

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

IALLI ANTÔNIO FONTES DE MOURA

**PERFIL DE PACIENTES COM HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE PICOS DE 2001
A 2014**

PICOS - PIAUÍ
2016

IALLI ANTÔNIO FONTES DE MOURA

**PERFIL DE PACIENTES COM HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE PICOS DE 2001
A 2014**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí – Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, no período de 2015.2, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Ms. Suyanne Freire de Macêdo.

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

M929p Moura, Ialli Antônio Fontes de.
Perfil de pacientes com hanseníase no município de Picos de 2001 a 2014 / Ialli Antônio Fontes de Moura. – 2016.
CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (63f.)
Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2016.

Orientador(A): Prof^a. Ma. Suyanne Freire de Macêdo

1. Hanseníase-Fatores Socioeconômicos. 2. Hanseníase-Vulnerabilidade Social. 3. Hanseníase-Perfil Epidemiológico.
I. Título.

CDD 616.998

IALLI ANTÔNIO FONTES DE MOURA


**PERFIL DE PACIENTES COM HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE PICOS DE 2001
A 2014**

Monografia submetida à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí – Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, no período de 2015.2, como requisito parcial para a obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Ms. Suyanne Freire de Macêdo.

Aprovada em: 25 / 02 / 2016

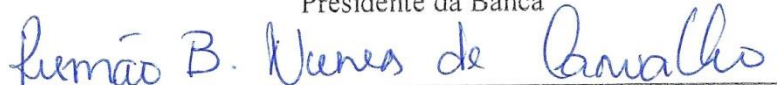
BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Ms. Suyanne Freire de Macêdo (Orientadora)

Universidade Federal do Piauí – UFPI

Presidente da Banca



Prof. Ms. Rumão Batista Nunes de Carvalho

Universidade Federal do Piauí – UFPI

1º Examinador



Enf. Esp. Eugênio Barbosa de Melo Júnior

Universidade Federal do Piauí – UFPI

2º Examinador

Dedico este trabalho a meu amado Deus e Pai **Jeová** (Salmo 83:18) e meu amado Rei **Jesus**, por seu amor leal e proteção eterna. Saibam que todas as minhas vitórias pertencem a Vocês... sabia que venceríamos. À minha amada esposa **Hanna**, por sempre me amar e proteger; À **Bia, Valdin** (Mainha e Paim) e **Moira** (Molovinha) pelo amor e o cuidado, amados pais e amada irmã; Aos meus melhores amigos **Lopes, Val, Maiky, Tércio, Hingo e Hulk** pelo amor leal e amizade eterna; À **Suyanne**, minha orientadora e aos meus examinadores **Eugênio, Rumão e Gilberto**, por aceitarem fazer parte desse momento tão especial da minha vida.

“Não tenha medo, pois estou com você. Não fique ansioso, pois eu sou o seu Deus. Vou fortalecê-lo, sim, vou ajudá-lo. Vou segurá-lo firmemente com a minha mão direita de justiça”.

(Isaías 41:10)

RESUMO

A realidade socioeconômica de uma determinada população pode influenciar o desenvolvimento da hanseníase e os fatores socioeconômicos parecem contribuir para a prevalência desse importante problema de saúde pública. Objetivou-se analisar o perfil socioeconômico de pessoas acometidas pela hanseníase no período de 2001 a 2014, residentes em quatro bairros com importantes taxas de prevalência da doença no município de Picos. Trata-se de um estudo de natureza descritiva e caráter transversal, realizado no período de agosto de 2015 a fevereiro de 2016, em uma amostra de 73 indivíduos acometidos pela hanseníase e notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação no período de 2001 a 2014. A coleta de dados foi realizada no período de setembro a novembro de 2015. Para a coleta de dados socioeconômicos utilizou-se o Instrumento Socioeconômico e Demográfico – Caso Referência validado pelo projeto INTEGRAHANS PIAUÍ e para a apuração de dados referentes às variáveis clínicas da hanseníase utilizou-se o banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Os dados foram analisados utilizando-se o programa estatístico SPSS versão 20.0, onde foram estipuladas frequências absolutas e relativas, média e relação estatística por meio de teste de qui-quadrado de Pearson. Na amostra estudada, acerca do sexo, 52,1% eram mulheres, sobre a faixa-etária 75,3% tinham idade igual ou superior a 45 anos, 58,9% eram pardos, quanto a escolaridade 27,4% possuíam do 1º ao 5º ano incompleto, acerca da situação de trabalho, 26% eram aposentados ou beneficiários em situação ativa, sobre a renda 58,9% recebiam de um a três salários mínimos, à respeito da situação conjugal 52,1% eram casados, quanto a moradia, 78,1% tinham residência fixa, Acerca do recebimento de benefícios 64,4% não recebiam Bolsa-família e 83,6% não eram contemplados com outros benefícios. Sobre as variáveis clínicas 37% desenvolveram a forma indeterminada, 54,8% eram paucibacilares e 82,2% não tiveram incapacidades. Houve relação significativa entre o sexo e a classificação operacional assim como entre o grau de incapacidade e a classificação operacional da hanseníase. Não pôde-se descartar a possibilidade de infecção ativa na região estudada, pois a multibacilaridade e as formas clínicas mais severas só estiveram em menor número no gênero feminino, sendo que entre homens as estimativas requerem devida atenção das entidades responsáveis, assim como à relativa presença de casos multibacilares, devido ao potencial transmissor e a ocorrência de incapacidades mais severas. Sugere-se maior investimento dos órgãos governamentais e de saúde em políticas de hanseníase voltadas para a população mais desfavorecida economicamente e socialmente.

Palavras-chave: Hanseníase. Fatores Socioeconômicos. Vulnerabilidade Social. Perfil de Saúde. Perfil Epidemiológico.

ABSTRACT

The socio-economic reality of a given population may influence the development of leprosy and socioeconomic factors appear to contribute to the prevalence of this important public health problem. This study aimed to analyze the socio-economic profile of people affected by leprosy from 2001 to 2014, residents in four districts with significant prevalence rates of the disease in the municipality of Picos. It is a study of descriptive and transversal, carried out from august 2015 to february 2016, in a sample of 73 individuals affected by leprosy and reported in the Notifiable Diseases Information System from 2001 to 2014. Data collection was carried out from september to november 2015. To collect socioeconomic data used the Instrument Socioeconomic and Demographic - Reference Case validated by INTEGRANS PIAUÍ project and to calculate data relating to clinical variables of leprosy we used the database Notifiable Diseases Information System. Data were analyzed using the statistical program SPSS version 20.0, which were set absolute and relative frequencies, mean and statistical relationship by the Pearson chi-square test. In this sample, about sex, 52.1% were women, over age group 75.3% were aged less than 45 years, 58.9% were brown, about 27.4% had schooling of 1^o to 5 incomplete year, about the work situation, 26% were retired or beneficiaries in active status, about 58.9% income received from one to three minimum wages, about the marital status 52.1% were married, as housing, 78.1% had fixed residence, benefit receipt of about 64.4% did not receive Bolsa Família and 83.6% were not provided with other benefits. About the clinical variables 37% developed indeterminate, 54.8% were paucibacillary and 82.2% had disabilities. There was a significant relationship between sex and operational classification as between the degree of disability and the operational classification of leprosy. It could not be ruled out the possibility of active infection in the study area because multibacillary and the most severe clinical forms only were fewer in females, and between men estimates require due attention of the responsible entities and the relative presence multibacillary cases due to the transmitter and the potential occurrence of more severe disabilities. It is suggested greater investment of government agencies and health aimed leprosy policies for the most economically disadvantaged and socially population.

Keywords: Leprosy. Socioeconomic Factors. Social Vulnerability. Health Profile. Profile Epidemiologist.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos participantes segundo as variáveis socioeconômicas. Picos – PI, 2016. (n=73).	24
Tabela 2	Caracterização dos participantes quanto aos benefícios sociais. Picos – PI, 2016. (n=73).	26
Tabela 3	Distribuição da hanseníase quanto à forma clínica, classificação operacional e grau de incapacidade. Picos – PI, 2016. (n=73).	27
Tabela 4	Relação entre a escolaridade dos participantes e o grau de incapacidade. Picos – PI, 2016. (n=73).	28
Tabela 5	Relação entre a renda salarial familiar e o grau de incapacidade dos participantes. Picos – PI, 2016. (n=73).	28
Tabela 6	Relação entre a forma clínica, o grau de incapacidade e a classificação operacional da hanseníase com o sexo dos participantes. Picos – PI, 2016. (n=73).	29
Tabela 7	Relação entre o grau de incapacidade e a classificação operacional da hanseníase. Picos – PI, 2016. (n=73).	30

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde.
BF	Bolsa Família.
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa.
CNS	Conselho Nacional de Saúde.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
MS	Ministério da Saúde.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
ONU	Organização das Nações Unidas.
OXFAM	Oxford Committee for Famine Relief.
PQT	Poliqimioterapia.
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação.
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences.
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UFPI	Universidade Federal do Piauí.
WHO	World Health Organization.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	14
2.1	Geral.....	14
2.2	Específicos.....	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1	Histórico e Epidemiologia da Hanseníase.....	15
3.2	Meios de Transmissão e Formas Clínicas.....	16
3.3	Diagnóstico e Tratamento.....	17
3.4	Fatores Socioeconômicos.....	18
4	METODOLOGIA	20
4.1	Tipo de estudo.....	20
4.2	Local e período do estudo.....	20
4.3	População e amostra.....	20
4.4	Coleta de dados.....	21
4.5	Análise dos dados.....	22
4.6	Aspectos éticos.....	22
5	RESULTADOS	24
6	DISCUSSÃO	31
7	CONCLUSÃO	38
	REFERÊNCIAS	40
	APÊNDICE	45
	APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados	46
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	55
	APÊNDICE C – Termo de Assentimento	57
	ANEXO	59
	ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP	60

1 INTRODUÇÃO

A realidade socioeconômica pode influenciar o desenvolvimento de doenças em uma determinada população. A hanseníase ou mal de Hansen parece ser a patologia mais frequentemente vinculada a essa realidade e fatores como gênero, renda e escolaridade, além de outros, podem contribuir para a manifestação dessa moléstia. Santos et al. (2010) afirmam que dentre os diferentes perfis socioeconômicos de cada região pode-se perceber a maior detecção de casos da doença em localidades caracterizadas por piores condições de vida e exclusão social.

Estudiosos têm verificado a relação entre fatores socioeconômicos e o desenvolvimento da hanseníase. Em relação ao sexo dos indivíduos, Pacheco, Aires e Seixas, (2014) afirmam que os homens são mais afetados pela doença e na maioria das vezes desenvolvem mais incapacidades que as mulheres. Outro fator influente no desenvolvimento do mal de Hansen é a baixa escolaridade. Quando uma população atingida pela hanseníase é avaliada acerca desse aspecto, comprova-se que a maioria dos indivíduos concluiu no máximo o nível fundamental ou são analfabetos (SOUZA et al., 2013; BARBOSA et al., 2012).

Assim, baixos índices de escolaridade podem dificultar muitos aspectos da vida de pessoas acometidas pela hanseníase, como o entendimento sobre informações relacionadas ao diagnóstico precoce e aos cuidados de saúde repassados nas atividades educativas da equipe de saúde responsável (MIRANZZI; PEREIRA; NUNES, 2010).

Outro fator que interfere na relação ser humano - hanseníase é a renda. Parte considerável das pessoas que sofrem da doença também enfrentam dificuldades financeiras que podem comprometer a saúde e o usufruto de hábitos saudáveis predispondo-as a situações propícias ao adoecimento. Além disso, as populações de baixa renda, em sua maioria, residem em locais insalubres, formados por conglomerados familiares, situação que favorece a transmissão e manutenção da doença (MEDEIROS et al., 2015).

Associado a esse fato, Franco et al. (2014) verificaram que a maioria dos “chefes” das famílias acometidas pela hanseníase possuem empregos desfavorecidos economicamente, que resultam em baixa renda e ocasionam dificuldades que podem influenciar tanto na infecção como na prevalência da patologia.

Enfim, o mal de Hansen pode estar relacionado há muitos outros fatores socioeconômicos. Quanto piores suas condições socioeconômicas, mais preocupantes podem ser os resultados encontrados. O Brasil é um dos países mais afetados pela desigualdade social e econômica, aspecto que reflete diretamente na prevalência da hanseníase. Dentre as regiões

mais atingidas por essa doença está a Nordeste, onde o estado do Piauí configura-se entre os que apresentam maior endemicidade, com detecção geral de casos elevada, demonstrando, assim, a intensa disseminação do bacilo e o déficit na atuação dos serviços de saúde responsáveis pelo diagnóstico e tratamento (SOUSA et al., 2012).

