvolver ações de educação permanente e monitoramento para qualificação dos médicos peritos do INSS e visita ao CRM para discutir a prescrição de talidomida no Estado (SESAPI/MORHAN)
- Fortalecer as ações previstas na Estratégia Estadual de enfrentamento da hanseníase, em especial, a implantação da adoção da quimioprofilaxia em contatos (Floriano/ SESAPI)
- Avaliar a experiência em Floriano como cenário piloto para o processo de implantação da quimioprofilaxia (Floriano/ SESAPI)
- Realizar levantamento adicional junto às ESF sobre o que sabem, como fazem e se querem fazer em relação às ações de atenção e controle da hanseníase (diagnóstico situacional da ESF) (Picos, Floriano/ SESAPI).
- Desenvolver ações de educação permanente em cenários reais dos serviços de saúde com projeto piloto em UBS baseado no modelo IntegraHans e na coorte de pessoas incluídas no estudo (Picos e Floriano/ SESAPI).

- Empreender ações de treinamento e capacitação de todos os profissionais de saúde da ESF e demais pontos de atenção da rede (centros de reabilitação e de referência em hanseníase) em Avaliação Neurológica Simplificada e Exame dermatoneurológico para suspeição diagnóstica e acompanhamento de casos de hanseníase (Picos e Floriano/ SESAPI).
- Realizar treinamentos específicos para baciloscopia (Tuberculose e Hanseníase) desde a coleta da amostra, passando pelo processamento, até a leitura e efetivação do resultado com participação de profissional dos municípios e macrorregião (SESAPI).
- Compor espaços para reuniões com o objetivo de discussão integrada de casos novos ou não, fazendo interface com centro de referência, universidades, NASF e CRAS (Picos e Floriano/ SESAPI).
- Desenvolver novas capacitações em hanseníase com participação direta de Agentes Comunitários de Saúde (Picos e Floriano/ SESAPI)
- Realizar curso básico de hanseníase e de prevenção de incapacidades para as equipes dos NASF, de Centros de Referência e dos Centros de Reabilitação (Picos e Floriano/ SESAPI)
- Disponibilizar vacina BCG nos diferentes dias da semana na unidade de referência da FUNASA (Floriano)
- Instituir indicador de risco acrescido para a atenção básica, tendo como referência o número de casos de hanseníase por família (Floriano)
- Empreender estratégias mais efetivas de supervisão, monitoramento e avaliação, por meio da capacitação dos profissionais de saúde, laboratórios, unidades dispensadoras de medicamentos e unidades de saúde de referência (SESAPI)
- Desenvolver treinamentos para uso de órteses e próteses, incluindo necessariamente a aquisição de material específico (Picos e Floriano/ SESAPI)
- Desenvolver ações de abordagem de contatos e coabitantes, contextualizadas a diferentes tipos de população de casos referência (homem, crianças, idosos, etc.) (Floriano) Elaborar por intermédio do Núcleo de educação permanente municipal elaborar material educativo para a família e para menores de 15 anos, utilizando tecnologias inovadoras e adaptadas culturalmente às realidades locais (Facebook, whatsapp) (Picos e Floriano/ SESAPI).
- Estimular o desenvolvimento de projetos de extensão universitária e iniciação científica com a temática hanseníase
- Ampliar o acesso ao Centro de Referência Municipal – para funcionamento de modo efetivo nos dois turnos (manhã e tarde) com profissionais habilitados; e com discussão sobre a possibilidade de inserção de novos turnos (meio-dia e/ou noite) (Picos e Floriano/ SESAPI).
- Apresentar resultados do Integrahsem em outros espaços: equipes ESF, CIR, CIB, fóruns estaduais e municipais, Conselho Municipal de Saúde, dentre outros (Picos e Floriano/ SESAPI).
- Desenvolver novas pesquisas de caráter operacional para complementação

das evidências trazidas pelo projeto Integrahans em sua primeira rodada piloto (UFPI/SESAPI).

- Implantar diagnóstico e tratamento qualificados das reações hansênicas para prevenir o desenvolvimento ou a progressão incapacidades físicas (Picos e Floriano/ SESAPI). (Política de Reação hansênica Estadual)
- Implantar ações de Farmacovigilância da PQT e esquema para tratamento das reações hansênicas (esteroides e talidomida) (Picos e Floriano/ SESAPI).
- Publicar em portaria estadual a obrigatoriedade de Notificação Compulsória de reações hansênicas (Picos e Floriano/ SESAPI).
- Criar rotina de encaminhamento de pacientes considerados complexos de casos de reação hansênica, diabetes e outras comorbidades ao nutricionista do NASF (Picos e Floriano).
- Avaliar obrigatoriamente a cada consulta, estado nutricional das pessoas com hanseníase, registrando peso, altura e classificação segundo pontos de corte da Organização Mundial de Saúde, com registro no E-SUS (necessário equipamentos e infraestrutura) e encaminhados ao serviço de nutrição em caso de alteração de IMC (Picos e Floriano).
- Criar estratégia de educação alimentar e nutricional, incentivando olhar multiprofissional no cuidado ao paciente diagnosticado ou em tratamento (Picos e Floriano/ SESAPI).
- Incluir a nutrição na rede de matriciamento do município (Picos e Floriano)
- Propor a elaboração de protocolo clínico nutricional de encaminhamento e acompanhamento aos pacientes em tratamento de hanseníase (Picos e Floriano/ SESAPI)
- Propor ciclos de seminário para profissionais da atenção básica com os temas da insegurança alimentar para as populações de risco (Picos e Floriano/ SESAPI)
- Realizar obrigatoriamente avaliação odontológica no diagnóstico, tratamento e alta, utilizando recomendação da Linha de Cuidado, com registro no E-SUS (necessário equipamentos e infraestrutura) (Picos e Floriano)
- Integrar análises de morbimortalidade da hanseníase nos municípios e Estado por meio do trabalho com o SIM e o SINAN (Picos e Floriano/ SESAPI).
- Fomentar o monitoramento da utilização/manutenção dos equipamentos adequados para suspeição, diagnóstico e acompanhamento de casos de hanseníase (Picos e Floriano/ SESAPI)
- Instrumentalizar as equipes do NASF (psicólogos) para receber e acompanhar as famílias atingidas pela hanseníase (Picos e Floriano/ SESAPI)
- Incorporar a escala de Participação nos serviços em decorrência da experiência IntegraHans-PI e da recomendação do Ministério da Saúde (2008) (Picos e Floriano/ SESAPI)
- Implantação da Escala de Participação social, com treinamento para as enfermeiras (com apoio de Jaqueline Caracas, Joelma, Giovanna e Simone); para aplicação como pré-requisito para início e término de tratamento. Fazer um Bandou sobre como utiliza-las. (Floriano/ SESAPI)

- Articular implantação da escala DLQI, inicialmente na unidade de referência (FUNASA); (criar uma máscara no smartphone) (Floriano/ SESAPI)
- Desenvolvimento inclusivo de base comunitária (levantamento dos casos que precisam de bolsa família) – REDE CRAS / GRUPOS DE AUTOAJUDA (Picos e Floriano/ SESAPI)
- Fortalecer a implantação de grupos para erradicação da fome, através de grupos de apoio ou associações nas comunidades. (Rotary)
- Estimular Programas de Geração de renda (REDE CRAS, SESC-SENAT), parceria com associação de moradores, hortas comunitárias (Picos e Floriano).
- Passe livre para paciente com hanseníase se deslocar dentro da capital e intermunicipal.



