

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

DANIELLY DE CARVALHO XAVIER

HANSENÍASE: Perfil Socioeconômico e Insegurança Alimentar em uma Região do
Nordeste Brasileiro

PICOS – PIAUÍ

2017

DANIELLY DE CARVALHO XAVIER

HANSENÍASE: Perfil Socioeconômico e Insegurança Alimentar em uma Região do
Nordeste Brasileiro

Monografia apresentada ao Curso de
Bacharelado em Enfermagem da Universidade
Federal do Piauí - Campus Senador Helvídio
Nunes de Barros, como requisito parcial para
obtenção do grau de bacharel em Enfermagem

Orientadora: Profa. Me. Nadya dos Santos
Moura

PICOS-PIAUI

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí

Biblioteca José Albano de Macêdo

X3 Xavier, Danielly de Carvalho

Hanseníase: perfil socioeconômico e insegurança alimentar em uma região do nordeste brasileiro / Danielly de Carvalho Xavier – 2017.

CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (63 f.)

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2018.

Orientador(A): Profa. Ma. Nadya dos Santos Moura

1. Hanseníase. 2. Segurança Alimentar. 3.Epidemiologia-
Hanseníase. I. Título.

CDD 616.998

DANIELLY DE CARVALHO XAVIER

HANSENÍASE: Perfil Socioeconômico e Insegurança Alimentar em uma Região do
Nordeste Brasileiro

Monografia apresentada ao Curso de
Bacharelado em Enfermagem da Universidade
Federal do Piauí - Campus Senador Helvídio
Nunes de Barros, como requisito parcial para
obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Me. Nadya dos Santos Moura.

Aprovada em: 02/12/17

BANCA EXAMINADORA:

Nadya dos Santos Moura

Profa. Me. Nadya dos Santos Moura
Universidade Federal do Piauí- UFPI
Presidente da Banca

Suzanne Freire de Macêdo

Profa. Me. Suzanne Freire de Macêdo
Universidade Federal do Piauí- UFPI
1º Examinadora

Sheila Paloma de Sousa Brito

Nutricionista Sheila Paloma de Sousa Brito
2º Examinadora

Profa: Me. Walquirya Maria Pimentel Santos Lopes
Universidade Federal do Piauí- UFPI
Suplente

Dedico este trabalho a Deus, por me dá força de vontade, e está sempre comigo, guiando meus passos e iluminando meus caminhos, a toda a minha família pelo o suporte que sempre me deram e aos meus amigos que estiverem comigo nessa jornada!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por proporcionar o dom da vida a cada amanhecer, por me da forças de vontade, garra e a oportunidade de a cada dia tornar uma pessoa melhor.

Ao grande amor da minha vida, minha heroína, **Isabel Matide de Carvalho Xavier** por me proporcionar sempre o melhor e que além de mãe é minha amiga! Ao meu pai **Daniel Augusto Xavier** por acreditar em mim, e por querer o meu melhor, as minhas tias/mães **Izeleide de Silva Carvalho** por me ensinar desde pequena o verdadeiro caminho da vida e de ganhar aprendizagem, a **Izélia Matilde da Silva Carvalho** por ser uma mãe nos momentos em que minha mãe não pode está presente, a **Iraneide Matilde de Carvalho** por fazer de mim uma pessoa mais organizada.

Aos meus irmãos **Anna Klycia de Carvalho, Gil Lene Daniel Barbosa, Daniel Augusto Xavier Junior e Ada Tharyssa de Carvalho Xavier** por fazer os meus dias mais felizes. A meus avós paternos e maternos por todo os seus carinhos e confiança, ao meu amigo/primo **Daniel Abdias Barbosa Junior** por seus ensinamentos, enfim a toda minha família.

As minhas preciosidades que a UFPI me deu de presente : **Maralina Gomes da Silva** por está sempre comigo, compartilhando os melhores e ruins momentos da minha vida, e por caminhar ao meu lado com seu mar de doçura **Victorugo Guedes de Alencar Correia** por está querendo que eu sempre melhore, por se dispor sempre a me ajudar, mesmo com os seus defeitos e qualidade **Antonio Francisco da Silva Passos** por nos acompanhar durante um pequeno período e se tornado um exemplo de pessoa e profissional **Maria Ivone Leal**, por ser uma pessoa verdadeira e que nos faz vê momentos menos estressantes a partir de suas brincadeiras e fiel **Anne Lívia Mota Cavalcante** por ser uma pessoa paciente e sincera. E todos aos demais amigos !

Agradeço a professora **Suyanne Freire de Macedo** pelas oportunidades que me concedeste ao longo dessa vida acadêmica, a professora **Walquyria Maria Pimentel Santos Lopes** e a todo corpo docente da UFPI/CSHNB pelo os seus ensinamentos. A minha preceptora de estágio **Sanya Elaine de Araújo Lima** que além dos seus ensinamentos como profissional um exemplo de enfermeira humana.