A cidade de Picos, município desse estado, foi identificada como altamente endêmica em relação à doença (BARBOSA, 2015). Há, nessa cidade, um conglomerado de bairros, responsáveis por importante prevalência da hanseníase no município e, além disso, caracterizados por condições socioeconômicas precárias, situação educacional insuficiente e baixa qualidade de saneamento básico (SOUZA et al., 2015).

Diante dessas informações surge a necessidade de investigações que possam servir de base para intervenções eficazes sobre a hanseníase nessa região. Como dito anteriormente, os fatores socioeconômicos tem evidente impacto sobre a relação entre a doença e as comunidades susceptíveis, colaborando para a prevalência e o surgimento de novos casos. Assim, qual seria a relação entre a realidade socioeconômica das pessoas acometidas e a hanseníase? Esse estudo torna-se relevante por responder essa pergunta, além de proporcionar informações que possam subsidiar ações de combate e controle do mal de Hansen.

Os enfermeiros, na maioria das vezes, consideram a hanseníase como importante problema de saúde pública, mas reconhecem ter dificuldades devido à falta de informações teóricas ou de capacitação sobre a doença. Muitos afirmam não ter segurança suficiente no momento de efetuar a suspeita da patologia e como resultado realizavam unicamente o encaminhamento para clínica especializada (FILHO; SANTOS; PINTO, 2010). Sendo assim, o presente trabalho também se mostra importante para o profissional enfermeiro, pois objetiva a elucidação de informações que possam ser usadas no norteamento da assistência e assim aperfeiçoar os cuidados oferecidos por esse importante profissional.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o perfil de pessoas acometidas pela hanseníase notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN no período de 2001 a 2014, residentes em quatro bairros com importantes taxas de prevalência da doença no município de Picos.

2.2 Específicos

- Caracterizar a amostra quanto às variáveis socioeconômicas;
- Caracterizar a amostra quanto às variáveis clínicas ao diagnóstico da hanseníase;
- Verificar a associação entre as variáveis escolaridade e renda mensal familiar com o grau de incapacidade;
- Averiguar a relação entre a variável sexo com a forma clínica, o grau de incapacidade e a classificação operacional;
- Investigar a existência de relação estatística entre a classificação operacional e o grau de incapacidade.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Histórico e Epidemiologia da Hanseníase

Apesar de temida por muitas comunidades nos dias atuais, a hanseníase, Mal de Hansen ou Lepra, é uma patologia totalmente curável e, se diagnosticada e tratada em tempo hábil, pode-se impedir ou pelo menos minimizar o surgimento de sequelas permanentes. O *Mycobacterium leprae* é seu agente causador, tratando-se de uma bactéria bacilar que ataca indivíduos susceptíveis. Uma vez que o doente começa a produzir uma grande quantidade de bacilos, alcança o estágio bacilífero, eliminando a bactéria por meio das vias aéreas superiores, infectando na maioria das vezes pessoas que mantêm um contato prolongado com o doente (LASTORIA; ABREU, 2012).

A hanseníase apegase a determinantes que ultrapassam a natureza intrínseca de cada indivíduo. Dentre eles, aqueles de natureza socioeconômica podem ser associados intimamente ao desenvolvimento da doença. Desde as épocas mais remotas a humanidade acometida pelo Mal de Hansen tem vivenciado desigualdades sociais e econômicas. A situação do mundo atual não é diferente.

De acordo com Oxford Committee for Famine Relief e Organização das Nações Unidas, (2016), comparando-se todos os continentes do planeta, a América Latina é o que expressa maiores desigualdades. No ano de 2014 houve concentração de mais de 70% de todos os recursos financeiros em apenas 10% da população total desse continente, considerada como a que possui mais recursos.

O Brasil, país latino-americano, enfrenta realidade similar. Medeiros, Souza e Castro (2015) avaliaram o grau e o desenvolvimento da desigualdade econômica na população adulta brasileira e identificaram que a renda do país é mais mal distribuída do que os indicadores básicos demonstravam, sendo que a décima parte mais rica da população retém grande parte da renda produzida no país.

Os problemas advindos da má distribuição de renda e recursos atingem direta e indiretamente as populações, podendo tornar precários os diversos campos da vida como saúde, educação e economia. Esses fatores podem ser predisponentes à aquisição e manutenção de diferentes doenças, especialmente a hanseníase.

O último relatório sobre a situação da hanseníase no mundo revelou que o Brasil ocupava a segunda posição em quantidade de casos novos (37.610 casos). Apenas a Índia

superava o país sul-americano (133.717 casos). Além disso, o Brasil é responsável por cerca de 93% de todos os casos detectados nas Américas (WHO, 2013).

Outra estimativa que demonstra a situação preocupante da hanseníase é o coeficiente de detecção em menores de 15 anos, importante indicador de prevalência da doença no país. O último boletim epidemiológico publicado pelo Ministério da Saúde demonstrou que nessa faixa etária há endemia muito alta, visto que foram detectados cerca de 4,8 novos casos por 100 mil habitantes, valores alarmantes (BRASIL, 2013).

Um dos obstáculos que mais dificulta o controle da doença é a persistência de áreas onde prevalece a pobreza, por serem regiões que mantêm condições de vida insuficientes, propícias à disseminação da hanseníase (BRASIL, 2010a).

3.2 Meios de Transmissão e Formas Clínicas

A hanseníase é transmitida entre humanos por contato direto e prolongado. As vias aéreas superiores são o canal preferencial de entrada do bacilo. Alguns estudos indicam que pode haver a passagem do *Mycobacterium leprae* da mãe para o filho através da placenta. Fatores como residir na mesma casa que o doente bacilífero por longos períodos potencializam as chances de transmissão (ARAÚJO, 2003). A hanseníase pode ser transmitida em maior potencial quando pessoas susceptíveis convivem no mesmo domicílio que os doentes, num período de cinco anos ou mais (BRASIL, 2010b).

Concordando com essa afirmação, o trabalho realizado por Dias et al. (2013) evidenciou que a maior parte dos indivíduos que desenvolveram hanseníase residia em aglomerados familiares, geralmente dividindo o mesmo quarto. Além disso, as moradias apresentavam ventilação e iluminação deficientes. Essas condições insalubres proporcionam a maior sobrevivência do bacilo que acaba por perdurar mais tempo no domicílio contribuindo substancialmente para a transmissão.

A respeito das formas clínicas da hanseníase, há mais de uma classificação. As mais aceitas são a de Madri criada em 1953 e da Organização Mundial da Saúde (OMS) preconizada em 1982 (WHO, 1982). No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) utiliza, para fins de tratamento poliquimioterápico, a classificação adotada pela OMS que categoriza os doentes como paucibacilares (até 5 lesões de pele) e multibacilares (mais de 5 lesões). No entanto, o MS utiliza-se também da Classificação de Madri para determinar as diferentes formas clínicas (SOARES, 2011).

A Classificação de Madri descreve quatro formas da hanseníase: indeterminada, tuberculóide, dimorfa e virchowiana. A primeira fase da doença, a indeterminada, geralmente progride para a cura ou, se não diagnosticada em tempo apropriado, pode evoluir para uma forma clínica mais grave. A segunda forma é a tuberculóide, caracterizada por uma ou mais lesões, aparentando nódulos ou pápulas geralmente dormentes, com limites visíveis. As formas anteriores são consideradas mais brandas. Por outro lado, as formas dimorfa e principalmente a virchowiana são mais graves. A primeira é marcada por desenvolver muitos nódulos. A forma virchowiana, por sua vez, manifesta proteção quase nula contra o bacilo, correspondendo a uma infecção mais ofensiva, podendo causar sérias deformidades e grave perda de sensibilidade das mãos e dos pés (BRASIL, 2014).

As formas dimorfa e virchowiana, consideradas mais graves, geralmente acometem pacientes que, além de apresentarem maior vulnerabilidade ao bacilo, demoram a procurar o serviço de diagnóstico, muitas vezes devido à falta de conhecimento sobre a doença, agravada por baixos índices de escolaridade e renda insuficiente.

Concordemente, Resende, Souza e Santana (2009) identificaram que a maioria dos pacientes acometidos por formas clínicas mais graves eram marcados por baixa escolaridade, além de serem desfavorecidos tanto economicamente como socialmente.

3.3 Diagnóstico e Tratamento

A anamnese e exame físico compõem basicamente o diagnóstico da hanseníase, que possui natureza clínica. Para diagnosticar a patologia realiza-se a investigação sensitiva e de força muscular, por meio de análises como a avaliação dermatoneurológica. Os dados descobertos durante o exame físico são avaliados juntamente com informações relacionadas às condições de vida do indivíduo além das características sociais e epidemiológicas em que o paciente está inserido (BRASIL, 2010a).

O tratamento padronizado pelo Ministério da Saúde é preconizado pela Organização Mundial da Saúde - OMS, composto pela poliquimioterapia (PQT), uma associação de drogas diferentes que diminuem as chances de resistência do bacilo aos medicamentos da terapia. A PQT é baseada na classificação operacional do paciente. O esquema para paucibacilares dura geralmente seis meses e é formado por seis cartelas contendo rifampicina e dapsona, ao passo que para os multibacilares o esquema é composto por doze cartelas com as drogas citadas anteriormente associadas à clofazimina, com duração aproximada de 12 meses (BRASIL, 2010b).

Inúmeros fatores podem ser colaboradores à demora para diagnosticar e tratar o Mal de Hansen e, em meio a eles, a escolaridade e a baixa renda parecem contribuir com o problema, uma vez que tem sido visto em muitos trabalhos que a baixa escolaridade foi associada ao desenvolvimento da doença, pois os acometidos possuíam menor capacidade de entender o processo patológico e dificuldades para procurar ajuda, retardando o diagnóstico (SOUZA et al., 2013; DIAS et al., 2013).

3.4 Fatores Socioeconômicos

Após a análise das informações prestadas, pôde-se visualizar mais claramente a relação entre os fatores socioeconômicos e o desenvolvimento da hanseníase. Barreto et al. (2012) afirmam que há muitos desafios para o controle de doenças como a hanseníase, devido às desigualdades que corroboram para uma baixa qualidade de vida social e financeira, resultado em maior prevalência de pessoas em condições desfavoráveis que contribuem para o desenvolvimento de patologias, principalmente daquelas já consideradas negligenciadas pelas entidades governamentais.

As dificuldades financeiras mostram-se preocupantes quando levado em conta os obstáculos no acesso e o eventual dispêndio de recursos que muitos doentes enfrentam para chegar ao serviço de saúde a fim de receber as cartelas e as doses supervisionadas do tratamento.

Arantes et al. (2010) descreveram que 92,6% dos pacientes não residia na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde que disponibilizava o tratamento e muitos afirmaram ter maiores gastos devido à distância que precisavam enfrentar, sendo que por vezes era obrigatório acessar mais de uma via de transporte para chegar ao local, resultando em prejuízo financeiro.

Budel et al. (2011) descreveram em seu estudo um maior adoecimento de pessoas do sexo masculino e média de idade em torno de 50 anos além de enfrentarem os efeitos incapacitantes provindos da multibacilaridade, com comprovado déficit na qualidade de vida.

Assim, acredita-se que diferentes contextos como o sexo e a idade podem interferir em maiores ou menores chances de desenvolver o mal de Hansen. É provável que homens em idade produtiva, por precisarem manter o sustento familiar, disponham de menos tempo para acessar as entidades de saúde, o que contribui para aumento do intervalo de tempo entre a infecção e o desenvolvimento da patologia, acarretando maior morbidade.

Sejam quais forem os fatores envolvidos, é importante que as entidades responsáveis invistam na investigação e provimento de informações que sirvam para demonstrar as necessidades individuais e coletivas da população, sejam elas sociais, econômicas ou de outras naturezas.

Esses dados são essenciais para evidenciar as vulnerabilidades e poder subsidiar intervenções que visem amenizar os problemas e melhorar o acesso ao diagnóstico precoce, tratamento e controle desse importante e ainda prevalente problema de saúde pública.