APÊNDICE F

PRODUTOS ORIUNDOS DA TESE

1. Projeto de Iniciação Científica (ICV)- Busca ativa de Hanseníase em escolares.
2. Boletim Epidemiológico de Hanseníase Piauí, Floriano e Picos – 2015.
3. Agenda de Compromissos INTEGRAHANS – PI.
4. Implantação da Ficha de Notificação de Reações Hansênicas em Floriano.
5. Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem:
 - 5.1 Fatores que influenciam a avaliação de contatos em hanseníase: revisão integrativa. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal do Piauí.
 - 5.2 .Envelhecimento e Hanseníase: um estudo de revisão. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal do Piauí.
 - 5.3 Assistência de Enfermagem à pessoa com hanseníase: revisão integrativa 2015- Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal do Piauí.
 - 5.4 Perfil epidemiológico da hanseníase em município hiperendêmico do nordeste do Brasil 2015- Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal do Piauí.
 - 5.5 Hanseníase: indicadores operacionais em um município hiperendêmico 2016- Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal do Piauí.
6. ARTIGOS PUBLICADOS
 - 6.1 Assistência de Enfermagem à pessoa com hanseníase: revisão integrativa - Journal of Nursing UFPE / **Revista de Enfermagem UFPE** . Aug2016, Vol. 10 Issue 8, p3059-3068. 10p.
 - 6.2 Leprosy: operational indicators in a Brazilian Hyperendemic Municipality - **International Archives of Medicine**, [S.l.], v. 9, dec. 2016. ISSN 1755-7682.

7. ARTIGOS EM SUBMISSÃO

7.1 Perfil epidemiológico da hanseníase em município hiperendêmico do nordeste do Brasil – Revista Gaúcha de Enfermagem

7.2 Hanseníase: Tendências e Distribuição Espaço-Temporal em Estado Brasileiro – Revista Latino Americana de Enfermagem

ANEXOS

ANEXO A - ABORDAGEM DOMICILIAR – CASO REFERÊNCIA

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

(1) CONTATOS FAMILIARES QUE RESIDIRAM COM O CASO REFERÊNCIA 5 ANOS ANTES DO DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE.

(2) COABITANTES QUE MORAM COM O CASO REFERÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE ATÉ A DATA DE HOJE.

(3) COABITANTES DE CONVÍVIO SOCIAL QUE NÃO MORAM NA MESMA CASA, MAS FREQUENTAM REGULARMENTE A RESIDÊNCIA HÁ PELO MENOS 1 ANO.

(4) N-NEGATIVO/ S- SUSPEITO/ C- CONFIRMADO

Nº	NOME COMPLETO	TIPO	IDADE	MESMA RESIDÊNCIA HOJE?	SE RESIDÊNCIA DIFERENTE, ESPECIFICAR ENDEREÇO	AGENDA	EXAME	RESULTADO (4)
1		<input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> COAB. RES <input type="checkbox"/> COAB. SOC		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Data: Hora:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	N () S () C ()
2		<input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> COAB. RES <input type="checkbox"/> COAB. SOC		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Data: Hora:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	N () S () C ()
3		<input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> COAB. RES <input type="checkbox"/> COAB. SOC		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Data: Hora:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	N () S () C ()
4		<input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> COAB. RES <input type="checkbox"/> COAB. SOC		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Data: Hora:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	N () S () C ()
5		<input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> COAB. RES <input type="checkbox"/> COAB. SOC		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Data: Hora:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	N () S () C ()
6		<input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> COAB. RES <input type="checkbox"/> COAB. SOC		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Data: Hora:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	N () S () C ()
7		<input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> COAB. RES <input type="checkbox"/> COAB. SOC		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Data: Hora:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	N () S () C ()
8		<input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> COAB. RES <input type="checkbox"/> COAB. SOC		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Data: Hora:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	N () S () C ()
9		<input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> COAB. RES <input type="checkbox"/> COAB. SOC		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Data: Hora:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	N () S () C ()
10		<input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> COAB. RES <input type="checkbox"/> COAB. SOC		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Data: Hora:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	N () S () C ()
11		<input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> COAB. RES <input type="checkbox"/> COAB. SOC		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Data: Hora:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	N () S () C ()
12		<input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> COAB. RES <input type="checkbox"/> COAB. SOC		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Data: Hora:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	N () S () C ()
13		<input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> COAB. RES <input type="checkbox"/> COAB. SOC		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Data: Hora:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	N () S () C ()
14		<input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> COAB. RES <input type="checkbox"/> COAB. SOC		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Data: Hora:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	N () S () C ()
15		<input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> COAB. RES <input type="checkbox"/> COAB. SOC		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Data: Hora:	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	N () S () C ()

® Instrumento adaptado do Projeto Integrans Norte e Nordeste, coordenado pela UFC.

REVISADO POR: _____

DATA DA REVISÃO: ____ / ____ / ____



ANEXO B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO CASO REFERÊNCIA

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL DOUTORADO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO CASO REFERÊNCIA

PROJETO INTEGRAHANS PIAUÍ ABORDAGEM DE CONTATOS FAMILIARES / COABITANTES

Eu, _____, portador(a) de Documento de Identidade (RG) nº _____ / SSP _____, fui diagnosticado(a) com hanseníase, resido neste município e consenti participar da pesquisa ATENÇÃO À SAÚDE PARA HANSENÍASE EM ÁREAS DE ALTA ENDEMICIDADE NOS MUNICÍPIOS DE FLORIANO E PICOS: ABORDAGEM INTEGRADA DE ASPECTOS OPERACIONAIS, EPIDEMIOLÓGICOS (ESPAÇO-TEMPORAIS), CLÍNICOS E PSICOSSOCIAIS – Projeto IntegraHans Piauí.

Com este documento:

AUTORIZO a abordagem dos meus contatos familiares e/ou coabitantes, procedimento que tem como objetivo convidá-los a participar da referida pesquisa.

NÃO AUTORIZO a abordagem dos meus contatos familiares e/ou coabitantes, procedimento que tem como objetivo convidá-los a participar da referida pesquisa.