Aos grupos **Integrahans, LAHDN e GPesC** com quem pude ganhar novas experiencias e aprendizagem. Ao **Grupo de Oração Universitário e ao Shalom** por sempre estarem me ajudando a fortalecer a minha fé.

E a banca examinadora pela contribuição na minha formação profissional !

“Tente ser uma pessoa de sucesso mais prioritariamente tente ser uma pessoa de valor.”

Albert Einstein

RESUMO

A hanseníase é uma doença crônica, negligenciada, causada pelo o *Mycobacterium Leprae*, acomete os nervos periféricos e a pele. Objetiva-se analisar a insegurança alimentar, nutricional e a classificação operacional dos pacientes acometidos por hanseníase, caracterizando seus fatores socioeconômicos. Trata-se de um estudo descritivo e transversal que fez parte de uma pesquisa Operacional, do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí na qual fizeram parte da amostra 79 pacientes, que tiveram hanseníase no período de 2001 a 2014 notificados pelo Sistema de Informação de Notificação de Agravos de Notificação. A pesquisa se desenvolveu-se no período de agosto de 2015 a fevereiro de 2016. Os participantes foram entrevistados através do inquérito nutricional onde foram avaliados o consumo alimentar e a frequência desses alimentos e o instrumento socioeconômico e demográfico, na qual as variáveis registradas foram: sexo, raça, idade, situação laboral, e renda mensal. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sob o parecer nº1. 115.818. Observou-se que o sexo mais atingido foi o masculino apresentando 53.16% e 58.23% se declararam ter raça parda. Relacionado a idade prevaleceu a faixa de 20-59 anos (54.43%), a maioria dos participantes tinham a renda familiar *per capita* de um a dois salários mínimos com 49,37%. Em relação ao trabalho, constou que 24,05% eram informais e a situação de moradia 78.48% de forma regular/fixa. Em relação a Insegurança Alimentar associado a Classificação Operacional, em que dos pacientes classificados como Paucibacilar e Multibacilar a maioria tinham Segurança Alimentar com 81.58% e 90.24% respectivamente, na análise da Insegurança Alimentar e IMC, foi possível verificar que a maioria dos pacientes do estudo foram classificados como Eutrófico e destes 85.29% tinham Segurança Alimentar. Conclui-se portanto, que os resultados da pesquisa coincidem com outros estudos analisados e neste sentido, salienta-se a importância de prestar cuidados com abordagens voltado principalmente para enfatizar sobre a importância do destino adequado do lixo, do consumo ideal de alimentos, saneamento básico, entre outros. O estudo pode contribuir em conhecer o índice de pessoas acometidas pela doença na cidade de Picos-PI, detectar os bairros mais prevalentes, além disso pode salutar reflexos sobre processo de cuidar do paciente com hanseníase.

Palavras- Chave: hanseníase;socioeconômico;segurança alimentar

ABSTRACT

Leprosy is a chronic disease caused by *Mycobacterium Leprae* that affects the peripheral nerves and the skin characterized as neglected, because it is more associated in the low-income population. The objective of this study was to analyze the food, nutritional and operational insecurity of patients affected by leprosy, characterizing their socioeconomic factors. This is a descriptive and cross-sectional study that was part of an Operational survey of the Graduate Program in Nursing at the Federal University of Piauí (UFPI), called INTEGRANS-Piauí: an integrated approach to clinical, epidemiological, operational and psychosocial aspects of leprosy in highly endemic Piauí municipalities, financed by non-governmental organizations (NGOs). In the study it was possible to observe that the sex most affected was the masculine presenting the percentage of 53.16% and 58.23% if they declared to have brown race. Age-related prevalence ranged from 20-59 years (54.43%), the majority of participants had per capita family income of one to two minimum wages with 49.37%. In relation to work, it was found that 24.05% were informal and the housing situation was 78.48% on a regular / fixed basis. Regarding the Food Insecurity associated with the Operational Classification, in which the patients classified as Paucibacilar and Multibacillary, most of them had Food Safety with 81.58% and 90.24%, respectively, in the analysis of Food Insecurity and BMI, it was possible to verify that the majority of patients in the study were classified as Eutrophic and of these 85.29% had Food Safety, AI in vulnerable groups can result in losses when it comes to eating habits, nutritional status and income (TEIXEIRA, 2017) in which it demonstrated similar data to the study carried out by Duarte; Pires et al (2013) states that leprosy can be present in several age groups, leading to the study of Moura et al (2016), where the age group with the highest incidence was 37 and 53 years old. The prevailing race coincided with other studies similar to this, as it was found in contrary directions, crossing food insecurity with operational classification was found relevant literature, with the same meaning. Regarding per capita income we can emphasize that previous studies found the prevalence was 0.5 wages, which was a change, noting an increase in wage floor in this study. In the labor and housing situation, we found similar findings, with emphasis on informal work and fixed housing, we can conclude that there was a change in the purchasing power of people affected by leprosy, rather than located in places of vulnerability.