4 METODOLOGIA

O presente estudo surgiu de um projeto de pesquisa maior, intitulado: INTEGRANS PIAUÍ: Abordagem Integrada de Aspectos Clínicos, Epidemiológicos (espaço-temporais), Operacionais e Psicossociais da Hanseníase em Municípios Piauienses de Alta endemicidade.

4.1 Tipo de estudo

Esse trabalho possui natureza descritiva e caráter transversal, haja vista que pesquisas denominadas descritivas envolvem-se, como o próprio nome as define, em determinar uma população ou evento específico e descrever suas características (GIL, 2010).

Uma pesquisa de caráter transversal é utilizada quando o pesquisador interessa-se em realizar uma estimativa das características de uma determinada população, em um dado período do tempo, isto é, a pesquisa transversal realiza a análise das informações de uma amostra escolhida de uma população específica, em certo momento do tempo e retorna ao pesquisador um perfil sobre essa amostra (ROUQUAYROL, 2013).

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado no período de agosto de 2015 a fevereiro de 2016, em uma área formada por quatro bairros localizados na cidade de Picos, Piauí, sendo eles: São Vicente, São José, Aerolândia e Morada do Sol, que foram escolhidos por serem interligados e por estarem entre os que apresentam maior prevalência de hanseníase no município, além de formarem um conglomerado, representado por características socioeconômicas precárias, problemas de saneamento básico e baixo índice educacional (SOUZA et al., 2015).

4.3 População e amostra

A população estimada incluiu pessoas que tiveram hanseníase, residentes na área abrangente do presente estudo, correspondendo a 139 indivíduos. Essa população abrangeu pessoas notificadas e não notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Por meio do SINAN é possível fazer o registro de doenças de notificação compulsória, sendo de escolha dos estados e municípios acrescentar outros problemas de saúde considerados importantes para a região. Esse sistema fornece subsídios para a atuação sobre problemas de saúde que afetam as populações (BRASIL, 2016).

Para a amostra do presente estudo optou-se por incluir apenas pessoas que foram devidamente notificadas no SINAN, pois seria necessário coletar informações registradas ao momento do diagnóstico e notificação, como o grau de incapacidade, forma clínica e classificação operacional, presentes apenas nesse sistema. Foi investigada juntamente ao SINAN a presença de pessoas notificadas nos anos de 2001 a 2014, período de abrangência desse estudo. Para a composição da amostra foram definidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Os critérios de inclusão foram:

- Ter sido notificado no SINAN no período de 2001 a 2014;
- Participar de todas as etapas da pesquisa.

Os critérios de exclusão dessa pesquisa foram:

- Indivíduos que haviam falecido;
- Indivíduos que não aceitaram participar da pesquisa;

Após a análise dos critérios de inclusão e exclusão citados acima, a amostra final ficou constituída de 73 participantes.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de setembro a novembro de 2015. Foi feita também uma reunião com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) visto que esses são os profissionais que mais conhecem a realidade local e auxiliariam a encontrar as casas das pessoas acometidas pela hanseníase que seriam convidadas a participar do presente estudo.

A equipe de pesquisa e coleta de dados também recebeu capacitação sobre os exames de diagnóstico clínico e o preenchimento dos instrumentos.

Após isso, uma equipe capacitada realizou a abordagem nas casas dos indivíduos-alvo do estudo e os convidaram a participar da pesquisa, realizada em um local próprio escolhido previamente e executada por pessoas capacitadas.

As pessoas-alvo da pesquisa participaram da coleta de dados socioeconômicos que era feita a partir de perguntas presentes em instrumento de investigação específico, a saber, “Instrumento Socioeconômico e Demográfico – Caso Referência” validado pelo projeto INTEGRAHANS PIAUÍ (APÊNDICE A).

As variáveis socioeconômicas utilizadas desse instrumento no presente estudo foram: sexo, faixa etária, cor auto-referida, escolaridade, contexto geral de trabalho, renda mensal familiar, estado conjugal, situação de moradia e benefícios sociais (Bolsa Família e outros benefícios). A coleta de dados referentes às variáveis clínicas ao diagnóstico (grau de incapacidade, forma clínica e classificação operacional) foi efetuada por meio do acesso ao SINAN, com auxílio de profissional autorizado, da Vigilância Epidemiológica de Picos, Piauí.

4.5 Análise dos dados

Os dados foram digitalizados a partir do “Instrumento Socioeconômico e Demográfico – Caso Referência” de cada entrevistado e repassados para o software *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS*, versão 20.0. Nesse programa foram realizadas frequências absolutas e relativas, além da média aritmética das variáveis estudadas. Também foi efetuado o teste estatístico quiquadrado de Pearson, para averiguar a presença de relação estatística significativa entre: (1) as variáveis escolaridade e renda mensal familiar com a variável clínica grau de incapacidade ao diagnóstico; (2) a variável sexo e as variáveis clínicas forma clínica, grau de incapacidade ao diagnóstico e classificação operacional e; (3) as variáveis clínicas classificação operacional e grau de incapacidade. Posteriormente os dados foram descritos em tabelas para melhor explanação dos resultados.

4.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CEP-UFPI) sob o parecer nº 1.115.818 (ANEXO A). O CEP-UFPI é o órgão responsável pelas regulamentações de pesquisas que utilizam seres humanos. Garantiram-se aos entrevistados os princípios de completo sigilo e proteção dos dados além de alertá-los quanto à possibilidade de riscos mínimos de provável constrangimento, semelhantes ao risco provindo de atividades comuns ao dia-a-dia. As informações coletadas foram usadas apenas para fins científicos. Os participantes da pesquisa serão beneficiados

com o conhecimento da situação de saúde com relação à hanseníase e os benefícios gerais correspondem ao conhecimento da situação de saúde e de vulnerabilidade que poderão formar subsídios para a atuação das entidades governamentais e de saúde podendo, assim, agir em comunidades e áreas mais propensas a manifestação da hanseníase.

O presente estudo segue as orientações recomendadas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) responsável por trabalhos científicos que utilizam seres humanos (BRASIL, 2012a). Aqueles que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) ou o Termo de Assentimento (APÊNDICE C) para menores de idade, compostos em duas vias, uma para o participante e outra para o pesquisador.

5 RESULTADOS

Nessa fase do estudo será possível observar o conjunto de dados coletados e organizados em tabelas onde estão as variáveis socioeconômicas e clínicas relacionadas à amostra de 73 entrevistados.

Não houve diferença significativa entre os sexos, sendo que maioria dos indivíduos era do sexo feminino (52,1%). Com relação à faixa-etária a menor idade encontrada foi 9 anos e a maior foi 82, com média de $52,5 \pm 17,5$ anos, onde a maioria apresentou idade igual ou maior que 45 anos (75,3%). Acerca da cor auto-referida, 58,9% auto declararam-se pardos, em relação à escolaridade a maioria dos indivíduos tinha participado do 1º ao 5º ano incompleto (27,4%). Chama-se atenção para a quantidade significativa de analfabetos (16,4%).

Quando indagados sobre o contexto de trabalho foi identificado que 26% enquadravam-se no perfil de aposentado ou beneficiário em situação ativa. No entanto é necessário ater-se ao percentual de trabalhadores informais (21,9%) e de aposentados ou beneficiários em estado inativo (15,1%). Apenas 17,8% dos entrevistados ocupavam trabalho formal.

Acerca da renda salarial familiar os resultados demonstraram média de $2 \pm 0,6$ salários. A maioria dos entrevistados recebia de um a menos de quatro salários mínimos (58,9%), apesar de verificar-se importante parcela de indivíduos com menos de um salário (20,5%). A respeito do estado conjugal, 52,1% encontravam-se casados ou em união estável e a situação de moradia revelou que apesar de 78,1% residirem em moradia fixa, quantidade importante de entrevistados encontrava-se em moradias alugadas ou temporárias (21,9%) como é possível constatar na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes segundo as variáveis socioeconômicas. Picos – PI, 2016. (n=73).

Variáveis	n	%
1. Sexo		
Feminino	38	52,1
Masculino	35	47,9
2. Faixa Etária		$52,5^{\dagger} \pm 17,5$
01 – 14	2	2,7

15 – 44	16	21,9
≥ 45	55	75,3

3. Cor (autorreferida)

Branca	11	15,1
Parda	43	58,9
Negra	16	21,9
Amarela	3	4,1

4. Escolaridade

Analfabeto	12	16,4
1° ao 5° ano incompleto	20	27,4
5° ano completo	8	11
6° ao 9° ano incompleto	4	5,5
9° ano completo	3	4,1
Médio incompleto	3	4,1
Médio completo	13	17,8
Superior completo	4	5,5
Superior incompleto	2	2,7
Não sabe	4	5,5

5. Contexto geral de trabalho

Não trabalha	7	9,6
Trabalho formal	13	17,8
Ativo/Aposentado/Benefício	19	26
Inativo/Aposentado/Benefício	11	15,1
Dona de casa	5	6,8
Trabalho informal	16	21,9

Outra	2	2,7	
6. Renda mensal familiar			$2^{\dagger} \pm 0,6$
Menos que 1 salário mínimo	15	20,5	
1 a <4 salários mínimos	43	58,9	
\geq a 4 salários mínimos	15	20,5	
7. Estado conjugal			
Casado/união estável	38	52,1	
Solteiro	18	24,7	
Divorciado/viúvo	17	23,2	
8. Situação de moradia			
Moradia fixa	57	78,1	
Aluguel/Temporária	16	21,9	

FONTE: dados da pesquisa.

\dagger Média;

Acerca do recebimento de benefícios sociais, a maioria dos entrevistados declarou não ser cadastrada e não receber o benefício Bolsa Família (64,4%). 83,6% dos participantes não eram contemplados com outros benefícios sociais (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização dos participantes quanto aos benefícios sociais. Picos – PI, 2016. (n=73).

Variáveis	n	%
1. Bolsa Família	47	64,4
Não, não tem cadastro	6	8,2
Não, mas fez cadastro	13	17,8
Sim, bolsa família ativa	6	8,2
Sim, atualmente inativo	1	1,4
Não sabe	61	83,6
2. Acesso a outros benefícios sociais	11	15,1

Não	1	1,4
Sim	11	15,1
Não sabe	1	1,4

FONTE: dados da pesquisa.

A forma clínica mais predominante foi a indeterminada (37%), seguida de perto pela forma dimorfa (31,5%). No que se refere à classificação operacional 54,8% foram classificados como paucibacilares. O grau de incapacidade mais comum foi zero (82,2%), apesar de ter sido deparados indivíduos com grau 1 e 2 (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da hanseníase quanto à forma clínica, classificação operacional e grau de incapacidade. Picos – PI, 2016. (n=73).

Variáveis	n	%
1. Forma Clínica		
Indeterminada	27	37
Tuberculóide	12	16,4
Dimorfa	23	31,5
Virchowiana	11	15,1
2. Classificação Operacional		
Paucibacilar	40	54,8
Multibacilar	33	45,2
3. Grau de incapacidade		
Grau Zero	60	82,2
Grau 1	11	15,1
Grau 2	2	2,7

FONTE: dados da pesquisa.

Não foi observada relação estatística importante entre a escolaridade e o grau de incapacidade (Tabela 4).

Tabela 4 – Relação entre escolaridade dos participantes e o grau de incapacidade. Picos – PI, 2016. (n=73).

	Grau de incapacidade						p valor [†]
	0		1		2		
	n	%	n	%	n	%	
Escolaridade							0,476
Analfabeto	9	75	3	25	-	-	
1° ao 5° ano incomp.	18	90	2	10	-	-	
5° ano completo	6	75	1	12,5	1	12,5	
6° ao 9° ano incomp.	4	100	-	-	-	-	
9° ano completo	2	66,7	1	33,2	-	-	
Médio incompleto	3	100	-	-	-	-	
Médio completo	10	76,9	3	23,1	-	-	
Superior completo	4	100	-	-	-	-	
Superior incompleto	2	100	-	-	-	-	
Não sabe	2	50	1	25	1	25	

FONTE: dados da pesquisa.

[†]Teste Quiquadrado (χ^2) de Pearson.

De acordo com a tabela 5, é possível perceber que não houve relação estatística significativa entre a renda salarial familiar e o grau de incapacidade ($p>0,05$).

Tabela 5 – Relação entre a renda salarial familiar e o grau de incapacidade dos participantes. Picos – PI, 2016. (n=73).