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

Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal

Telefone (s) de contato



ANEXO C - ABORDAGEM SOCIAL DO DOMICÍLIO

ABORDAGEM SOCIAL DO DOMICÍLIO

PROJETO INTEGRANS PIAUÍ

CÓDIGO UBS: _____ (ID) Domicílio		MUNICÍPIO: (1) PICOS (2) FLORIANO		
CASO REFERÊNCIA ()		CONTATO () COABITANTE SOCIAL () COABITANTE RESIDENTE ()		
Número (ID) do Caso Referência: _____		Número (ID) Contato/Coabitante: _____		
Pesquisador: _____ Data da Coleta: _____				
Nome completo do responsável pela informação: _____				
Endereço: _____ nº _____				
Bairro/Localidade: _____ CEP: _____				
Revisor: _____ Data da Revisão: _____				
ITEM	QUESTÃO	CODIGOS/CATEGORIAS		Revisor
1.	A responsabilidade pelo domicílio é de:	1 Apenas um morador, o entrevistado 2 Apenas um morador, diferente do entrevistado 3 Mais de um morador		()
2.				
3.	Zona	1 Rural 2 Urbana 9 Ignorado		()

4.	Este domicílio é de que tipo? [autodeclarado]	<p>1 2 3 Casa própria (inclui financiamento) 4 Casa alugada 5 Casa de favor 6 Apartamento próprio (inclui financiamento) 7 Apartamento alugado 8 Apartamento de favor 9 Casa de cômodos/cortiço próprio (inclui financiamento) 10 Casa de cômodos/cortiço alugado 11 Casa de cômodos/cortiço de favor Outro _____</p>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	()
5.	Qual o material que predomina na construção das paredes externas deste domicílio?	<p>1 2 3 Alvenaria com revestimento 4 Alvenaria sem revestimento 5 Madeira apropriada para construção 6 Taipa não revestida 7 Taipa revestida 8 Madeira aproveitada 9 Palha 10 Adobe Outro _____</p>	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	()
6.	Moradia	<p>1 2 Casa própria 3 Casa própria (financiada) 4 Aluguel 5 Mora de favor 6 Mora com parentes</p>	1 2 3 4 5	()
7.	Qual o material que predomina na cobertura (telhado) do domicílio?	<p>1 2 3 Telha de barro 4 Telha de cimento amianto 5 Laje de concreto 6 Madeira apropriada para construção 7 Zinco ou chapa metálica 8 Madeira aproveitada 9 Palha Outro _____</p>	1 2 3 4 5 6 7 8	()

8.	Qual o material que predomina no piso do domicílio?	<p>Carpete Cerâmica, lajota ou pedra Tacos ou tábua corrida Madeira apropriada para construção Cimento Madeira aproveitada Chão Batido</p> <p>Outro _____</p>	1 2 3 4 5 6 7 8	()
9.	Qual é a principal forma de abastecimento de água deste domicílio?	<p>Rede geral de distribuição Poço ou nascente na propriedade Poço ou nascente fora da propriedade Água de carro-pipa não armazenada Água de carro-pipa armazenada em cisterna Água de carro-pipa armazenada de outro modo Água da chuva armazenada em cisterna Água da chuva armazenada de outro modo Rios, lagoas e riachos Açudes, represas ou lago artificial Chafariz</p> <p>Outro _____</p>	1 2 3 4 5 6 7 8 10 11 12 13	()
10.	Com que frequência a água proveniente da rede geral está habitualmentedisponível para este domicílio?	<p>Diariamente Pelo menos uma vez por semana Menos que uma vez por semana Não se aplica</p>	1 2 3 4	()
11.	Qual o número de cômodos no seu domicílio, incluindo banheiro(s) e cozinha(s)?	_____		()
12.	Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores deste domicílio?	_____		()
13.	Quantos banheiros de uso exclusivo dos moradores existem neste domicílio?	_____		()
14.	Quantas pessoas residem atualmente no domicílio?	_____		()
15.	Quantas pessoas dormem no mesmo cômodo que você atualmente?	_____		()

16.	De que forma é eliminado os dejetos (fezes e urina) dos banheiros ou sanitários?	<p>Rede geral de esgoto</p> <p>Fossa séptica</p> <p>Rede pluvial</p> <p>Fossa rudimentar</p> <p>Vala (Céu aberto)</p> <p>Direto para rio, lagoa ou riacho</p> <p>Outro _____</p>	1 2 3 4 5 6 7	()
17.	Qual o destino dado ao lixo?	<p>Coletado diretamente por serviço de limpeza</p> <p>Coletado em caçamba fixa na rua</p> <p>É queimado na propriedade</p> <p>É enterrado na propriedade</p> <p>Jogado em terreno baldio ou céu aberto</p> <p>Jogado em rio, lagoa ou riacho</p> <p>Outro _____</p>	1 2 3 4 5 6 7	()
18.	Qual a origem da energia elétrica utilizada neste domicílio?	<p>Rede geral</p> <p>Outra origem (gerador, placa solar, eólica etc)</p> <p>Não tem energia elétrica</p>	1 2 3	()
19.	Quantos destes bens existem no domicílio em termos do número:[<i>pode haver mais de uma marcação</i>]	<p>Televisão N= ___</p> <p>Geladeira N= ___</p> <p>Vídeo/DVD N= ___</p> <p>Máquina de lavar roupa N= ___</p> <p>Linha de telefone fixo N= ___</p> <p>Telefone celular N= ___</p> <p>Forno micro-ondas N= ___</p> <p>Computador/notebook N= ___</p> <p>Motocicleta N= ___</p> <p>Bicicleta N= ___</p> <p>Freezer N= ___</p>		() () () () () () () () () ()
20.	Os moradores têm acesso à internet no domicílio?	<p>Não</p> <p>Sim</p>	0 1	()
21.	Quantos carros têm este domicílio?	_____		()
22.	Em seu domicílio, trabalha algum(a) empregado(a) doméstico(a)?	<p>Não</p> <p>Sim</p>	0 1	()
23.	O ACS cadastrou seu domicílio/casa na unidade de saúde da família?	<p>Não</p> <p>Sim</p> <p>Não sabe /Não quer responder</p>	0 1 9	()

24.	Quando foi feito este cadastro na unidade de saúde da família? <i>[Se a resposta anterior for não/não quer responder, inserir não se aplica]</i>	Há menos de 2 meses De 2 a menos de 6 meses De 6 meses a menos de um ano Há um ano ou mais Não se aplica Não sabe /Não quer responder	1 2 3 4 5 9	()
25.	Nos últimos 12 meses, com que frequência 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)?	Semanalmente Quinzenalmente Mensalmente A cada 2 meses De 2 a 4 vezes por ano Uma vez por ano Nunca recebeu Não sabe /Não quer responder	1 2 3 4 5 6 7 9	()
26.	Nos últimos 12 meses, com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum agente de endemias (como a dengue, por exemplo)?	Mensalmente A cada 2 meses De 2 a 4 vezes Nunca recebeu Não sabe /Não quer responder	1 2 3 4 9	()
27.	Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde, na maioria das vezes, qual o primeiro lugar que você costuma procurar? <i>[escolher uma opção]</i>	Farmácia Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica Pronto-socorro ou emergência de hospital público Ambulatório de hospital público Consultório particular Ambulatório ou consultório de clínica privada Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato Outro _____ Não sabe /Não quer responder	1 2 3 4 5 6 7 8 10 9	()
28.	Existe número de telefone na UBS para pedir informações?	Não Sim Não sabe	0 1 9	()
29.	Você tem dificuldade de deslocamento?	Não Sim Não sabe	0 1 9	()
30.	Se sim, qual dificuldade?	_____		()
31.	Você perde turno de trabalho para ser atendida na UBS/NASF?	Não Sim Não se aplica/Não sabe	0 1 9	()