Keywords: leprosy, socioeconomic, food security

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil Sociodemográfico de pacientes acometidos por hanseníase entre os anos de 2001 e 2014 em Picos-PI (dados preliminares). Picos-PI, 2016. (n=79).....	23
Tabela 2	Associação entre Insegurança Alimentar e Classificação operacional em pessoas acometidas por hanseníase no município de Picos-PI, entre 2001 e 2014 (dados preliminares). Picos-PI, 2016 (n=79).....	24
Tabela 3	Associação entre Insegurança Alimentar e Índice de Massa Corporal (IMC) em pessoas acometidas por hanseníase no município de Picos-PI, entre 2001 e 2014 (dados preliminares). Picos-PI, 2016 (n=79).....	24
Tabela 4	Associação entre Insegurança Alimentar e Classificação operacional em pessoas acometidas por hanseníase no município de Picos-PI, entre 2001 e 2014 (dados preliminares). Picos-PI, 2016 (n=79).....	25
Tabela 5	Frequência de consumo alimentar por grupos de alimentos com pessoas acometidas pela hanseníase no município de Picos-PI, entre 2001 e 2014 (dados preliminares). Picos-PI, 2016 (n=79).....	26

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
BCG	Bacilo <i>Calmette- Guérin</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIOMAL	<i>Campgne Internationale de l'Ordre de Malter Coutre la leprê</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
GPS	<i>Global Positioning System</i>
IA	Insegurança Alimentar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
MB	Multibacilar
MS	Ministério da Saúde
NHR	<i>Netherlans Hansentasis Relief</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
PAM	Posto de Atendimento Médico
PB	Paucibacilar
PQT	Poliqumioterapia
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí
PNPS	Política Nacional de Promoção a Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	
2	OBJETIVOS.....	
2.1	Geral.....	
2.2	Específicos.....	
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	
3.1	Aspecto epidemiológico da hanseníase.....	
3.2	Tratamento.....	
3.3	Insegurança Alimentar e socioeconômico.....	
4	MÉTODO.....	
4.1	Tipo e natureza do estudo.....	
4.2	Local e Período da realização do estudo.....	
4.3	População e amostra.....	
4.4	Coleta de dados.....	
4.5	Análise dos dados.....	
4.6	Aspectos éticos.....	
5	RESULTADOS.....	
6	DISCUSSÃO.....	
7	CONCLUSÃO.....	
	REFERÊNCIAS.....	
	ANEXOS.....	
	ANEXO A- Inquérito Nutricional- Caso Referência.....	
	ANEXO B- Instrumento socioeconômico e demográfico- Caso Referência.....	
	ANEXO C- Parecer consubstanciado do CEP.....	
	ANEXO D- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase, também conhecida como lepra ou mal de Hansen, é uma doença negligenciada que está presente principalmente na população de baixo nível socioeconômico.

É uma enfermidade crônica que acomete os nervos periféricos e a pele. O principal meio de transmissão é pelas vias aéreas superiores, de doentes multibacilares, evoluindo de diversas maneiras, dependendo da reação imunológica de cada paciente.

Classificada como paucibacilar ou multibacilares, sendo considerado paucibacilar quando o indivíduo apresenta até cinco lesões, e a multibacilar caracterizada quando o indivíduo apresenta acima de cinco lesões podendo ser em ambas, tanto lesões dermatológicas quanto neurais. Pode ser levada de dois a sete anos para apresentar os primeiros sintomas (BRASIL, 2016).

Apesar do aumento de pesquisas voltadas pra essa patologia por esse percurso longitudinal, e da queda que houve com o número de prevalência nos últimos vinte anos, com a maior parte decorrente da Poliquimioterapia (PQT) ainda continua alta a detecção de novos casos da moléstia nos últimos anos em múltiplos países (DAXBACHER; FERREIRA, 2014).

No Brasil, os estados de Tocantins, Maranhão, Rondônia, Mato Grosso do Sul, Goiás, vem ocupando o espaço como regiões hiperendêmicas, destacando-se alguns estados do nordeste como o Piauí, Pernambuco e Ceará, classificando-se então como uma região com alto índice da doença (BRASIL, 2016).

Recentemente o Brasil abraçou a “Estratégia Global aprimorada 2011-2015” adotada pelo programa nacional de controle da hanseníase, com outros parceiros e a Organização Mundial de Saúde (OMS), que enfoca a sustentação da atenção à saúde com atendimentos de serviços de qualidade e a diminuição da carga de hanseníase (BRASIL, 2016).

A “Estratégia Global aprimorada 2011-2015” tem como finalidade a detecção precoce de novos casos, mais também através de outras medidas, tais como reduzindo as incapacidades, o preconceito, e a discriminação e a promoção da reabilitação socioeconômica dos indivíduos afetados pela doença (DAXBACHER, FERREIRA, 2016).