	Grau de incapacidade						p valor [†]
	0		1		2		
	n	%	n	%	n	%	
Renda Salarial Familiar							0,181
Menos que 1 salário mínimo	13	86,7	2	13,3	-	-	
1 a <4 salários mínimos	37	86	4	9,3	2	4,7	

≥ a 4 salários mínimos 10 66,7 5 33,3 - -

FONTE: dados da pesquisa.

[†]Teste Quiquadrado (χ^2) de Pearson.

No presente estudo não houve significância estatística entre o sexo dos entrevistados e a forma clínica e grau de incapacidade (Tabela 6).

Porém, o sexo masculino obteve maiores frequências da forma clínica dimorfa (40%) e no gênero feminino houve maior presença da forma indeterminada (41,1%).

Na Tabela 6, é possível perceber a presença de relação significativa entre o sexo dos entrevistados e a respectiva classificação operacional ($p < 0,05$). Nota-se que 57,1% dos entrevistados do sexo masculino foram classificados com a classificação multibacilar da hanseníase, ao passo que, das pessoas do gênero feminino, 65,8% foram diagnosticadas com a classificação paucibacilar.

Tabela 6 – Relação entre a forma clínica, o grau de incapacidade e a classificação operacional da hanseníase com o sexo dos participantes. Picos – PI, 2016. (n=73).

	Forma clínica								p valor [†]
	Indeterminada		Tuberculóide		Dimorfa		Virchowiana		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo									0,126
Masculino	11	31,4	3	8,6	14	40	7	20	
Feminino	16	41,1	9	23,7	9	23,7	4	10,5	
	Grau de incapacidade						p valor [†]		
	0		1		2				
	n	%	n	%	n	%			
Sexo							0,523		
Masculino	27	77,1	7	20	1	2,9			
Feminino	33	86,8	4	10,5	1	2,6			

	Classificação operacional				
	Paucibacilar		Multibacilar		
	n	%	n	%	
Sexo					0,049
Masculino	15	42,9	20	57,1	
Feminino	25	65,8	13	34,2	

FONTE: dados da pesquisa.

[†]Teste Quiquadrado (χ^2) de Pearson.

A partir da análise dos dados expostos na tabela 7 é possível verificar relação estatisticamente significativa entre o grau de incapacidade e a classificação operacional da hanseníase ($p < 0,05$). Os casos multibacilares apresentaram maior frequência de grau 1 em relação aos paucibacilares (27,3% versus 5% respectivamente).

Tabela 7 – Relação entre o grau de incapacidade e a classificação operacional da hanseníase. Picos – PI, 2016. (n=73).

	Grau de incapacidade						p valor [†]
	0		1		2		
	n	%	n	%	n	%	
Classificação operacional							0,006
Paucibacilar	38	95	2	5	-	-	
Multibacilar	22	66,7	9	27,3	2	6,1	

[†]Teste Quiquadrado (χ^2) de Pearson.

6 DISCUSSÃO

De acordo com World Health Organization (2010) e com o Ministério da Saúde (2012b) o acometimento pela hanseníase demonstra-se maior em pessoas do sexo masculino em uma proporção de 2:1. Apesar disso, o presente trabalho detectou uma maior frequência de indivíduos do sexo feminino (52,05%), situação semelhante a outros estudos (AMARAL; LANA, 2008; PINTO et al., 2010; MONTENEGRO et al., 2011; BATISTA et al., 2011).

Dias e Pedrazzanl (2008) verificaram o aumento gradativo da detecção de hanseníase em pessoas do sexo feminino. Segundo os autores, esse fato pode estar relacionado às melhorias progressivas na Atenção Primária à Saúde que aumentou o acesso ao diagnóstico nessa população. Conforme é afirmado por Gomes, Nascimento e Araújo (2007) pessoas desse gênero também realizam maior procura aos serviços de saúde quando comparadas à população masculina. Melão et al. (2011) acrescentam que há mais programas de saúde relacionados ao público feminino, o que corrobora para a maior busca dos serviços de saúde por pessoas desse gênero. Além disso, os homens tem tido menos preocupação com relação à estética, beleza e saúde, diferentemente das mulheres que por esses e outros motivos procuram mais esses serviços, tendo maior acesso ao diagnóstico.

A faixa etária que obteve maior número foi de indivíduos com idade igual ou superior a 45 anos. Vilela e Rocha (2011) evidenciaram ocorrência da hanseníase em uma faixa etária ainda maior, formada por indivíduos com idade entre 51 a 70 anos (70%). Baldan e Santos (2012) identificaram em seu trabalho maior frequência de hanseníase em indivíduos com idade entre 40 e 69 anos (62%).

Conforme Oliveira, Leão e Brito (2014) a hanseníase possui prolongado período de incubação de aproximadamente dois a sete anos. Esse fato pode estar relacionado à manifestação da doença em idades maiores, encontradas no presente estudo.

Vale ressaltar que apesar de ter sido deparada uma maior proporção da doença na faixa etária equivalente a 45 anos ou mais, dentro dessa faixa a maioria (61,65%) apresentou idade de 45 a 60 anos (idade ativa). Como a segunda maior parcela foi de indivíduos com idade de 15 a 44 (21,9%), acredita-se que o presente estudo é formado em grande parte por pessoas em fase produtiva de vida.

De acordo com Brito et al. (2014) há concordância nos meios científicos de que a faixa etária economicamente ativa (em torno de 20 a 60 anos) geralmente é a mais afetada pela hanseníase. Aquino et al. (2003) acreditam que há maior acometimento pela doença na fase produtiva de vida, o que resulta em profundos prejuízos econômicos e sociais.

Também foram identificados casos da patologia em menores de 15 anos. Apesar de terem sido apenas dois casos, aconselha-se devida atenção dos serviços de saúde, isso porque a hanseníase tem longo período de incubação e o eventual acometimento nos primeiros 15 anos de vida pode evidenciar infecção precoce e existência de transmissão ativa da hanseníase no município de estudo (BRASIL, 2007).

Esse trabalho deparou-se com uma significativa parcela de indivíduos autodenominados pardos. Schlickman e Guerino (2012) observaram resultados semelhantes. De acordo com os autores não se pode concluir, no entanto, que a cor predispõe o indivíduo à maior chance de desenvolver a doença, haja vista que a avaliação de outros trabalhos pôde revelar que a cor auto-referida pela maioria dos doentes também é a mais prevalente nos habitantes da região estudada.

Brito et al. (2014) demonstraram em seu estudo que a cor parda foi encontrada em maioria, concordando com a afirmação de Schlickman e Guerino (2012). Concluem ainda que pacientes oriundos do nordeste geralmente identificam-se como pardos, resultado da grande supremacia desse tipo de cor na referida região.

Acerca da situação de moradia os dados revelaram que a maioria dos entrevistados (78,1%) residia em moradia fixa. Assemelharam-se aos dados encontrados as informações do perfil socioeconômico traçado por Lopes e Rangel (2014) onde a maioria dos participantes (57,5%) também residia em casa própria. Os autores destacaram ainda que 15,2% viviam em casa cedida pela prefeitura ou por familiares e amigos, destacando assim a importância do auxílio provindo do município, familiares e amigos como grande ajuda para diminuir a gravidade do estado socioeconômico vivenciado pelos indivíduos acometidos pela hanseníase.

Por outro lado, houve importante registro de indivíduos que residiam em casas alugadas ou temporárias. Esse fator provavelmente está vinculado à relevante parcela de entrevistados com baixa renda encontrada no presente estudo que implica em dificuldades para pagar aluguel e ainda maiores desafios para comprar um imóvel próprio. Esse fator pode ser indicativo de renda insuficiente e acredita-se que pode contribuir para condições favoráveis à prevalência e ao agravamento da hanseníase.

Em relação à escolaridade, a maioria dos indivíduos possuía ensino fundamental incompleto, dados similares aos encontrados por Mesquita et al. (2014) que detectaram supremacia do respectivo grau de instrução (62%). Também foi encontrada importante taxa de analfabetismo, semelhante ao estudo realizado por Brito et al. (2014). A literatura tem concordado a respeito da existência de relação entre poucos anos de estudo e desenvolvimento

da hanseníase (MORAIS et al., 2012; VIEIRA et al., 2015). Provavelmente, baixos índices de escolaridade influem em menor conhecimento, demora para procurar o diagnóstico e dificuldade de entendimento da doença, inclusive de noções de auto cuidado e tratamento por meio da educação em saúde. A equipe de saúde deve preparar atividades educativas para a comunidade e ater-se a uma linguagem apropriada ao público de menor escolaridade, objetivando a melhor compreensão do tema abordado (AMARAL; LANA, 2008; RIBEIRO, 2012).

Acerca do estado conjugal a maioria foi formada por casados ou em união estável. Baldan e Santos (2012) confrontaram resultados semelhantes (56%). Silva et al. (2015) expressaram que a transmissão da hanseníase foi intensamente influenciada pelo contato familiar prolongado, visto que 81,64% dos participantes acometidos pela doença mantinham esse tipo de contato. Conte et al. (2009) 23% daqueles que sabiam a fonte de infecção afirmaram acreditar ter contraído a doença dos próprios cônjuges. Sendo assim sugere-se que a atenção por parte da equipe de saúde seja redobrada sobre aqueles que exibem contato duradouro com o paciente, sobretudo os que o mantém de modo prolongado, como os cônjuges.

A maior parte dos entrevistados afirmou trabalhar ativamente mesmo sendo aposentados ou beneficiários. Seixas, Loures e Mármora (2015) demonstraram prevalência de aposentados (56,2%), porém inativos no mercado de trabalho. De acordo com os autores, a maior frequência de indivíduos aposentados pode estar relacionada às sequelas incapacitantes ocasionadas pela hanseníase, impossibilitando o indivíduo de exercer normalmente sua rotina de trabalho, levando-o a aposentadoria.

Esse estudo chama atenção para a maior quantidade de trabalhadores informais em comparação àqueles em situação formal. Divergiram desses resultados aqueles encontrados por Montenegro et al. (2011) que identificaram maioria de indivíduos com vínculo empregatício formal (53,3%).

Assim sendo, no presente estudo a baixa frequência de profissionais formalizados pode ter sido influenciada pelo estigma e preconceito com que a sociedade observa as pessoas acometidas pela hanseníase, dificultando a contratação e a formalização de empregos para essa população.

O fato de terem sido identificados mais indivíduos com emprego informal do que formal pode estar vinculado ao que foi descrito por Silva et al. (2015). Os autores afirmaram que a maioria das pessoas com hanseníase provém de populações com menos escolaridade e

renda insuficiente, o que dificulta a obtenção de cargos de melhor prestígio, ocasionando a ocupação de trabalhos instáveis e precariamente remunerados.

Acerca da renda salarial familiar a maioria recebia de um a três salários mínimos, mesmo resultado encontrado por Baldan e Santos (2012). Os autores demonstraram que a maioria da amostra (90%) vivia com uma renda de um a três salários mínimos, e consideraram essa renda como baixa. Mesquita et al. (2014) também evidenciaram resultados parecidos (72,5%) e afirmaram que os doentes tinham uma condição financeira desfavorecida.

Esse estudo também deparou quantidade importante de pessoas com menos de um salário (20,5%). Conforme Silva et al. (2015) a análise da literatura demonstra que grande parte das pessoas acometidas pela hanseníase recebem salários inferiores, em parte devido à ocupação de empregos socialmente desfavorecidos e que necessitam de pouco ou nenhum grau de escolaridade.

A maioria dos entrevistados declarou não receber Bolsa Família ou outros benefícios sociais. Semelhante às evidências desse estudo, Lopes e Rangel (2014) observaram que 66,7% dos participantes da pesquisa não eram contemplados com o recebimento de nenhum tipo de benefício social.

Levando em conta que a população afetada pela hanseníase geralmente enfrenta dificuldades em varias áreas da vida, o auxílio, seja ele financeiro ou de outras naturezas é importante para amenizar a situação econômica e social dos acometidos.

Hoffmann e Ney (2008) afirmam que, nos últimos anos, houve uma melhoria nos programas de transferência de renda do governo brasileiro para a diminuição das desigualdades econômicas e sociais e nota-se que ocorreram melhorias na vida das populações mais carentes.

Todavia, Lopes e Rangel (2014) recomendam que os órgãos governamentais não devem restringir-se apenas à transferência de recursos de caráter individual, mas esforçar-se para enfrentar a hanseníase no âmbito coletivo, investindo em medidas que não apenas amenizem os sintomas, mas sane de fato os problemas advindos da doença.