32.	Você está satisfeito com atendimento da UBS?		Não Sim Não sabe	0 1 9 ()
-----	----------------------------------------------	--	------------------------	-----------------





ANEXO D



**- LEVANTAMENTO SÓCIO
ECONÔMICO DEMOGRÁFICO -
CONTATOS/COABITANTES**

LEVANTAMENTO SÓCIO ECONÔMICO DEMOGRÁFICO - CONTATOS / COABITANTES
PROJETO INTEGRANS PIAUÍ

CÓDIGO UBS: _____ (ID) Domicílio _____	MUNICÍPIO: (1) PICOS (2) FLORIANO
CONTATO ()	COABITANTE RESIDENTE () COABITANTE SOCIAL()
Número (ID) do Caso Referência: _____	Número (ID) Contato/Coabitante: _____
Pesquisador: _____ Data da Coleta: _____	
Nome completo do CONTATO/COABITANTE : _____	
Nome do CASO REFERÊNCIA : _____	
Revisor: _____ Data da Revisão: _____	

ITEM	QUESTÃO	CODIGOS/CATEGORIAS	REVISOR
33.	Classificação: [Em caso de dúvida nesta classificação, descrever]	Contato Coabitante residente Coabitante social (não residente) Dúvida Especificar _____ _____	1 2 3 4 ()
34.	Sexo	Masculino Feminino	1 2 ()

35.	Quanto a etnia/cor, como você se auto declara?	<p>Branca Parda Negra/Preta Amarela Indígena</p> <p>Outra _____</p> <p>Não sabe / Não quer responder</p>	1 2 3 4 5 6 9	()
36.	Qual a data de nascimento? [dia/mês/ano]	_____/_____/_____		
37.	Qual a idade? [em anos] – se não houver data de nascimento	_____		()
38.	Qual o nome completo da mãe?	_____		
39.	Qual a nacionalidade? [País]	_____		
40.	Qual a naturalidade? [Estado-UF] / [Município]	_____/_____		
41.	Qual a escolaridade?	<p>Analfabeto</p> <p>1° até o 5° ano incompleto</p> <p>5° ano completo</p> <p>6° ao 9° ano incompleto</p> <p>Fundamental completo(9°ano completo)</p> <p>Médio incompleto</p> <p>Médio completo</p> <p>Superior completo</p> <p>Superior incompleto</p> <p>Não sabe / Não quer responder</p>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	()
42.	Quantos anos completos de estudo (com aprovação) foram alcançados?	_____		()
43.	Quanto ao estado conjugal atual, como você se auto declara?	<p>Solteiro(a)/Nunca foi casado(a)</p> <p>Casado(a)/ Unido(a)</p> <p>Separado(a)/Divorciado(a)/Viúvo(a)</p> <p>Outro _____</p> <p>Não sabe / Não quer responder</p>	1 2 3 4 9	()

44.	Você se considera religioso(a) ou possui alguma religião?	Não Sim Não sabe / Não quer responder	0 1 9	()
45.	Você frequenta alguma atividade religiosa?	Não Sim Não sabe / Não quer responder	0 1 9	()
46.	Qual é a sua religião atualmente?	Nenhuma/Não tem religião atualmente Adventista Assembleia de Deus Batista Batuque Budista Candomblé Casa da Benção Católica Congregação Cristã do Brasil Espírita Kardecista Evangelho Quadrangular Judaica Luterana Messiânica Metodista Presbiteriana Testemunha de Jeová Umbanda Universal do Reino de Deus Outra _____ Não sabe / Não quer responder	0 1 2 3 4 5 6 7 8 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 9	()
47.	Qual o telefone de contato?	(0 __ __) _____		
48.	Qual o tempo de residência, definitiva ou temporária, nesse município? [em meses]	_____		()
49.	Qual a residência atual ?[rua/avenida, número casa/apartamento]	_____ _____ _____		

50.	Qual o bairro/localidade de residência atual?	_____		
51.	Qual o CEP de residência atual?	_____		
52.	Qual a zona de residência atual?	Rural Urbana Não sabe /Não quer responder	1 2 9	()
53.	Há quanto tempo reside no domicílio atual? [em meses]	_____		()
54.	Qual a situação de moradia no domicílio?	Moradia regular definitiva/fixa Moradia regular temporária Invasão Assentamento Não sabe /Não quer responder	1 2 3 4 9	()
55.	Teve residências anteriores? [diferente da atual]	Não Sim Não sabe /Não quer responder	0 1 9	()
56.	Número de residências anteriores? [diferente da atual – caso não tem, colocar 0]	_____		()
57.	Localização residências anteriores Bairro / Município / Estado [inserir da mais recente até a mais antiga]	1 _____ / _____ / _____ 2 _____ / _____ / _____ 3 _____ / _____ / _____ 4 _____ / _____ / _____ 5 _____ / _____ / _____ Não se aplica Não sabe/Não quer responder	0 9	()

58.	Contexto geral de trabalho atualmente	<p>Não trabalhou 0 Trabalho Formal 1 Ativo/Aposentado/Benefício Inativo 2 Inativo/Aposentado/Benefício Dona de casa 3 Trabalho informal 4 Outra _____ 4 Não sabe /Não quer responder 5 6 7 8 9 10 11 12</p>	()
59.	<p>Se não trabalha formalmente, qual a principal razão para não estar em atividade atualmente?</p> <p>[Para as demais situações, inserir não se aplica]</p>	<p>Não se aplica 3 Dona de casa / cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos 4 Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho 5 Estudos / treinamento Aposentado por tempo de trabalho/idade Aposentado por doença/invalidez Afastado em virtude da hanseníase Afastado em virtude de outra doença _____ Afastado por outro motivo (gestação, mudança, licença, etc) Outra _____ Não sabe /Não quer responder</p>	()
60.	Se aposentado, qual o momento da aposentadoria?	<p>Antes do diagnóstico de hanseníase 1 Após o diagnóstico de hanseníase 2 Não se aplica 3 Não sabe /Não quer responder 4</p>	()

61.	Se trabalha formalmente, qual o contexto detalhado de trabalho atual?	<p>0 Não se aplica</p> <p>1 Servidor público</p> <p>2 Empregado assalariado com carteira de trabalho assinada</p> <p>3 Empregado assalariado sem carteira de trabalho assinada</p> <p>4 Empregado familiar não remunerado</p> <p>5 Conta própria ou autônomo com estabelecimento</p> <p>6 Conta própria ou autônomo sem estabelecimento</p> <p>7 Empregador com até 5 funcionários fixos</p> <p>8 Empregador com 5 ou mais funcionários fixos</p> <p>9 Não sabe /Não quer responder</p>	()
62.	Profissão principal referida [Mesmo que não atue nessa profissão]	_____	
63.	Ocupação atual principal referida	_____	
64.	Em geral, quantas horas no total trabalha ou trabalhava por semana? [Inclua horas-extras e qualquer atividade remunerada em emprego ou por conta própria]	_____ horas por semana	()
65.	Renda mensal média deste contato / coabitante [Em reais] [Se Não sabe /Não quer responder = NN]	_____	()
66.	Renda mensal média total de sua família [Em reais, considerando-se todos os ativos, pensionistas, aposentados e beneficiários (para tratamento de saúde ou programas sociais)?] [Se Não sabe /Não quer responder = NN]	_____	()