A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar é um instrumento que mede de forma direta a percepção e vivência da IA e fome das famílias, mensurando assim a

dificuldade do acesso ao consumo alimentar, como também as dimensões sociais e psicológicas (RIBEIRO *et al*, 2017).

A Insegurança Alimentar (IA) é uma variável que exerce influência negativa sobre o estado nutricional da população, associada à hanseníase que está presente na pobreza, interferindo no desempenho do estado nutricional das pessoas afetadas (TEIXEIRA, 2007). Sendo assim algumas literaturas mostraram que a IA está mais presente na população que não tem condição de manter suas necessidades pessoais e de consumo, afetando a qualidade de vida, podendo está associado com a hanseníase que como afirma Teixeira (2007) está mais presente na pobreza.

Gracie *et al* (2017) afirmam que estudos evidenciaram que a hanseníase esta intensamente interligada com as condições de vida e pobreza, sendo possível evidenciar uma tendência em concentrações menos desfavorecidas, diante da afirmativa apresentada vem-se o seguinte questionamento: Qual a influência do perfil socioeconômico sobre a insegurança alimentar nos portadores de hanseníase?

São consideradas pobres, as pessoas que não têm condições financeiras para estabelecer o sustento das necessidades pessoais em um determinado ambiente que esteja inserido (LOPES, RANGEL, 2014). Para Hoffmann (1995) há pessoas que não completam suas precisões humanas elementares como a alimentação, por terem um baixo poder aquisitivo, destacando que a insegurança alimentar é citada como um acesso alimentar insuficiente para viver de uma forma ativa e saudável.

Indigentes, são seres mencionados como subconjuntos dos pobres, na qual não tem condições para atender as suas necessidades nutricionais (ROCHA, 2013). Tais fatores como a insuficiência alimentar desencadeiam em série de fatores que comprometem o sistema imunológico, deixando-o deprimido. Segundo Côrrea, (2007) a insegurança alimentar é acarretada pela ausência da qualidade e quantidade de alimentos.

Cabe ao enfermeiro, já que é a principal peça que fornece os cuidados diretamente ao paciente, ter propriedade acerca dos cuidados, tais como as orientações do fortalecimento do sistema imunológico e para prevenção ou diminuição dos efeitos adversos ocasionados pela PQT.

Tendo em vista que os efeitos colaterais dos medicamentos utilizados para o tratamento da doença e a fisiopatologia da mesma requerem cuidados de profissionais assíduos para a prestação de tais atividades, como para a promoção de hábitos saudáveis

Portanto é um estudo de relevância para profissionais na área da saúde, para que melhores intervenções sejam aplicadas nesses pacientes a fim de proporcionar um cuidado

mais efetivo, sejam eles aplicados no acompanhamento das reações da PQT, fortalecimento do sistema imunológico através de hábitos alimentares saudáveis, fisioterapias aplicadas para as incapacidades físicas, e entre outras.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar insegurança alimentar, nutricional e classificação operacional de pessoas acometidas por hanseníase.

2.2 Específicos

- Caracterizar a insegurança alimentar das famílias e o perfil socioeconômico e demográfico;
- Descrever os principais grupos de alimentos em caráter qualitativo da frequência consumo desses alimentos;
- Associar a insegurança alimentar ao perfil clínico quanto classificação operacional e Índice de Massa Corporal;

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Aspecto epidemiológico da hanseníase

A lepra pode ser classificada quanto a sua classificação operacional podendo ser PB: indeterminada, tuberculóide, e MB: dimorfa e virchowiana, sua transmissão se dá por meio da respiração de pessoas doentes, que esteja nas formas transmissíveis da doença (dimorfa e virchowiana). Após começar o tratamento da PQT, a doença não oferece possibilidades de transmissão, possuindo como período de incubação do agente etiológico de 2 a 7 anos (BRASIL, 2013).

Reconhecida há algum tempo como uma preocupante complicação para a saúde pública caracteriza-se ainda como um dos poderosos incitamentos para as autoridades sanitárias, também dispõe como agravantes singulares as patologias socioeconômica e cultural (SILVA, 2010).

Foram apresentados aspectos positivos quanto ao reconhecimento da patologia como agravo da saúde pública no Brasil, resultando-se como o reforço para o estímulo da política de eliminação da mesma. A hanseníase está voltada para o âmbito do Plano Brasil sem miséria, fazendo parte da inserção das doenças nas pactuações do Sistema Único de Saúde (SUS) (ASSIS, *et al*, 2017).

Há subsistência de uma extensa cobertura na atenção primária com a potencialidade de cobertura do diagnóstico até a cura; composto por uma equipe multiprofissional, e com atuação ativa de médicos e enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (ASSIS, *et al*, 2017).

Segundo uma análise epidemiológica lançada OMS foi possível evidenciar que se mantém como um problema de saúde com um número significativo em diversas partes do mundo, os relatórios oficiais da OMS revelaram que em 121 países, 213,889 novos casos da doença foram notificados em 2014, 125.785 (59%) do que ocorreu na Índia, 31.064 (15%) no Brasil, 17.025 (8%) na Indonésia. Esses países ocupam 81% dos novos casos notificados em todo o mundo (ZANARDO *et al*, 2016).