Acerca das variáveis clínicas da hanseníase, comparando as formas clínicas iniciais e avançadas, as primeiras (indeterminada e tuberculóide) foram mais frequentes, equiparando-se aos dados encontrados por Batista et al. (2011). Os autores concordam que a identificação de formas iniciais da hanseníase indica que houve procura relativamente hábil por diagnóstico, pois os entrevistados foram diagnosticados antes da evolução para as formas avançadas, mais severas e incapacitantes.

No entanto, observando os dados de maneira individual a segunda forma mais frequente foi a dimorfa, sugerindo diagnóstico tardio. Araújo et al. (2014) indicaram que a maioria dos participantes do seu estudo (46,5%) manifestou a forma clínica dimorfa. Segundo os autores o acometimento de pacientes com as formas clínicas avançadas (dimorfa ou virchowiana) caracteriza diagnóstico tardio resultando em manutenção do ciclo de transmissão, além de potencializar o desenvolvimento de incapacidades físicas e sequelas neurais nos indivíduos afetados.

Apesar de não haver diferença significativa, a maior parte dos participantes da pesquisa foi classificada como paucibacilares, resultados semelhantes aos encontrados por Simpson, Fonseca e Santos (2010), também com leve diferença entre as classificações. Imbiriba et al. (2008) admitem que a maior identificação de paucibacilares corresponde à diagnóstico precoce e eficácia dos serviços que realizam essa atividade. No entanto, é essencial destacar que a diferença percentual foi pequena, o que implica em importante presença de multibacilares, cenário preocupante devido ao poder de transmissão e de adoecimento advindo dessa classificação.

Amaral e Lana (2008) concordam com essa possibilidade e alertam que esse fenômeno pode ser indicativo de diagnóstico tardio e em consequência disso a cadeia de transmissão prevalece por mais tempo, sobretudo porque a multibacilaridade possui maior potencial de disseminação de bacilos.

Acerca do grau de incapacidade, o grau zero foi mais prevalente. Essa estimativa sugere que os doentes foram diagnosticados precocemente, visto que o tempo entre a infecção e o diagnóstico foi relativamente curto o suficiente para impedir o surgimento de incapacidades. Todavia, devem ser levados em conta que quantidade importante de participantes apresentavam grau 1 de incapacidade. Esse dado pode indicar que o diagnóstico da hanseníase foi feito tardiamente, pois a hanseníase requer tempo considerável para o desenvolvimento de incapacidades desde a infecção pelo bacilo até o surgimento de sequelas.

Filho (2012) identificou em seu estudo grande quantidade de doentes com algum grau de incapacidade ao diagnóstico. Segundo o autor, a manifestação de graus 1 ou 2 relacionam-se à confirmação tardia da doença e recomenda maior investimento em atividades educativas à comunidade para que essa procure o serviço de saúde com antecedência, além de aumentar a escala de diagnóstico precoce podendo assim iniciar o tratamento antes do desenvolvimento de lesões incapacitantes.

O cruzamento estatístico entre a escolaridade e a renda com a variável clínica grau de incapacidade não resultou em relação estatística significativa, no entanto, outros estudos

obtiveram resultados diferentes. Ribeiro (2012) evidenciou significância estatística demonstrando que os indivíduos que cursaram oito anos de estudo ou menos apresentaram maior probabilidade de desenvolver incapacidades.

Acerca da relação entre a renda e o grau de incapacidade, Guimarães (2013) evidenciaram dados diferentes do presente estudo, indicando que há desenvolvimento de maior grau de incapacidade em indivíduos com renda igual ou inferior a um salário mínimo.

Bernardes et al. (2009) relacionam poucos anos de estudo e baixa renda a maiores chances de desenvolvimento de incapacidades físicas, ocasionando maior necessidade de cuidados de saúde. Além disso, Araújo et al. (2014) acrescentam que quanto menores os níveis de escolaridade mais deficitária é a renda familiar, sendo esses importantes problemas à manutenção da saúde.

Não foi observada relação estatística significativa entre o sexo e a forma clínica da hanseníase. No entanto, é evidente que o sexo masculino foi mais frequentemente acometido por formas clínicas mais graves, ou seja, dimorfa e virchowiana, assim como o gênero feminino esteve associado às formas iniciais da hanseníase. Imbiriba et al. (2009) obtiveram similaridade, haja vista que as formas avançadas acometeram mais homens, sobretudo a dimorfa, sendo que as mulheres formas descritas em maior quantidade com as formas iniciais.

A maior frequência das formas iniciais da hanseníase no gênero feminino, com enfoque na forma indeterminada pode estar relacionada ao que foi tratado anteriormente por Melão et al. (2011), ou seja, as mulheres têm mais acesso aos serviços de saúde, além disso a maioria preocupar-se mais com a saúde e a aparência física resultando em diagnóstico da doença ainda nas fases iniciais.

Apesar de não ter sido observada relação estatística entre as variáveis sexo e grau de incapacidade o gênero feminino esteve ligado ao grau zero e o grau 1 prevaleceu entre homens, dados similares aos encontrados por Queirós (2014). Amaral e Lana (2008) associaram a presença de incapacidades ao sexo masculino e recomendam que a atenção em saúde seja ampliada sobre aqueles doentes que sofrem de incapacidades iniciais, pois além de causar danos, podem agravar-se, sobretudo se não realizado o devido tratamento.

Acredita-se que há poucas políticas de saúde direcionadas aos homens, e a verificação de que esse público tem sido mais acometido por incapacidades sugere a necessidade de maior investimento das entidades governamentais e de saúde em ações que dêem maior atenção e oferta de serviços de saúde ao gênero masculino.

Na relação entre o sexo dos entrevistados e a classificação operacional o gênero masculino esteve relacionado à multibacilaridade e o feminino à classificação paucibacilar. A

análise da maioria dos estudos indica que homens são mais acometidos pela classificação mais grave da hanseníase. Dentre eles, Vásquez, Parente e Pedrosa (2008) contemplaram que a multibacilaridade ocorreu mais nos indivíduos do sexo masculino (79,9%) do que no gênero feminino (20,1%), obtendo resultados estatisticamente similares aos encontrados nesse estudo.

A classificação operacional esteve relacionada ao grau de incapacidade, com paucibacilaridade ligada ao grau zero e multibacilaridade associada ao grau 1, dados similares aos de Lima et al. (2009). Além disso, Ribeiro Júnior e Caldeira (2012) evidenciaram que um doente multibacilar possui nove vezes mais chances de apresentar incapacidades físicas. A detecção de incapacidades pode indicar que o diagnóstico está ocorrendo tardiamente. Os autores aconselham os municípios envolvidos a investir em capacitação profissional e na busca ativa de casos a fim de diagnosticar doentes precocemente evitando o desenvolvimento da doença e interrompendo o ciclo de transmissão.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou uma relevante descrição dos fatores socioeconômicos e clínicos dos pacientes acometidos pela hanseníase. Merece especial atenção a maior detecção da população feminina, o que sugere a maior procura pelo serviço de saúde e maior importância à saúde e aparência física. Em contraste, mesmo com leve diferença estatística, o gênero masculino foi menor detectado, todavia, mais gravemente acometido correspondendo aos quadros mais sérios da doença, pois desenvolveram as formas clínicas mais graves e, além disso, esse gênero esteve associado à multibacilaridade, que por sua vez obteve relação direta com o maior desenvolvimento de incapacidades.

Muitos fatores, não apenas psicológicos tem comprometido para a menor procura dos serviços de saúde por pessoas desse gênero. O fato da maioria dessa população ser formada por “pais de família” que precisam trabalhar para o sustento familiar resulta em menor tempo para a procura de atendimento. Associa-se a isso, a menor quantidade de programas de saúde criados para esse gênero, causando menor acessibilidade e demora em diagnosticar a doença a tempo de prevenir o desenvolvimento de incapacidades.

Associou-se a esses fatores o maior adoecimento da faixa etária adulta e produtiva, motivo de preocupação devido aos problemas sociais e econômicos decorrentes, sobretudo das incapacidades causadas, problemas que acompanhados pela baixa escolaridade, trabalhos informais e renda insuficiente, configuram o baixo perfil socioeconômico aqui encontrado, dificultando a procura precoce por atendimento, a continuidade do tratamento e a dificuldade em manter condições de vida saudáveis, como alimentação, moradia e saúde.

As características clínicas por sua vez, sugerem que o diagnóstico tem ocorrido em tempo hábil, no entanto em maioria no sexo feminino, sendo que o sexo masculino, como tratado anteriormente, apresenta características que reforçam a hipótese de diagnóstico tardio e acompanhamento deficiente, fato comprovado pela ligação entre esse gênero e as formas mais graves, a multibacilaridade e maior desenvolvimento de sequelas. Além disso, a leve diferença entre a quantidade de paucibacilares e multibacilares sugere um diagnóstico ainda tardio, fator ainda mais preocupante por que a multibacilaridade causa maior potencial infectante assim como pode acarretar mais incapacidades e debilitar os indivíduos acometidos causando prejuízos econômicos e sociais.

As limitações da pesquisa ficaram por conta dos limites geográficos a apenas quatro bairros, sendo que a investigação na cidade por completo provavelmente resultaria em maior abrangência da população geral, fato que não interrompeu, no entanto, a

representatividade e fidedignidade do presente estudo. Outro fator que pode ter dificultado o desenvolvimento do estudo foi o possível receio que os entrevistados podem ter apresentado, o que pode ter ocasionado não exatidão das respostas, fator amenizado pela seriedade e vínculo amistoso criado pelos pesquisadores.

Os benefícios provém da possibilidade de retornar aos entrevistados, profissionais de saúde e a população em geral informações que possam nortear o perfil e sugerir a melhoria da atenção às pessoas acometidas pela hanseníase, no tocante àquelas que vivem condições socioeconômicas insuficientes, estando mais vulneráveis à hanseníase.

Recomenda-se devida atenção a grande presença de casos multibacilares, devido ao potencial transmissor e a ocorrência de incapacidades mais severas. Não se pôde descartar a possibilidade de infecção ativa na região estudada, pois a multibacilaridade e as formas clínicas mais severas só estiveram em menor número no gênero feminino, sendo que entre homens as estimativas requerem devida atenção dos órgãos responsáveis. Sugere-se também maior investimento das entidades governamentais e de saúde em ações de diagnóstico precoce, busca ativa e educação em saúde, além de recomendar a ampliação de políticas de saúde para hanseníase, voltadas ao público masculino e à população acometida social e economicamente, proporcionando a redução da transmissão, diagnóstico em tempo apropriado e o controle desse importante problema de saúde pública: a hanseníase.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. M. **As Moradias e as Condições Sociais dos Casos de Hanseníase: Estudo para Campos dos Goytacazes entre 2002 e 2011**. 2012. 74 f. Dissertação de Mestrado. Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, 2012.
- AMARAL, E. P; LANA, F. C. F. Análise Espacial da Hanseníase na Microrregião de Almenara, MG, Brasil. **Rev Bras Enferm**, v. 61, p. 701-7, 2008.
- AQUINO D. M. C. et al. Perfil dos Pacientes com Hanseníase em Área Hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. **Rev Soc Bras Med Trop**, v.36, n.1, p.57-64, 2003.
- ARANTES, C. K. et al. Avaliação dos Serviços de Saúde em Relação ao Diagnóstico Precoce da Hanseníase. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.19, n.2, p.155-164, 2010.
- ARAÚJO, A. E. R. A. et al. Complicações Neurais e Incapacidades em Hanseníase em Capital do Nordeste Brasileiro com Alta Endemicidade. **Rev Bras Epidemiol**, v.17, n.4, p.899-910, 2014.
- ARAÚJO M. G. Hanseníase no Brasil. **Rev Soc Bras Med Trop**, v.36, n.3, p.373-82, 2003.
- BALDAN, S. S; SANTOS, B. M. O. Hanseníase: Uma Abordagem na Perspectiva de Promoção de Saúde. **Hansen Int.**, v.37 n.2 p.11-21, 2012.
- BARBOSA, D. R. M. et al. Perfil Epidemiológico da Hanseníase em Cidade Hiperendêmica do Maranhão, 2005-2012. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, p. 1-13, 2012.
- BARBOSA, F. N. **Perfil Epidemiológico da Hanseníase em Macrorregião Nordestina no Período de 2004 a 2014**. 2015. 38 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, Picos, 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, **Saúde no Brasil 3**, 2012.
- BATISTA, E.S. et al. Perfil Sócio-demográfico e Clínico-epidemiológico dos Pacientes Diagnosticados com Hanseníase em Campos dos Goytacazes, RJ. **Rev Bras Clin Med**, v. 9, n. 2, p. 101-6, 2011.
- BERNARDES, C. A. et al. Incapacidade Física em Hansenianos em Campo Grande – Mato Grosso do Sul. **Hansen Int.**, v.34, n.1, p.17-25, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hanseníase: Descrição da Doença**. Brasília – DF, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7ª ed. Brasília-DF, 2010a.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.125, de 07 de outubro de 2010: Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase**. Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html>. Acesso em: 02 nov. 2015. Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde (BR). **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução n. 466/12 de 12 de dezembro de 2012 – CNS. Brasília, DF, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Ações Estratégicas de Eliminação da Hanseníase, Filariose, Esquistossomose e Oncocercose como Problema de Saúde Pública, Tracoma como Causa de Cegueira e Controle das Geohelmintíases – Plano de Ação 2011-2015**. Série C – Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Situação Epidemiológica da Hanseníase no Brasil – Análise de Indicadores Seleccionados na Última Década e Desafios para a Eliminação**. v. 44, n. 11, Brasília –DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília – DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde – BVMS. **Vigilância em Saúde: Sistemas de Informação em Saúde: Sistema de Agravos de Notificação (SINAN)**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/svs/inf_sist_informacao.php>. Acesso em: 12 jan. 2016.