67.	Sua família tem acesso ao benefício do Bolsa Família?	Não, e não tem cadastro Não, e tem cadastro (aguardando) Sim, bolsa família ativa Sim, mas atualmente bolsa família inativada Não sabe /Não quer responder	0 1 2 3 9	()
68.	Sua família tem acesso a outros benefícios governamentais? [Se sim, especificar quais benefícios]	Sim _____ Não Não sabe /Não quer responder	0 1 9	()
69.	Qual principal meio de transporte familiar utilizado atualmente?	Bicicleta Motocicleta Automóvel Moto taxi Taxi Ônibus Outro _____ Não sabe /Não quer responder	1 2 3 4 5 6 7 9	()
70.	Como você avaliaria sua qualidade de vida hoje?	Muito ruim Ruim Nem ruim nem boa Boa Muito boa	1 2 3 4 5	()

As questões 39 a 48 referem-se ao uso de álcool (protocolo AUDIT), nos últimos 12 meses:

71.	Com que frequência consome bebida contendo álcool (bebida alcoólica)? [Se nunca vá para as questões 47 e 48]	Parei de beber ou Nunca bebi Uma vez por mês ou menos 2 a 4 vezes por mês 2 a 3 vezes por semana 4 ou mais vezes por semana	0 1 2 3 4	()
72.	Quantas doses de bebida alcoólica consome em um dia normal? [A dose padrão corresponde a uma lata de cerveja de 340 ml ou uma dose de pinga/outro destilado ou 140 ml de vinho]	1 ou 2 3 ou 4 5 ou 6 7, 8, ou 9 10 ou mais	0 1 2 3 4	()
73.	Com que frequência bebe 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?	Nunca Menos de uma vez por mês Uma vez por mês Uma vez por semana Diariamente ou quase todo dia	0 1 2 3 4	()
74.	Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses constatou que “Quando eu começo a beber eu não consigo parar”?	Nunca Menos de uma vez por mês Uma vez por mês Uma vez por semana Diariamente ou quase todo dia	0 1 2 3 4	()
75.	Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses não conseguiu fazer tarefas ou atividades que você normalmente faz por causa da bebida alcoólica?	Nunca Menos de uma vez por mês Uma vez por mês Uma vez por semana Diariamente ou quase todo dia	0 1 2 3 4	()

76.	Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses precisou de uma dose de bebida alcoólica pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?	Nunca Menos de uma vez por mês Uma vez por mês Uma vez por semana Diariamente ou quase todo dia	0 1 2 3 4	()
77.	Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses se sentiu culpado ou com remorso após ter consumido bebida alcoólica?	Nunca Menos de uma vez por mês Uma vez por mês Uma vez por semana Diariamente ou quase todo dia	0 1 2 3 4	()
78.	Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses foi incapaz de se lembrar do que aconteceu na noite anterior porque estava consumindo bebida alcoólica?	Nunca Menos de uma vez por mês Uma vez por mês Uma vez por semana Diariamente ou quase todo dia	0 1 2 3 4	()
79.	Já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?	Não Sim, mas não no último ano (últimos 12 meses) Sim, durante o último ano (últimos 12 meses)	0 2 4	()
80.	Algum familiar ou amigo ou médico ou outro profissional de saúde demonstrou alguma vez preocupação com seu hábito de consumo de álcool ou aconselhou que suspendesse o consumo?	Não Sim, mas não no último ano (últimos 12 meses) Sim, durante o último ano (últimos 12 meses)	0 2 4	()
81.	Total do escore de consumo: (01) Baixo risco ou abstinência: 0 a 7 pontos (02) Risco: 8 a 15 pontos (03) Uso nocivo ou alto risco: 15 a 19 (04) Provável dependência: 20 ou mais pontos	Anote aqui o resultado de cada questão: ____+____+____+____+____+____+____+____+____+____ Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10		()

82.	Fuma <u>atualmente</u> ?	Não Sim, diariamente Sim, menos que diariamente	0 1 2	()
83.	Já fumou?	Não, nunca fumei Sim, fumava diariamente Sim, fumava menos que diariamente Não se aplica	0 1 2 3	()
84.	Outra pessoa que reside no mesmo domicílio que você fuma?	Não, ninguém fuma Sim, diariamente Sim, menos que diariamente	0 1 2	()
85.	Em geral, como avalia a sua saúde?	Muito boa Boa Regular Ruim Muito ruim	1 2 3 4 5	()
86.	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? [Pode ser marcada mais de uma opção]	Não Falta de dinheiro Raça/Etnia Tipo de ocupação Tipo de doença _____ Orientação sexual Sexo Idade Outro _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8	()
87.	Quando foi a última vez que fez exame de sangue para medir a glicemia, isto é, o açúcar no sangue?	Há menos de 6 meses Entre 6 meses e menos de 1 ano Entre 1 ano e menos de 2 anos Entre 2 anos e menos de 3 anos 3 anos ou mais atrás Nunca fez Não sabe /Não quer responder	1 2 3 4 5 6 9	()

88.	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes?	Apenas durante a gravidez (só para mulheres) Não Sim Não sabe / Não quer responder	0 1 2 9	()
89.	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de depressão?	Não Sim Não sabe / Não quer responder	0 1 9	()
90.	Tem alguma incapacidade ou deficiência física de longa duração (de mais de 6 meses de duração)? [Colocar 0 se menos de um ano] [Colocar NN se não se aplicar – não tem deficiência física]	Sim _____ Não Não sabe / Não quer responder	0 1 9	()
91.	Que idade tinha (em anos) quando ficou com essa deficiência física? [Colocar 0 se menos de um ano] [Colocar NN se não se aplicar]	_____		()
92.	Em geral, em que grau essa incapacidade limita as suas atividades habituais?	Não tem incapacidade Não limita Um pouco Moderadamente Intensamente Muito intensamente Não se aplica	0 1 2 3 4 5 6	()
93.	Quantos membros, na família, necessitam de "mecanismos auxiliares" ou de "ajuda de terceiros", para: alimentar-se, vestir-se, ir ao banheiro, caminhar, erguer e sustentar objetos ou desenvolver atividade intelectual? [Se nenhum, colocar 0]	_____		()
94.	Alguma vez recebeu visita domiciliar geral da equipe de saúde da família ou Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) para abordagem da hanseníase na família?	Não Sim Não sabe / Não quer responder	0 1 9	()

95.	Participou de atividades educativas gerais para hanseníase promovidas pela equipe de saúde da família ou Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)?	<p style="text-align: right;">Não Sim</p> <p style="text-align: center;">Não sabe / Não quer responder</p>	<p style="text-align: center;">0 1 9</p>	()
96.	Recebeu material informativo/educativo sobre hanseníase em atividades gerais desenvolvidas pela equipe de saúde da família ou Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)?	<p style="text-align: right;">Não Sim</p> <p style="text-align: center;">Não sabe / Não quer responder</p>	<p style="text-align: center;">0 1 9</p>	()