O Brasil está colocado como o segundo país mais endêmico do mundo. A Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), afirma que o percentual de detecção de novos casos da população geral em 2016 foi de 9.47/100.000 (ZANARDO *et al*. 2016)

Em 2015 o departamento de informática do SUS diz que foram identificados 29.257 casos novos da lepra, esse número reforça a magnitude da doença como grave problema de saúde pública no país (BRASIL, 2016).

Diante do que foi citado, nota-se que a hanseníase é uma doença que destaca o Brasil como segundo colocado com número de casos no país, sendo de relevância desenvolver atividades voltadas para a regressão da mesma, trabalhando principalmente em cima de tais fatores predisponentes para o contágio da doença.

3.2 Tratamento

O tratamento utilizado para a hanseníase é indispensável para a cura e quebra na cadeia de transmissão da doença, sendo uma importante fonte para o controle e eliminação da patologia enquanto agravo da saúde pública (BRASIL, 2013).

A medicação específica para o tratamento da doença é preconizada pelo Ministério da Saúde (MS) é distribuída gratuitamente nas unidades básicas de saúde, conhecida como PQT (BRASIL, 2013). A PQT é composta pela dapsona, rifampicina e clofazimina que, segundo o MS (2002), esta associação evita a resistência da bactéria, na qual se adquire na utilização de apenas um desses medicamentos.

O tratamento é realizado de acordo com a classificação operacional, sendo PB a dose supervisionada da combinação de 100mg de dapsona e uma dose diária auto-administrada, e uma dose mensal de 600mg (2 cápsulas de 300 mg) de rifampicina que corresponde a dose supervisionada (BRASIL, 2016)

Nos casos MB é a combinação da 100mg dapsona supervisionada e uma dose auto-administrada; 600mg rifampicina (2 cápsulas de 300mg) com administração supervisionada; e 300mg (3 cápsulas de 100mg) de clofazimina, sendo os mesmos a dose supervisionada para cada mês de tratamento e seguido da dose diária da dapsona até o consumo de toda cartela, a duração do tratamento se dá por 12 aos 18 meses, preconizado pelo OMS (BRASIL, 2016).

Segundo o MS (2002) os medicamentos em modo geral, são utilizados para a cura e os estados reacionais da doença raramente apresentam efeitos colaterais que possam interromper o tratamento da doença (BRASIL, 2002).

Os efeitos colaterais da rifampicina podem comprometer diversos órgãos como a pele: rubor de face e pescoço, prurido e *rash* cutâneo generalizado, gastrointestinais: diminuição do apetite e náuseas. Ocasionalmente podem ocorrer vômitos, diarreias e dor

abdominal leve. Hepáticos: pode ocorrer icterícia leve e transitória leve ou transitória a grave, com danos hepáticos. Hematopoéticos: trombocitopenia, eosinofilia, púrpuras ou sangramentos anormais, como epistaxes, podem ocorrer também hemorragias gengivais e uterinas. Síndrome pseudogripal: febre, calafrios, astenia, mialgias, cefaleia, dores ósseas. Renal: nefrite intersticial, necrose tubular aguda (BRASIL, 2016).

Quanto aos efeitos colaterais da clofazimina poderão ocorrer os cutâneos: ressecamento da pele, que pode evoluir para ictiose, alteração na coloração da pele e suor, sendo que em pessoas da pele escura a cor pode se acentuar, em indivíduos da pele clara a cor pode ser mais avermelhada, ou adquirir um tom acinzentado devido a impregnação ou ressecamento. Gastrointestinais: diminuição da peristalse e dor abdominal (BRASIL, 2016).

Aos efeitos colaterais da dapsona encontram-se os cutâneos: síndrome de Stevens-johnson, dermatite, esfoliativa ou eritrodermia. Hepáticos: icterícias, náuseas e vômitos. Hemolíticos: tremores, febre, náuseas, ocasionalmente choque, leve icterícia, metahemoglobinemia, cianose, dispneia, taquicardia, cefaleia, fadiga, desmaios, náuseas, anorexia e vômitos (BRASIL, 2016).

A terapia medicamentosa indicado para os estados reacionais que a patologia apresenta é tratada de acordo com o seu tipo, podendo ser reação tipo 1 ou reação reversa que se caracteriza por apresentar novas lesões dermatológicas, infiltração, alteração da cor e edemas nas lesões antigas, assim como dor e espessamento de nervos, a droga de escolha é a prednisona 1 a 2 mg/kg/dia, conforme a avaliação clínica (BRASIL, 2013).

Quanto ao estado reacional do tipo 2 ou Eritema Nodoso Hansênico que se caracteriza por apresentar nódulos vermelhos e dolorosos, febre, dores articulares, dor e mal estar generalizado geralmente as lesões antigas mantêm-se sem alterações, a droga de escolha é a talidomida 100 a 400mg/dia conforme a apresentação do quadro, que é contra indicado para mulheres em idade fértil ou grávidas, devido seu efeito teratogênico (BRASIL, 2013).