BRITO, K. K. G. et al. Epidemiologia da Hanseníase em um Estado do Nordeste Brasileiro. **Rev enferm UFPE**, v.8, n.8 p.2686-93, 2014.

BUDEL, A. R. et al. Perfil dos Pacientes Acometidos pela Hanseníase Atendidos no Ambulatório de Dermatologia do Hospital Evangélico de Curitiba. **An Bras Dermatol.**, v.86, n.5, p.942-6, 2011.

CONTE, E. C. M. et al. Situação Epidemiológica da Hanseníase no Município de São José do Rio Preto, SP, Brasil. **Arq Ciênc Saúde**, v.16, n.4, p.149-54, 2009.

DIAS, J. L. et al. Características Determinantes entre Portadores de Hanseníase em uma Área Hiperendêmica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, n.38, a.11, 2013.

DIAS, R. C; PEDRAZZANL, E. S. Políticas Públicas na Hanseníase: Contribuição na Redução da Exclusão Social. **Rev Bras Enferm**, v. 61, p.753-6, 2008.

FILHO, R. C; SANTOS, S. S; PINTO, N. M. M. Hanseníase: Detecção Precoce pelo Enfermeiro na Atenção Primária. **Revista Enfermagem Integrada**, v.3, n.2, 2010.

FILHO, R. C. S. **Perfil Clínico-Epidemiológico da Hanseníase no Município de Irecê-Bahia, Período de 2001 a 2011**. 2012. 38 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 2012.

FRANCO, M. C. A. et al. 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, n.4, 2014.

- GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. Atlas. São Paulo, 2010.
- GOMES, R; NASCIMENTO, E. F; ARAÚJO, F. C. Porque os Homens Buscam Menos os Serviços de Saúde do que as Mulheres? As Explicações de Homens com Baixa Escolaridade e Homens com Ensino Superior. **Cad. Saúde Pública** v.23, n. 3, p.565-574, 2007.
- GUIMARÃES, L. S. **Incapacidade Física em Pessoas Afetadas pela Hanseníase: Estudo Após Alta Medicamentosa**. 2013. 76 f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Pará, Belém, 2013.
- HOFFMANN, R; NEY, M. G. A Recente Queda da Desigualdade de Renda no Brasil: Análise de Dados da PNAD, do Censo Demográfico e das Contas Nacionais. **Econômica**, v.10, n.1, p.7-39, 2008.
- IMBIRIBA, E. B. et al. Perfil Epidemiológico da Hanseníase em Menores de Quinze Anos de Idade, Manaus (AM), 1998-2005. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.6, p.1021-6, 2008.
- IMBIRIBA, E. N. B. D. et al. Desigualdade Social, Crescimento Urbano e Hanseníase em Manaus: Abordagem espacial. **Rev Saúde Pública**, v.43, n.4, p.656-65, 2009.
- LASTÓRIA, J. C; ABREU, M. A. M. M. Hanseníase: Diagnóstico e Tratamento. **Diagn Tratamento**, v.17, n.4, p.173-9, 2012.
- LIMA, L. S. et al. Caracterização Clínica-Epidemiológica dos Pacientes Diagnosticados com Hanseníase no Município de Caxias – MA. **Rev Bras Clin Med**, v.7, p.74-83, 2009.
- LOPES, V. A. S; RANGEL, E. M. Hanseníase e Vulnerabilidade Social: Uma Análise do Perfil Socioeconômico de Usuários em Tratamento Irregular. **SAÚDE DEBATE** v.38, n.103, p. 817-829, 2014.
- MEDEIROS, A. P. S. et al. Perfil de Pessoas Com e Sem Comorbidades Acometidas por Reações Hansênicas. **Cogitare Enferm.**, v.20, n.2, p.281-8, 2015.
- MEDEIROS, M; SOUZA, P. H. G. F; CASTRO, F. A. A Estabilidade da Desigualdade de Renda no Brasil, 2006 a 2012: Estimativa com Dados do Imposto de Renda e Pesquisas Domiciliares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.4, p.971-986, 2015.
- MELÃO, S. et al. Perfil Epidemiológico dos Pacientes com Hanseníase no Extremo Sul de Santa Catarina, no período de 2001 a 2007. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** v.44, n. 1, p. 79-84, 2011.
- MESQUITA, R. et al. Avaliação Neurofuncional em Pacientes com Hanseníase. **Rev Bras Promoç Saúde**, 27, 2, 247-255, 2014.
- MIRANZI, S. S. C; PEREIRA, L. H. M; NUNES, A. A; Perfil Epidemiológico da Hanseníase em um Município Brasileiro, no Período de 2000 a 2006. **Rev Soc Bras Med Trop**, v.43, n.1, p.62-67, 2010.

MONTENEGRO, R. M. N. et al. Avaliação Nutricional e Alimentar de Pacientes Portadores de Hanseníase Tratados em Unidades de Saúde da Grande Vitória, Estado do Espírito Santo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** v.44, n.2, p.228-231, 2011.

MORAIS, P. B. et al. Perfil Epidemiológico da Hanseníase num Município Superendêmico no Interior do Sudeste Brasileiro. **Hansen Int.**, v.37, n.2, p.61-68, 2012.

OLIVEIRA, J. C. F; LEÃO, A. M. M; BRITTO, F. V. S. Análise do Perfil Epidemiológico da Hanseníase em Maricá, Rio de Janeiro: Uma Contribuição da Enfermagem. **Rev enferm UERJ**, v.22, n.6, p.815-21, 2014.

OXFORD COMMITTEE FOR FAMINE RELIEF (OXFAM); ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). CEPAL: Comissão Econômica para a América Latina. **Reforma do Sistema Tributário é Necessária para Fim da Desigualdade da América Latina**, Suíça, 2016. Disponível em:< [https://nacoesunidas.org/reforma-do-sistema-tributario-e-necessaria-para-fim-da-desigualdade-da-america-latina-afirma-cepal/](https://nacoesunidas.org/reforma-do-sistema-tributario-e-necessaria-para-fim-da-desigualdade-da-america-latina-afirma-cep/)>. Acesso em: 02 fev. 2016.

PACHECO, M. A. B; AIRES, M. L. L; SEIXAS, E. S. Prevalência e Controle de Hanseníase: Pesquisa em uma Ocupação Urbana de São Luís, Maranhão, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v.9, n.30, p.23-30, 2014.

QUEIRÓS, M. I. **Perfil Sociodemográfico, Clínico-Epidemiológico e Padrões de Atendimento da Hanseníase em Hospital Universitário de Fortaleza – Ceará, 2007-2011**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

RESENDE, D. M; SOUZA, M. R; SANTANA, C. F. Hanseníase na Atenção Básica de Saúde: Principais Causas da Alta Prevalência de Hanseníase na Cidade de Anápolis – GO. **Hansen Int**, v.34, n.1, p.27-36, 2009.

RIBEIRO, C. G. **Fatores Relacionados à Prevalência de Incapacidades Físicas em Hanseníase na Microrregião de Diamantina, Minas Gerais**. 2012. 107 f. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2012.

RIBEIRO JÚNIOR, A. F; VIEIRA, M. A; CALDEIRA, A. P. Perfil Epidemiológico da Hanseníase em uma Cidade Endêmica no Norte de Minas Gerais. **Rev Bras Clin Med.**, v.10, n.4, p.272-7, 2012.

ROUQUAYROL, M. Z; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia & Saúde**. p.124. 7. ed. MedBook. Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, E. S. et al. Distribuição Espaço-Temporal da Hanseníase em Mato Grosso. **Hygeia**, v.6, n.10, p.53-62, 2010.

SCHLICKMAN, E. E. D; GUERINO, M. R. Relação entre o Número de Casos de Hanseníase e o Número de Unidades Básicas na Cidade de Primavera do Leste – MT, Brasil. **J Health Sci Inst**. v.30, n.2, p.150-5, 2012.

SEIXAS, M. B; LOURES, L. F; MÁRMORA, C. H. C; Perfil Sociodemográfico e Clínico dos Pacientes em Atendimento Fisioterapêutico no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. **HU Revista**, v.41, n. 1 e 2, p. 07-13, 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**, v.14, n.2, p.223-229, 2010.

SILVA, M. G. et al. Perfil Epidemiológico da Hanseníase no Município de Gurupi, Tocantins, Brasil, entre 2003 e 2013. **Rev Cereus**, v.7, n.2, p.43-58, 2015.

SIMPSON, C. A; FONSÊCA, L. C. T; SANTOS, V. R. C. Perfil do Doente de Hanseníase no Estado da Paraíba. **Hansen Int.** v.35, n.2, p.33-40, 2010.

SOARES, L. B. C. **Hanseníase e Condições de Vida no Município de Ji – Paraná – Rondônia/ 2001 – 2009**. 2011. 131 f. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

SOUSA, M. W. G. et al. Perfil Epidemiológico da Hanseníase no Estado do Piauí, Período de 2003 a 2008. **An Bras Dermatol**, v.87, n.3, p.401-7, 2012.

SOUZA, R. S. et al. **Epidemiologia da Hanseníase por Bairro no Município de Picos, Piauí**. Resumo Científico. Universidade Federal do Piauí – UFPI, Picos, 2015.

SOUZA, V. B. et al. Perfil Epidemiológico dos Casos de Hanseníase em um Centro de Saúde da Família. **Rev Bras Promoç Saúde**, v.26, n.1, p.110-116, 2013.

VÁSQUEZ, F. G; PARENTE, R. C. P; PEDROSA, V. L; Hanseníase em Coari: Aspectos Epidemiológicos da Doença na Região do Médio Solimões no Estado do Amazonas. **Cad Saúde Colet.**, v.16, v.2, p.193-204, 2008.

VILELA, D. A; ROCHA, J. C. T. Moradores do Hospital Colônia no Norte do Piauí: Um Estudo dos Perfis de Pacientes de Hanseníase. **CADERNOS DE ESTUDOS E PESQUISAS**, v.15, n.33, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Enhanced Global Strategy for Further Reducing the Disease Burden due to Leprosy (Plan Period 2011-2015)**, New Delhi, 2010.





_____. World Health Organization. **Transmission of leprosy 2010**. Geneva, 2010.
Disponível em: <<http://www.who.int/lep/transmission/en/index5.html>>. Acesso em: 12 jan. 2016.