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



ANEXO E - TRIAGEM CLÍNICA DERMATO NEUROLÓGICA CONTATOS/ COABITANTES

PROJETO INTEGRANS PIAUÍ

CÓDIGO UBS: _____ (ID) Domicílio: _____	MUNICÍPIO: (1) PICOS (2) FLORIANO
-----------------------------------------	-----------------------------------

CONTATO ()	COABITANTE RESIDENTE () COABITANTE SOCIAL()		
Número (ID) do Caso Referência: _____	Número (ID) Contato/Coabitante: _____		
Pesquisador: _____	Data da Coleta: _____		
Revisor: _____	Data da Revisão: _____		
ITEM	QUESTÃO	CODIGOS/CATEGORIAS	REVISOR
1.	Classificação:	1 Contato 2 Coabitante residente 3 Coabitante social (não residente) 4 Dúvida Especificar _____	()
2.	Nome do CASO REFERÊNCIA (letra de forma)	_____	
3.	Nome completo do contato/coabitante	_____	
4.	Tem (teve) diagnóstico de hanseníase em algum momento de sua vida?	0 Nunca teve hanseníase 1 Sim, em 2015 nesta pesquisa 2 Sim, em 2015 por serviço de saúde 3 Sim, em 2014 4 Sim, entre 2001 até 2013 (≥ 2001 E ≤ 2013) 5 Sim, antes do ano de 2001 (≤ 2000) 9 Não sabe /Não quer responder	
5.	Operadora e Telefone preferencial para contato	(0 __ __) _____	

6.	Existem alterações dermatológicas (infiltrações, manchas, placas, nódulos, lesões residuais)?	Não Sim Duvidoso	0 1 2	()
7.	Existem alterações neurológicas sensitivas (térmica/dolorosa/tátil)?	Não Sim Duvidoso	0 1 2	()
8.	Existe Espessamento de tronco nervoso?	Não Sim Não palpável, mas com dor	0 1 2	()
9.	Se há suspeita ou confirmação de hanseníase, qual a classificação operacional?	Não é hanseníase MB PB Não se aplica	0 1 2 3	()
10.	Outros diagnósticos (associados ou não à hanseníase)	_____		
11.	Encaminhamento/ Agendamento	_____		
12.	Confirmado como Hanseníase? (Após avaliação médica)	Não Sim Duvidoso	0 1 2	

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



ANEXO F - AVALIAÇÃO CLÍNICA – CONTATOS FAMILIARES/COABITANTES

AVALIAÇÃO CLÍNICA – CONTATOS FAMILIARES / COABITANTES

PROJETO INTEGRAHANS PIAUÍ

Número (ID) do Domicílio/Família: _____	Número (ID) do Caso Referência: _____
Unidade de Saúde: _____	Número (ID) do Contato/Coabitante: _____
Pesquisador: _____	Data da Coleta: _____
Revisor: _____	Data da Revisão: _____

ITEM	QUESTÃO	CODIGOS/CATEGORIAS	REVISOR
13.	Nome caso referência	_____	
14.	Classificação: [Em caso de dúvida nesta classificação, descrever]	Contato Coabitante residente Coabitante social (não residente) Dúvida Especificar _____ _____	1 2 3 4 ()
1.	Nome completo do CONTATO FAMILIAR	_____	
2.	Data de nascimento	____ / ____ / ____	
3.	Nome da mãe	_____	
4.	Se criança/adolescente incapaz de responder, indicar o nome do responsável pelas informações	_____	
5.	Foi submetido(a) ao exame dermatológico (pele) por ter tido caso de hanseníase na família?	Nunca teve caso de hanseníase na família Sim, completo (todo o corpo) Sim, incompleto (parte do corpo) Sim, não sabe se completo ou incompleto Não realizado Não sabe / Não quer responder	0 1 2 3 4 9 ()

6.	Foi submetido(a) ao exame neurológico (nervos) por ter tido caso de hanseníase na família?	<p>Nunca teve caso de hanseníase na família</p> <p>Sim, completo (face e membro superior e inferior)</p> <p>Sim incompleto (face ou membro superior ou inferior)</p> <p>Sim, não sabe se completo ou incompleto</p> <p>Não realizado</p> <p>Não sabe / Não quer responder</p>	0 1 2 3 4 9	()
AS QUESTÕES 7 A 12 SOMENTE DEVERÃO SER RESPONDIDAS SE A PESSOA TIVER SIDO SUBMETIDA A EXAME DERMATOLÓGICO E/OU NEUROLÓGICO				
7.	Se sim, qual profissional realizou o exame para avaliação da hanseníase por ter tido caso hanseníase na família	<p>Nunca teve caso de hanseníase na família</p> <p>Médico</p> <p>Enfermeiro</p> <p>Fisioterapeuta</p> <p>Agente comunitário de saúde</p> <p>Auxiliar/Técnico de enfermagem</p> <p>Cirurgião-dentista</p> <p>Auxiliar de consultório dentário</p> <p>Outro _____</p> <p>Não se aplica</p> <p>Não sabe /Não quer responder</p>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 10 9	()
8.	Que fatores / razões / motivos facilitaram a realização do seu exame por ter tido caso de hanseníase na família?	<p>Nunca teve caso de hanseníase na família</p> <p>Não realizou o exame</p> <p>Não sabe dizer</p> <p>Vontade pessoal de realizar</p> <p>Família envolvida</p> <p>Compatibilidade de tempo com o do serviço</p> <p>Foi orientado para isto</p> <p>Realização de visita domiciliar</p> <p>Outro _____</p> <p>Não se aplica</p> <p>Não sabe /Não quer responder</p>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 10 9	()

9.	Que fatores / razões / motivos dificultaram a realização do seu exame por ter tido caso hanseníase na família?	<p>Nunca teve caso de hanseníase na família</p> <p>Não realizou o exame</p> <p>Não sabe dizer</p> <p>Não quis realizar</p> <p>Família não se envolveu</p> <p>Incompatibilidade de tempo com o do serviço</p> <p>Não foi orientado para isto</p> <p>Não realização da visita domiciliar</p> <p>Outro _____</p> <p>Não se aplica</p> <p>Não sabe /Não quer responder</p>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 10 9	()
10.	Realizou outros exames complementares para diagnóstico de hanseníase por ter tido caso na família?	<p>Nunca teve caso de hanseníase na família</p> <p>Não realizou outros exames</p> <p>Sim _____</p> <p>Não se aplica</p> <p>Não sabe /Não quer responder</p>	0 1 2 10 9	()
11.	O agente comunitário de saúde contribuiu na sua decisão para realizar o exame para hanseníase por ter tido caso na família?	<p>Nunca teve caso de hanseníase na família</p> <p>Não realizou o exame</p> <p>Contribuiu muito</p> <p>Contribuiu razoavelmente</p> <p>Contribuiu pouco</p> <p>Foi indiferente/Tanto faz</p> <p>Não contribuiu</p> <p>Não se aplica</p> <p>Não sabe / Não quer responder</p>	0 1 2 3 4 5 6 10 9	()