Não existe medicamentos ou terapia específica para prevenir a hanseníase, porém o ministério da saúde indica a vacinação BCG (bacilo calmette-Guérin) para os indivíduos que habitam ou que passam maior parte do tempo com pessoas acometidas pelo mal de Hansen (BRASIL, 2016).

3.3 Insegurança Alimentar e socioeconômico

A Insegurança Alimentar (IA) em grupos vulneráveis pode implicar em prejuízos as praxes alimentares e a qualidade nutricional dos indivíduos. Tais doenças, como a Hanseníase, retroalimentam o processo da pobreza, reduzindo as possibilidades de desenvolvimento humano e colaborando para a deficiência imunológica das pessoas afetadas (TEIXEIRA, 2017).

A IA é o reflexo da dinâmica estrutural e de aspectos que demonstram a organização e o funcionamento de uma sociedade (MALUF; REIS, 2013). Estas conjunturas são induzidas por elementos sociodemográficos e econômicos, a exemplo da fragilidade social, responsável pelas iniquidades e contraste observados em diferentes padrões da pobreza (MALUF, REIS, 2013; OLIVEIRA *et al*, 2010).

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) de acordo com as Declarações dos Direitos Universais tem como finalidade garantir o acesso a alimentação e o bem estar aos indivíduos. De acordo com o II Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional 2016-2019 tem como estratégias de ações do governo federal viabilizar e garantir o acesso a segurança alimentar e o direito humano a uma adequada alimentação (BRASIL, 2017).

Define-se como segurança alimentar o direito ao acesso permanente e regular aos consumos alimentares de boa qualidade, sem que haja comprometimento de outras necessidades primordiais. Os graus de Insegurança Alimentar variam desde a sensação de angústia a preocupação pela incerteza da falta de alimento (SANTOS, *et al*, 2014).

4 MÉTODOS

O presente estudo fez parte de uma pesquisa Operacional, do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI), denominado INTEGRAHNS-Piauí: abordagem integrada dos aspectos clínicos, epidemiológicos, operacionais e psicossociais da hanseníase em municípios do Piauí de alta endemicidade, a mesma financiada por Organizações Não Governamentais (ONG), sendo elas: Netherlans Hansentasis Relief (NHR) e Campgne Internationale de l' Ordre de Malte contre la leprê (CIOMAL) sendo da Holanda e Suíça, respectivamente.

4.1 Tipo e natureza do estudo

Trata-se de um estudo descritivo e transversal. Estudos descritivos estão relacionados com a aceção das características na qual irão ser estudadas, levando em consideração uma população estabelecida ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Estudando também as características em comum de um grupo: sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde físico, mental, etc. Enquanto os estudos transversais remetem a um grupo de pessoas que têm algumas particularidades, tornando-se uma porção a ser seguida por determinado período de tempo, para se observar e analisar o que sobrevém (GIL, 2010).

4.2 Local e Período da realização do estudo

Este estudo foi realizado na cidade de Picos, sendo um município que fica localizado na região centro sul do Piauí possuindo uma população estimada de 76. 544 habitantes e com distância de 342 km da capital do Piauí (IBGE, 2015). A pesquisa foi dividida em três ondas, sendo denominado de onda cada etapa da pesquisa e foi utilizado para análise de dados desse estudo os dados referente a primeira, do Integrahans-Piauí, realizada em cinco bairros da cidade de Picos-PI, a saber: Bairro São José, São Vicente, Aerolândia, Morada do Sol e Belo Norte, no período de agosto de 2015 a fevereiro de 2016.

O motivo da adesão para a realização da pesquisa nesses bairros esteve relacionado pela maior concentração de casos de hanseníase no município, com ênfase ao bairro São Vicente e o São José (endêmico) que nos últimos treze anos notificaram um grande

número de casos, enquanto aos demais bairros foram selecionados por estarem próximo ao bairro São José e por fazerem parte das áreas delimitadas na primeira fase do projeto de pesquisa.

4.3 População e amostra

A população constituída para este estudo foram 104 pessoas que tiveram hanseníase entre os anos de 2001 a 2014 notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) habitantes dos bairros mencionados. A justificativa do período utilizado de treze anos foi adotado pelo fato do SINAN possuir dados ampliados dos pacientes a partir do ano de 2001. Foi composta por 79 pessoas, após atender todos os discernimentos de elegibilidade, nos quais foram compostos da seguinte maneira:

- Estar cadastrado no SINAN;
- Ser encontrado no território;
- Participar de todas as ondas da pesquisa, desde a Avaliação Simplificada Neurológica, até a concretização dos demais instrumentos da coleta de dados.