_____. **Weekly Epidemiological Record. WHO: Geneva, Switzerland**, n. 35, p. 365-380; 88 th year, 2013.

_____. World Health Organization. Chemotherapy of leprosy for control programmes. **World Health Organ Tech Rep Ser.**, n. 675, p. 1-33, 1982.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta De Dados

			
INSTRUMENTO 5 – SOCIOECONÔMICO e DEMOGRÁFICO – CASO REFERÊNCIA			
VERSÃO: 07/08/16			
PROJETO INTEGRAHANS PIAUÍ			
Código UBS: _____ (ID) Domicílio _____		Número (ID) do Caso Referência: _____	
MUNICÍPIO: (1) PICOS (2) FLORIANO			
Unidade de Saúde: _____		Número do SINAN do Caso Referência: _____	
Pesquisador: _____		Data da Coleta: _____	
Revisor: _____		Data da Revisão: _____	
Nome completo do caso referência: _____			
ITEM	QUESTÃO	CÓDIGOS/CATEGORIAS	REVISOR
1.	Sexo	Masculino Feminino	1 2 ()
2.	Qual a sua etnia / Cor ?(auto referida)	Branca Parda Negra/Preta Amarela Indígena Outra _____ Não sabe / Não quer responder	1 2 3 4 5 6 9 ()
3.	Qual a data de nascimento ?[dia/mês/ano]	____ / ____ / ____	
4.	Qual a idade [em anos] – se não houver data de nascimento?	_____	()
5.	Qual o nome completo da mãe?	_____	
6.	Qual a nacionalidade? [País]	_____	
7.	Qual a naturalidade? [Estado-UF] / [Município]	_____ / _____	
8.	Qual o telefone de contato? [incluir DDD]	_____	
9.	Qual o tempo de residência, definitiva ou temporária, nesse município? [em meses]	_____	()
10.	Há quanto tempo reside no domicílio atual? [em meses]	_____	()

11.	Qual a situação de moradia no domicílio?	Moradia regular/fixa Aluguel/Moradia temporária Invasão Assentamento Outra _____ Não sabe / Não quer responder	1 2 3 4 5 9	()	
12.	Qual o número de residências anteriores? [diferente da atual – caso não tem, colocar 0]	_____		()	
13.	Qual a localização residências anteriores? Bairro / Município / Estado [Inserir da mais recente até a mais antiga]	1 _____ / _____ / _____ 2 _____ / _____ / _____ 3 _____ / _____ / _____ 4 _____ / _____ / _____ 5 _____ / _____ / _____			
14.	Ter tido (ou estar com) hanseníase foi um dos fatores para a mudança de domicílio?	Não Sim, para outro país Sim, para outro estado Sim para outro município Sim, para outro bairro Não se mudou Não sabe / Não quer responder	0 1 2 3 4 5 9	()	
15.	Qual a escolaridade?	Analfabeto 1° até o 5° ano Incompleto 5° ano completo 6° ao 9° ano Incompleto Fundamental completo(9°ano completo) Médio Incompleto Médio completo Superior completo Superior Incompleto Não sabe / Não quer responder	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	()	
16.	Quantos anos completos de estudo (com aprovação) foram alcançados? [Se Nenhum = 0]	_____		()	
17.	Qual seu estado conjugal atual?	Solteiro(a)/Nunca foi casado(a) Casado(a)/ Unido(a) Separado(a)/Divorçado(a)/Viúvo(a) Outro _____ Não sabe / Não quer responder	1 2 3 4 9	()	
18.	Você se considera religioso(a) ou possui alguma religião?	Não Sim Não sabe / Não quer responder	0 1 9	()	
19.	Você frequenta alguma atividade religiosa?	Não Sim Não sabe / Não quer responder	0 1 9	()	

20.	Qual a sua principal religião atualmente?	Nenhuma/Não tem religião atualmente	0	()
		Adventista	1	
		Assembleia de Deus	2	
		Batista	3	
		Batuque	4	
		Budista	5	
		Candomblé	6	
		Casa da Bênção	7	
		Católica	8	
		Congregação Cristã do Brasil	10	
		Espírita Kardecista	11	
		Evangelho Quadrangular	12	
		Judaica	13	
		Luterana	14	
		Messianica	15	
		Metodista	16	
		Presbiteriana	17	
		Testemunha de Jeová	18	
		Umbanda	19	
		Universal do Reino de Deus	20	
		Outra _____	21	
Não sabe /Não quer responder	9			
21.	Quantas pessoas moravam no mesmo domicílio no período de 5 anos antes do seu diagnóstico de hanseníase? (Se Não sabe /Não quer responder = NN)	_____		()
22.	Essas pessoas que moravam no mesmo domicílio no período de 5 anos antes do seu diagnóstico foram examinadas/avaliadas para hanseníase por alguém do serviço de saúde?	Não	0	()
		Sim	1	
		Parcialmente (nem todas as pessoas)	2	
		Não sabe /Não quer responder	9	
23.	Nesta época, você e sua família receberam visita do agente comunitário de saúde?	Não	0	()
		Sim	1	
		Não sabe /Não quer responder	9	
24.	Com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum Agente Comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família ou Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) durante o tratamento da hanseníase (PQT)?	Semanalmente	1	()
		Quinzenalmente	2	
		Mensalmente	3	
		A cada 2 meses	4	
		De 2 a 4 vezes por ano	5	
		Uma vez por ano	6	
		Nunca recebeu	7	
Não sabe /Não quer responder	9			
25.	Com que frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum Agente Comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família ou Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) após a conclusão do tratamento da hanseníase (PQT)?	Semanalmente	1	()
		Quinzenalmente	2	
		Mensalmente	3	
		A cada 2 meses	4	
		De 2 a 4 vezes por ano	5	
		Uma vez por ano	6	
		Nunca recebeu	7	
Não sabe /Não quer responder	9			
26.	Participou de atividades educativas gerais para hanseníase promovidas pela equipe de saúde da família ou Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF)?	Não	0	()
		Sim	1	
		Não sabe / Não quer responder	9	
27.	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)?	Não	0	()
		Sim	1	
		Não sabe / Não quer responder	9	

28.	Existência de outro(s) caso(s) de hanseníase conhecido(s) entre seus familiares e coabitantes? <i>[Pode ser marcada mais de uma opção]</i>	Não Sim, antes do diagnóstico do seu caso Sim, depois do diagnóstico do seu caso Sim, desconhece-se o momento do diagnóstico Não sabe /Não quer responder	0 1 2 3 9	() () () () ()
29.	Se possui outro(s) caso(s) de hanseníase conhecido(s) entre familiares e coabitantes, qual a relação/parentesco? <i>[Pode ser marcada mais de uma opção]</i>	Não Bisavô/Bisavó Avô/Avó Mãe/Pai Irmão/Irmã Primo/Prima Tio/Tia Cunhado/Cunhada Sobrinho/Sobrinha Neto/Neta Cônjuge/Companheiro(a)/Parceiro(a) Agregado(a) Filho/Filha Outra _____ Não sabe /Não quer responder	0 1 2 3 4 5 6 7 8 10 11 12 13 14 9	() () () () () () () () () () () () () () ()
30.	Qual o contexto geral de trabalho atualmente	Não trabalha Trabalho formal Ativo/Aposentado/ Benefício Inativo Inativo/Aposentado /Benefício Dona de casa Trabalho informal Outra _____ Não sabe /Não quer responder	0 1 2 3 4 5 6 7 9	() () () () () () () () ()
31.	Se não trabalha formalmente, qual a principal razão para não estar em atividade atualmente? <i>[Para as demais situações, inserir não se aplica]</i>	Não se aplica Dona de casa / cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho 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	0 1 2 3 4 5 6 7 8 10 9	() () () () () () () () () () () ()
32.	Se aposentado, qual o momento da aposentadoria?	Não se aplica Antes do diagnóstico de hanseníase Após o diagnóstico de hanseníase Não sabe /Não quer responder	0 1 2 9	() () () ()

33.	Se ativo, qual o contexto detalhado de trabalho atual. <i>[Para ativos/ trabalho formal/ e informal]</i>	<p>Não se aplica 0</p> <p>Servidor público 1</p> <p>Empregado assalariado com carteira de trabalho assinada 2</p> <p>Empregado assalariado sem carteira de trabalho assinada 3</p> <p>Empregado familiar não remunerado 4</p> <p>Conta própria ou autônomo com estabelecimento 5</p> <p>Conta própria ou autônomo sem estabelecimento 6</p> <p>Empregador com até 5 funcionários fixos 7</p> <p>Empregador com 5 ou mais funcionários fixos 8</p> <p>Não sabe/ Não quer responder 9</p> <p>Outra _____ 10</p>	()
34.	Caso tenha mudado de ocupação, ter tido hansenlase ou estar com hansenlase foi um dos fatores que contribuiu para a mudança da situação de trabalho (comparando antes da doença)?	<p>Não se aplica 0</p> <p>Sim, melhorei minha situação de trabalho 1</p> <p>Sim, piorei minha situação de trabalho 2</p> <p>Não houve mudança na situação de trabalho 3</p> <p>Não sabe /Não quer responder 9</p>	()
35.	Ocupação principal atual referida; Caso tenha mudado, porque? <i>[Caso tenha respondido afirmativamente a questão 34]</i> <i>Se não mudou=Não se aplica=NN</i>	_____	()
36.	Em geral, quantas horas trabalhava por semana antes de ter tido hansenlase? <i>[Inclua horas-extras e qualquer atividade remunerada em emprego ou por conta própria]</i> <i>Se não trabalhava=Não se aplica=NN</i>	_____ horas por semana	()
37.	Em geral, quantas horas no total trabalha atualmente por semana? <i>[Inclua horas-extras e qualquer atividade remunerada em emprego ou por conta própria]</i> <i>Se não trabalha= Não se aplica</i>	_____ horas por semana	()
38.	Qual a sua renda mensal média <i>[Em R\$]</i> <i>[Se Não sabe /Não quer responder = NN]</i>	_____	()
39.	Renda mensal média total de sua família <i>[Em reais, considerando-se todos os ativos, pensionistas, aposentados e beneficiários (para tratamento de saúde ou programas sociais) ?]</i> <i>[Se Não sabe /Não quer responder = NN]</i>	_____	()
40.	Ter tido (ou estar com) hansenlase foi um dos fatores para mudança na renda individual/familiar (comparando antes da doença e hoje)?	<p>Não 0</p> <p>Sim, com redução de renda 1</p> <p>Sim, com aumento de renda 2</p> <p>Não houve mudança na renda 3</p> <p>Não sabe /Não quer responder 9</p>	()
41.	Tem (teve) acesso ao benefício do Bolsa Família?	<p>Não, e não tem cadastro 0</p> <p>Não, e tem cadastro (aguardando) 1</p> <p>Sim, bolsa família ativa 2</p> <p>Sim, mas atualmente bolsa família inativada 3</p> <p>Não sabe /Não quer responder 9</p>	()
42.	Tem acesso (caso referêndia e/ou família) a outros benefícios sociais? <i>[Especificar]</i>	<p>Não 0</p> <p>Sim 1</p> <p>Especificar: _____</p> <p>Não sabe /Não quer responder 9</p>	()





43.	Principal meio de transporte familiar utilizado atualmente	Não possui meio de transporte 0 Bicicleta 1 Motocicleta 2 Automóvel 3 Moto taxi 4 Taxi 5 Van 6 Ônibus 7 Animal 8 Outro _____ 10 Não sabe /Não quer responder 9	()
As questões 44 a 53 referem-se ao uso de álcool (AIDIT) nos últimos 12 meses:			
44.	Com que frequência consome bebida contendo álcool (bebida alcoólica)? [Se nunca vá para as questões 52 e 53]	Parel de beber ou Nunca bebi 0 Uma vez por mês ou menos 1 2 a 4 vezes por mês 2 2 a 3 vezes por semana 3 4 ou mais vezes por semana 4	()
45.	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 0 3 ou 4 1 5 ou 6 2 7, 8, ou 9 3 10 ou mais . 4	()
46.	Com que frequência bebe 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?	Nunca 0 Menos de uma vez por mês 1 Uma vez por mês 2 Uma vez por semana 3 Diariamente ou quase todo dia 4	()
47.	Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses constatou que "Quando eu começo a beber eu não consigo parar"?	Nunca 0 Menos de uma vez por mês 1 Uma vez por mês 2 Uma vez por semana 3 Diariamente ou quase todo dia 4	()
48.	Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses não conseguiu fazer tarefas ou atividades que você normalmente faz por causa da bebida alcoólica?	Nunca 0 Menos de uma vez por mês 1 Uma vez por mês 2 Uma vez por semana 3 Diariamente ou quase todo dia 4	()
49.	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 0 Menos de uma vez por mês 1 Uma vez por mês 2 Uma vez por semana 3 Diariamente ou quase todo dia 4	()
50.	Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses se sentiu culpado ou com remorso após ter consumido bebida alcoólica?	Nunca 0 Menos de uma vez por mês 1 Uma vez por mês 2 Uma vez por semana 3 Diariamente ou quase todo dia 4	()
51.	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 0 Menos de uma vez por mês 1 Uma vez por mês 2 Uma vez por semana 3 Diariamente ou quase todo dia 4	()