(1) **CONTATOS FAMILIARES QUE RESIDIRAM COM O CASO REFERÊNCIA 5 ANOS ANTES DO DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE.**

(2) **COABITANTES QUE MORAM COM O CASO REFERÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE ATÉ A DATA DE HOJE.**

(3) **COABITANTES DE CONVÍVIO SOCIAL QUE NÃO MORAM NA MESMA CASA, MAS FREQUENTAM REGULARMENTE A RESIDÊNCIA**

12.	Quem ou o que mais o motivou para realização da avaliação dermatológica e neurológica (pele e nervos) por ter tido caso de hanseníase na família?	<p>Nunca teve caso de hanseníase na família</p> <p>Não realizou o exame</p> <p>Caso referência de hanseníase na família</p> <p>Familiar sem hanseníase da residência</p> <p>Coabitantes não familiares</p> <p>Outros familiares</p> <p>Amigos</p> <p>Cartazes/Folders/Cartilhas</p> <p>Rádio</p> <p>Televisão</p> <p>Médico</p> <p>Enfermeiro</p> <p>Fisioterapeuta</p> <p>Agente comunitário de saúde</p> <p>Auxiliar/Técnico de enfermagem</p> <p>Cirurgião-dentista</p> <p>Auxiliar de consultório dentário</p> <p>Nutricionista</p> <p>Outro _____</p> <p>Não sabe /Não quer responder</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17</p> <p>18</p> <p>19</p> <p>9</p>	()
13.	Recebeu orientação para aplicação da vacina BCG por ter tido caso de hanseníase na família?	<p>Nunca teve caso de hanseníase na família</p> <p>Sim</p> <p>Não</p> <p>Não sabe / Não quer responder</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>9</p>	()
14.	Recebeu vacinação com BCG por ter tido caso de hanseníase na família?	<p>Nunca teve caso de hanseníase na família</p> <p>Sim, 1 dose</p> <p>Sim, 2 doses</p> <p>Sim, não se lembra número de doses</p> <p>Teve caso de hanseníase, mas não recebeu BCG</p> <p>Não sabe / Não quer responder</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>9</p>	()
15.	Apresenta cicatriz da vacina BCG? [Verificar se tem 1 ou 2 cicatrizes–Registrar observação - verificar região inferior deltoide do braço direito]	<p>Não possui cicatriz</p> <p>Sim, 1 cicatriz</p> <p>Sim, 2 cicatrizes</p> <p>Sim, mais de 2 cicatrizes</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>	()

16.	Recebeu orientação da equipe de saúde da família para mobilizar outros contatos/pessoas/coabitantes na família para a realização do exame/avaliação por ter tido caso de hanseníase na família?	Nunca teve caso de hanseníase na família Sim Não Não sabe /Não quer responder	0 1 2 9	()
17.	Recebeu orientações para retornos à UBS para realizar avaliações/exames posteriores (mensais, semestrais, anuais) como contato de caso de hanseníase na família?	Nunca teve caso de hanseníase na família Sim, liberado após primeira avaliação Sim, retorno se surgirem sinais ou sintomas Sim, agendado retorno para reavaliação (nova) Sim, não sabe / não lembra Não Não se aplica Não sabe / não quer responder se recebeu	0 1 2 3 4 5 6 9	()
18.	Tem (teve) diagnóstico de hanseníase em algum momento de sua vida?	Nunca teve hanseníase Sim, em 2015 nesta pesquisa Sim, em 2015 por serviço de saúde Sim, em 2014 Sim, entre 2001 até 2013 (≥ 2001 E ≤ 2013) Sim, antes do ano de 2001 (≤ 2000) Não sabe /Não quer responder	0 1 2 3 4 5 9	()
19.	Qual ano do seu diagnóstico da hanseníase? [Se nunca teve hanseníase diagnosticada, inserir NN]	_____		()



ANEXO G- AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

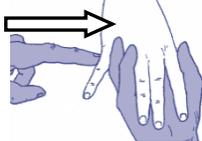
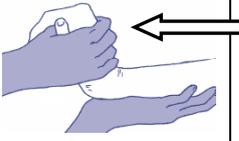
PROJETO INTEGRANS PIAUÍ

CÓDIGO UBS: _____	MUNICÍPIO: (1) PICOS (2) FLORIANO
CASO REFERÊNCIA ()	CONTATO () COABITANTE RESIDENTE () COABITANTE SOCIAL ()
Número (ID) do Caso Referência: _____	Número (ID) do Domicílio: _____
Unidade de Saúde: _____	Número do SINAN do Caso Referência: _____
Pesquisador: _____ Data da Coleta: _____	
Nome caso referência: _____	
Revisor: _____ Data da Revisão: _____	

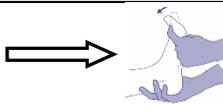
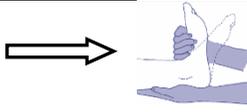
ITEM	QUESTÃO	CODIGOS/CATEGORIAS	Revisor
1.	Data de nascimento	____ / ____ / ____	
2.	Sexo	Masculino 1 Feminino 2	()
3.	Ocupação atual (referida)	_____	
4.	Qual a classificação operacional?	Paucibacilar 1 Multibacilar 2 Não definida 9	()
5.	Data de início da poliquimioterapia (PQT)	____ / ____ / ____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

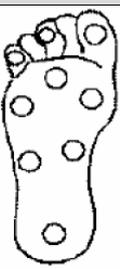
FACE	1 ^a / /		2 ^a / /		3 ^a / /	
Nariz	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ressecamento (S/N)						
Ferida (S/N)						
Perfuração de septo (S/N)						
Olhos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Fecha olhos s/ força (S/N mm)						
Fecha olhos c/ força (S/N mm)						
Triquíase (S/N) / Ectrópio (S/N)						
Dim. Sensibilidade córnea (S/N)						
Opacidade de córnea (S/N)						
Catarata (S/N)						
Acuidade visual						
Legenda: S = Sim; N = Não. Se lagofalmo (fecha olhos sem/com força N, registrar fenda em mm). Para Acuidade visual: S/C = sem correção; C/C = com correção.						