.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados iniciou-se a partir da investigação no SINAN estadual dos nomes das pessoas que tiveram hanseníase entre os anos de 2001 a 2014 na cidade de Picos-PI. Posteriormente, estas informações adquiridas foram organizadas em um banco de dados e agrupadas por bairros dos residentes no referido município.

Houve a localização dos domicílios, onde os mesmos foram mapeados com os pontos *Global Positioning System* (GPS) para a efetivação das visitas domiciliares com a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pesquisadores para convidar os casos referência, sendo denominado por esse nome as pessoas que têm ou tiveram a doença do domicílio, para participarem da pesquisa, na qual foram esclarecidos todos os propósitos da mesma, respeitando todas as normas do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), como o sigilo do caso referência. Denominou-se, na pesquisa, de caso referência a pessoa acometida pela doença.

No Inquérito Nutricional (ANEXO A) foram avaliados o consumo alimentar e a frequência desses alimentos, além de medidas antropométricas, tais como: peso, estatura, Índice de Massa Corporal (IMC) e distribuição da gordura corporal. Utilizou-se, para tanto,

um formulário já validado pelo projeto de pesquisa Integrahans Norte e Nordeste. As variáveis sociodemográficas registradas foram: sexo, raça, idade, estado civil, situação laboral, escolaridade, e renda mensal, qual a localização de residências anteriores.

4.5 Análise dos dados

Os dados adquiridos através dos instrumentos aplicados ao participante da pesquisa, foram digitados e armazenados no programa *Epi-Info* versão 7.1.5.0 e analisados no *Stata/SE* versão 11.0, usando arquivos em formato de base de dados (dta), foram organizados em tabelas com a concretização da estatística descritiva e discutidos de acordo com as literaturas pertinente.

4.6 Aspectos éticos

Levando em consideração a complexidade do tema exposto e a relevância ética do estudo, o mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPI, sob o parecer nº1. 115.818 (ANEXO C).

Este estudo teve por finalidade suprir as recomendações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para que fossem confiáveis as questões éticas envolvendo seres humanos em pesquisa (BRASIL, 2012).

Os participantes da pesquisa ganharam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO D), contendo informações pertinentes à pesquisa. Enquanto os menores de 18 anos, assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (ANEXO E). Foram copiadas duas vias de ambos os termos na qual uma permaneceu com o participante e a outra com o pesquisador. Nestes termos foram garantido total sigilo, anonimato, liberdade para o participante desistir da pesquisa a qualquer momento e ainda a garantia que o estudo não dará prejuízos ou complicações aos participantes.

O estudo não ofereceu riscos físicos para o participante, entretanto pode existir algum constrangimento perante a prática do exame físico, mas para diminuir esse constrangimento, os entrevistados foram postos em um local reservado, seguro e tranquilo para serem avaliados individualmente com a presença apenas do pesquisador.

Os pacientes que participaram do estudo tiveram o benefício de ganhar o estímulo voltado para o autocuidado, elucidações sobre a doença e a importância dos cuidados sobre a alimentação em virtude dos efeitos adversos provocado pela PQT. Os casos que tiveram

algumas particularidades de atenção especializada foram encaminhados ao Posto de Atendimento Médico (PAM). Do mesmo modo que, foram orientados quanto ao grande valor da contribuição desta pesquisa para o município de Picos, para os mesmos e de que todos os dados são utilizados somente para fins científicos.

5 RESULTADOS

Na Tabela 1 é possível observar que o sexo mais atingido foi o masculino apresentando o percentual de 53.16% e 58.23% declararam ter raça parda. A faixa etária prevalente foi de 20-59 anos (54.43%), a maioria dos participantes tinham a renda familiar *per capita* de um a dois salários mínimos com 49,37%. Em relação ao vínculo empregatício 24,05% possuíam trabalho informais e a quanto a moradia 78.48% possuíam morada regular/fixa.

Tabela 1– Perfil Sociodemográfico de pacientes acometidos por hanseníase entre os anos de 2001 e 2014 em Picos-PI (dados preliminares). Picos-PI, 2016. (n=79).

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Masculino	42	53.16
Feminino	37	46.84
Raça		
Branca	13	16.46
Parda	46	58.23
Negra	15	18.99
Amarela	4	5.06
Outra	1	1.27
Idade		
10-19 Anos	5	6.33
20-59 Anos	43	54.43
A partir de 60 anos	31	39.24
Renda*		
Até 1 salário mínimo	25	31.65
1-2 salários mínimos	39	49.37
2 até 4 salários mínimos	14	17.72
> 4 salários mínimos	1	1.27
Vínculo empregatício atual		
Não trabalha	8	10.13
Trabalho informal	19	24.05

Trabalho formal	14	17.72
Dona de casa	5	6.33
Inativo/ aposentado/ benefício	13	16.46
Ativo/ aposentado/ benefício	18	22.78
Outra	2	2.53
Situação de Moradia		
Regular/fixa	62	78.48
Aluguel/ temporária	16	20.25
Outra	1	1.27

Fonte: IntegraHans, 2016. *Salário mínimo regente no ano de 2015, quando a pesquisa foi realizada (R\$ 788,00)

A tabela 2 diz respeito sobre a Insegurança Alimentar associado a Classificação Operacional, em que dos pacientes classificados como Paucibacilar e Multibacilar a maioria tinham Segurança Alimentar com 81.58% e 90.24% respectivamente.