52.	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	()
53.	Alguém 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	()
	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		()
54.	Ter tido (ou estar com) hanseníase foi um dos fatores para mudança no hábito de consumo de bebidas alcoólicas (comparando antes da doença e hoje)?	Nunca bebi Não houve mudança no consumo de bebida Sim, com aumento do consumo de bebida Sim, com redução do consumo de bebida Sim, parei de beber	0 1 2 3 4	()
55.	Fuma atualmente?	Não Sim, diariamente Sim, menos que diariamente	0 1 2	()
56.	Se NÃO, já fumou? (Caso SIM, não se aplica)	Não, nunca fumei Sim, fumava diariamente Sim, fumava menos que diariamente Não se aplica	0 1 2 3	()
57.	Se fuma atualmente ou já fumou, ter tido (ou estar com) hanseníase foi um dos fatores para mudança no hábito de fumar (comparando antes da doença e hoje)?	Nunca fumei Não houve mudança no fumo Sim, com aumento do fumo Sim, com redução do fumo Sim, parei de fumar	0 1 2 3 4	()
58.	Outra pessoa que reside no mesmo domicílio que você fuma?	Não, ninguém fuma Sim, diariamente Sim, menos que diariamente	0 1 2	()
59.	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]	Outra doença _____ Outro _____ Não sabe / Não quer responder	Não Falta de dinheiro Raça/cor Tipo de ocupação Ter hanseníase Orientação sexual Sexo Idade 10 9	()
60.	Quando foi a última vez que fez exame de sangue para medir a glicemia, isto é, o açúcar no sangue?	Não fez 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 Não sabe / Não quer responder	0 1 2 3 4 5 9	()
61.	Alguém médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes?	Não Apenas durante a gravidez (só para mulheres) Sim	0 1 2	()
62.	Alguém médico já lhe deu o diagnóstico de depressão?	Não Sim	0 1	()
63.	Tem alguma incapacidade ou deficiência física de longa duração (de mais de 6 meses de duração) perceptível?	Não Sim _____	0 1	()

64.	Esta incapacidade ou deficiência física de longa duração (de mais de 6 meses de duração) foi causada pela hanseníase?	Não, e a hanseníase não piorou Não, mas a hanseníase piorou Sim Não tem incapacidade ou deficiência física	0 1 2 3	()
65.	Que idade tinha (em anos) quando ficou com essa deficiência física? [Colocar 0 se menos de um ano] [Colocar NN se não se aplicar – não tem deficiência física]	_____		()
66.	Em geral, em que grau essa incapacidade limita as suas atividades habituais?	Não tem incapacidade Não limita Um pouco Moderadamente Intensamente Muito intensamente	0 1 2 3 4 5	()
67.	Utiliza algum recurso como bengala, muleta, cadeira de rodas, andador ou outro equipamento para auxiliar a locomoção?	Não Sim	0 1	()
68.	Se sim, qual ou quais destes recursos faz uso? [Pode marcar mais de uma opção]	Não tem incapacidade ou deficiência física Bengala Muleta Cadeira de rodas Andador Órtese (Calçado ortopédico, talas e outros) Prótese mecânica (perna ou braço mecânico) Não utiliza Outro _____ Não sabe /Não quer responder	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	()
69.	Possui deficiência visual permanente perceptível?	Não Sim	0 1	()
70.	Caso sim, em que grau a deficiência visual limita as atividades habituais diárias?	Não limita Um pouco Moderadamente Intensamente Muito intensamente	0 1 2 3 4	()
71.	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]	_____		()
72.	Alguém da família, amigo ou vizinho, que more ou não contigo, lhe presta ajuda... [Pode ser marcada mais de uma opção]	Não Com dinheiro Dando roupas, remédios, comida ou outras coisas que você precisa Com tarefas fora de casa, como transporte, fazendo compras, indo ao banco, acompanhando às consultas médicas, etc. Nas tarefas domésticas, como limpeza da casa, cuidando das roupas, fazendo comida, etc. Fazendo companhia ou ouvindo seus problemas? Outro _____	0 1 2 3 4 5 9	()
73.	Tem direito atualmente a algum plano de saúde, médico ou odontológico, particular, de empresa ou órgão público?	Sim, apenas um Sim, mais de um Não possui plano de saúde Não sabe /Não quer responder	1 2 0 9	()

74.	Quando estava em tratamento da hanseníase, tinha direito a algum plano de saúde, médico ou odontológico, particular, de empresa ou órgão público?	<p>Sim, apenas um 1</p> <p>Sim, mais de um 2</p> <p>Não possui plano de saúde 0</p> <p>Não sabe /Não quer responder 9</p>	()
75.	Participa de algum grupo organizado de pessoas acometidas pela hanseníase	<p>Não 0</p> <p>Sim 1</p> <p>Não sabe /Não quer responder 9</p>	()
76.	Recebeu apoio de familiares após diagnóstico da hanseníase?	<p>Não 0</p> <p>Sim 1</p> <p>Não sabe /Não quer responder 9</p>	()
77.	Recebeu apoio de amigos após diagnóstico da hanseníase?	<p>Não 0</p> <p>Sim 1</p> <p>Não sabe /Não quer responder 9</p>	()
78.	Como você avaliaria sua qualidade de vida antes do diagnóstico da hanseníase?	<p>Muito ruim 1</p> <p>Ruim 2</p> <p>Nem ruim nem boa 3</p> <p>Boa 4</p> <p>Muito boa 5</p>	()
79.	Como você avaliaria sua qualidade de vida após o diagnóstico da hanseníase?	<p>Muito ruim 1</p> <p>Ruim 2</p> <p>Nem ruim nem boa 3</p> <p>Boa 4</p> <p>Muito boa 5</p>	()

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

			
INSTRUMENTO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO* VERSÃO 04/09/2015			
*CASOS-REFERÊNCIA, CONTATOS E COABITANTES			
Prezado(a) Sr./Sra.,			
<p>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.</p> <p>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.</p>			
<p>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</p>			
<p>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</p>			
<p>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.</p> <p>Neste estudo serão realizadas entrevistas e serão aplicados questionários. Além disso, será feito exame clínico (físico) da pele e também da face (exame dos olhos e do nariz); palpação de nervos dos braços e pernas e avaliação da função sensitiva-motora destes nervos através do exame dos pés e das mãos. Em todas as etapas estarão envolvidos profissionais treinados para cada atividade.</p>			
1			
® Instrumento adaptado do Projeto Integrahans Norte e Nordeste, coordenado pela UFC.			

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 style="text-align: center;">_____ <i>Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal</i></p>	<p style="text-align: center;"><i>Telma Maria Evangelista de Araújo</i> Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo Coordenadora Geral Projeto Integrahans Piauí Responsável pelo estudo</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p style="text-align: center;"><i>Nome do profissional que aplicou o TCLE (POR EXTENSO)</i></p>
<p>Nome do voluntário: _____</p> <p>Endereço: _____ Nº _____</p> <p>Complemento : _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____</p> <p>Ponto de referência: _____ CEP _____</p> <p>Telefone(s) para contato (DDD): _____</p>	

APÊNDICE C – Termo de Assentimento


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

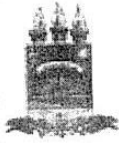
- CONCORDO em participar e DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO(A) OU OBRIGADO(A).
- NÃO CONCORDO em participar.

<p>Assinatura ou impressão datiloscópica do responsável legal pelo adolescente</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Assinatura ou impressão datiloscópica do adolescente voluntário ou responsável legal</p>	<p><i>Telma Maria Evangelista de Araújo</i> Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo Coordenadora Geral Projeto Integrahans Piauí Responsável pelo estudo</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p>Nome do profissional que aplicou o TA (POR EXTENSO)</p>
Nome: _____	
Endereço: _____ nº _____	
Complemento : _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____	
Ponto de referência: _____ CEP _____	
Telefone(s) para contato(DDD): _____	

ANEXO

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: INTEGRAHANS PIAUÍ: abordagem integrada de aspectos clínicos, epidemiológicos (espaço-temporais), operacionais, e psicossociais da hanseníase em municípios piauienses de alta endemicidade		
Pesquisador: TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO		
Área Temática:		
Versão: 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		
Página 01 de 04		
		



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.115.818

Objetivo da Pesquisa:

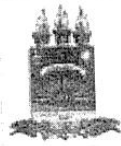
Objetivo Primário:

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

Objetivo Secundário:

Caracterizar os padrões e tendências de aglomerados espaço-temporais dos casos de hanseníase diagnosticados; Identificar os fatores de risco (operacionais: rede de atenção, clínicos, epidemiológicos, sociais, econômicos, demográficos, ambientais) associados aos padrões de: entrada/detecção de casos, desempenho de avaliação de contatos, ocorrência de incapacidades físicas dos casos de hanseníase; Verificar o desempenho das equipes da ESF em relação à vigilância de contatos de hanseníase e os determinantes de baixa cobertura da avaliação de contatos; Caracterizar os aspectos clínicos (perfil clínico geral, comprometimento neural, episódios reacionais, limitação de atividade e consciência de risco) de casos com hanseníase; Avaliar a estrutura e atributos essenciais da atenção primária nos municípios do estudo (padrões de acesso, utilização e integralidade) relacionados à rede de atenção à saúde dos casos com hanseníase; Analisar o estigma associado e a restrição à participação social nos casos de hanseníase e o seu impacto nos diferentes contextos socioculturais; Avaliar a qualidade de vida dos casos de hanseníase do estudo; Fornecer estratégias efetivas aos programas municipais, estaduais e nacional de controle da hanseníase, visando o aperfeiçoamento do desempenho das ações de atenção à saúde de casos novos e em pós-alta da PQT. Caracterizar os padrões e tendências de aglomerados espaço-temporais dos casos de hanseníase diagnosticados; Identificar os fatores de risco (operacionais: rede de atenção, clínicos, epidemiológicos, sociais, econômicos, demográficos, ambientais) associados aos padrões de: entrada/detecção de casos, desempenho de avaliação de contatos, ocorrência de incapacidades físicas dos casos de hanseníase; Verificar o desempenho das equipes da ESF em relação à vigilância de contatos de hanseníase e os determinantes de baixa cobertura da avaliação de contatos; Caracterizar os aspectos clínicos (perfil clínico geral, comprometimento neural, episódios reacionais, limitação de atividade e consciência de risco) de casos com hanseníase; Avaliar a estrutura e os padrões de acesso à rede de atenção à saúde dos casos com hanseníase; Analisar o estigma associado e a restrição à participação social nos casos de hanseníase e o seu impacto nos diferentes contextos socioculturais; Avaliar a qualidade de vida

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
PIAUI - UFPI



Continuação do Parecer: 1.115.818

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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

Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A hanseníase configura-se como uma bacteriose crônica que remete a antes de Cristo. É causada pelo *Mycobacterium leprae*, também chamado de bacilo de Hansen, por indivíduos bacilíferos, podendo ocasionar lesões na pele, cavidade nasal, e nervos periféricos, deformidades, dor, disfunção e até óbito. Trata-se de um sério problema de saúde pública que ainda persiste entre os países em desenvolvimento, inclusive no Brasil. Fatores como baixo nível socioeconômico e cultural, serviços de saúde deficitários, diagnóstico tardio e busca insuficiente da fontes de infecção, sustentam a endemia em nosso país. Piauí, área endêmica, apresentou em 2010 um Coeficiente de Prevalência de 3,5/10.000 habitantes e um Coeficiente de Detecção Geral de 46,5/100.000 habitantes, indicadores maiores que os observados em âmbito nacional (BRASIL, 2011a). Alguns municípios piauienses são considerados hiperendêmicos, tais como Teresina, Floriano e União. A região de Picos, também possui um nível de endemicidade alta. Desse modo, é relevante a identificação dos casos novos de hanseníase entre os contatos intra domiciliares e coabitantes.

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.115.818

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão anexados ao protocolo.

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

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

TERESINA, 19 de junho de 2015

Assinado por:
Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Profª Adrianna de Alencar Setubal Santos
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria Propesq 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



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
"JOSÉ ALBANO DE MACEDO"**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
- () Dissertação
- (X) Monografia
- () Artigo

Eu, **Ialli Antônio Fontes de Moura**, autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação **PERFIL DE PACIENTES COM HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE PICOS DE 2001 A 2014**, de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI, 11 de Março de 2016.

Assinatura manuscrita em tinta azul de Ialli Antônio Fontes de Moura.
Assinatura