MEMBROS SUPERIORES	1 ^a / /		2 ^a / /		3 ^a / /	
Palpação dos nervos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ulnar						
Mediano						
Radial						
Legenda: N = Normal; E = Espessado; D = Dor						

Avaliação de força		1ª / /		2ª / /		3ª / /	
		D	E	D	E	D	E
Abrir dedo mínimo. Abdução do 5º dedo. (N. Ulnar)							
Elevar o polegar. Abdução do polegar. (N. Mediano)							
Elevar o punho. Extensão do punho. (N. Radial)							
Legenda: Graus de força: 5 = Realiza movimento completo contra gravidade e resistência máxima; 4 = Realiza o movimento completo contra gravidade com resistência parcial; 3 Realiza o movimento completo contra gravidade; 2 = Realiza o movimento parcial contra a gravidade; 1 = Contração muscular sem movimento; 0 = Paralisia (nenhum movimento)							
Avaliação sensitiva							
1ª / /		2ª / /		3ª / /			
D	E	D	E	D	E		
							
Legenda:				Monofilamentos			
Garra: Garra móvel = M Garra rígida: R		Ferida:  Reabsorção: 		Seguir códigos padronizados (ver instruções para cores e simbologia)			

MEMBROS INFERIORES	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Queixa principal						
Palpação dos nervos	D	E	D	E	D	E
Fibular						
Tibial posterior						
Legenda: N = Normal; E = Espessado; D = Dor						

Avaliação de força		1 ^a / /		2 ^a / /		3 ^a / /	
		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 (igual aos códigos para membro superior)							

Avaliação sensitiva					
1 ^a / /		2 ^a / /		3 ^a / /	
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	1 ^a		2 ^a		3 ^a		Sinais e sintomas	1 ^a		2 ^a		3 ^a		Sinais e sintomas	1 ^a		2 ^a		3 ^a	
		D	E	D	E	D	E		D	E	D	E	D	E		D	E	D	E		
0	Nenhum problema com os olhos, devido à hanseníase						Nenhum problema com as mãos, devido à hanseníase							Nenhum problema com os pés, devido à hanseníase							
1	Diminuição ou perda de sensibilidade						Diminuição ou perda da sensibilidade							Diminuição ou perda da sensibilidade							
2	Lagoftalmo e/ou ectrópio						Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas							Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas							
	Triquíase						Garras							Garras dos artelhos							
	Opacidade corneana central						Reabsorção							Reabsorção e/ou contração de tornozelo							
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m						Mão caída							Pé caído							

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			
1 ^a ____/____/____	Grau Soma OMP									
2 ^a ____/____/____	Grau Soma OMP									
3 ^a ____/____/____	Grau Soma OMP									

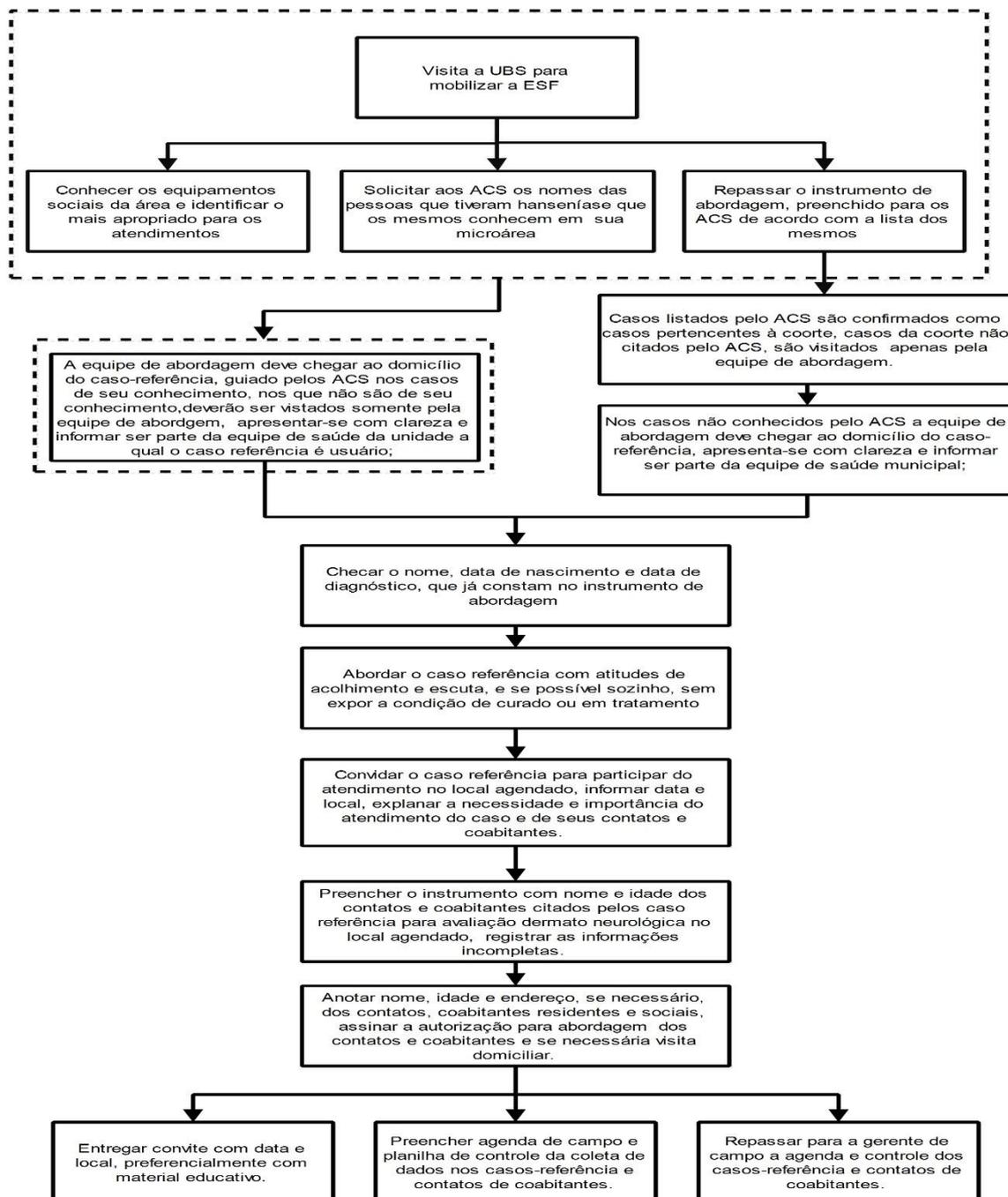
Grau máximo de incapacidade (OMS): registrar o maior Grau encontrado em qualquer das estruturas (olhos, mãos, pés) [opções: 0,1 ou 2].. Escore OMP: Soma do maior Grau atribuído para cada uma das estruturas examinadas (OD + OE + MD + ME + PD + PE), valor de 0 a 12.

Observações: (encaminhamentos tipo: UBS, Referência, especialidade médica, NASF, CAPS), descrever achados não relacionados com a hanseníase (ex: lesão de nervo radial por acidente, cegueira em decorrência de glaucoma, catarata por idade).

PARECER DO REVISOR:



ANEXO H - PROTOCOLO DE ABORDAGEM





ANEXO J - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA- UFPI



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46169715.2.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

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

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.115.818

Data da Relatoria: 17/07/2015

Apresentação do Projeto:

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

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.115.818

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Os termos de apresentação obrigatória estão anexados ao protocolo.

Recomendações:
Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
O protocolo de pesquisa está aprovado, porque encontra-se elaborado segundo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Considerações Finais a critério do CEP:
O CEP-UFPI/CMPP está aguardando os relatórios parciais e final da pesquisa.

TERESINA, 19 de junho de 2015

Assinado por:
Adrianna de Alencar Setúbal Santos
(Coordenador)

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

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