Tabela 2 – Associação entre Insegurança Alimentar e Classificação operacional em pessoas acometidas por hanseníase no município de Picos-PI, entre 2001 e 2014 (dados preliminares). Picos-PI, 2016 (n=79).

Classificação Operacional	Insegurança Alimentar								
	Segurança Alimentar		Insegurança Leve		Insegurança Moderada		Insegurança Grave		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Paucibacilar	31	81.58	5	13.16	0	0	2	5.26	
Multibacilar	37	90.24	2	4.88	1	2.44	1	2.44	
								P= 0.961	

Fonte: IntegraHans-PI, 2016.

Relacionado a Insegurança Alimentar e IMC, na Tabela 3 é possível verificar que a maioria dos pacientes do estudo foram classificados como Eutrófico e destes 85.29% tinham Segurança Alimentar.

Tabela 3- Associação entre Insegurança Alimentar e Índice de Massa Corporal (IMC) em pessoas acometidas por hanseníase no município de Picos-PI, entre 2001 e 2014 (dados preliminares). Picos-PI, 2016 (n=79).

Classificação segundo o IMC*	Insegurança Alimentar							
	Segurança Alimentar		Insegurança Leve		Insegurança Moderada		Insegurança Grave	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	Baixo Peso	7	87.50	0	0	1	12.50	0
Eutrófico	29	85.29	4	11.76	0	0	1	2.94
Sobrepeso	26	86.67	2	6.67	0	0	2	6.67
Obesidade	6	85.71	1	14.29	0	0	0	0

Fonte: IntegraHans-PI, 2016. *as faixas de IMC usadas foram seguidas da cartilha do adulto disponível no site do Ministério da Saúde < <http://portalsaude.saude.gov.br/dicas-de-saude/imc-em-adultos.html>>

Na Tabela 4 traz a associação de Insegurança Alimentar com a renda *per capita*, onde foi visto que em pacientes com 1 a 2 salários mínimos tiveram uma porcentagem de 82.50% com Segurança Alimentar.

Tabela 4- Associação entre Insegurança Alimentar e Classificação operacional em pessoas acometidas por hanseníase no município de Picos-PI, entre 2001 e 2014 (dados preliminares). Picos-PI, 2016 (n=79).

Renda per capita	Insegurança alimentar							
	Segurança Alimentar		Insegurança Leve		Insegurança Moderada		Insegurança Grave	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	Até 1 salário mínimo	22	91.67	1	4.17	0	0	1
De 1 a 2 salários mínimos	33	82.50	4	10	1	2.5	2	5
De 2 a 4 salários mínimos	12	85.71	2	14.29	0	0	0	0
Acima de 4 salários mínimos	1	100	0	0	0	0	0	0

Fonte: IntegraHans-PI, 2016.

P= 0.961

A Tabela 5 traz a frequência de consumo alimentar por grupos de alimentos no qual os de origem animal 79.75% dos pacientes relataram consumir carne vermelha, 87.34% carne de aves, 58.23% peixes, mas não diariamente e 54.43% afirmaram consumirem leite diariamente. Relacionado ao consumo alimentar de origem vegetal 73.42% comem feijão todos os dias, 55.70% salada crua, 72.15% salada cozida, 63.29% suco de frutas e 51.90% frutas, porém não diariamente. Sobre o consumo de alimentos e bebidas com alto teor de açúcar foi visto que 45.57% ingerem alimentos e 44.30% bebidas, mas não todos os dias. Sobre o consumo auto referido de sal 50.63% relataram fazer uma ingestão adequada.

Tabela 5- Frequência de consumo alimentar por grupos de alimentos com pessoas acometidas pela hanseníase no município de Picos-PI, entre 2001 e 2014 (dados preliminares). Picos-PI, 2016 (n=79).

VARIÁVEIS	N	%
Frequência de consumo alimentar de origem animal		
Consumo de carne vermelha		
Não consome	5	6.25
Consome diariamente	11	13.92
Consome, mas não diariamente	63	79.75
Consumo de carne de aves		
Não consome	6	7.59
Consome diariamente	4	5.06
Consome, mas não diariamente	69	87.34
Consumo de peixes		
Não consome	32	40.51
Consome diariamente	1	1.27
Consome, mas não diariamente	46	58.23
Consumo de leite		
Não consome	18	22.78
Consome diariamente	43	54.43
Consome, mas não diariamente	18	22.78
Frequência de consumo alimentar de origem vegetal		
Consumo de feijão		

Não consome	1	1.27
Consome diariamente	58	73.42
Consome, mas não diariamente	20	25.32
Consumo de salada crua		
Não consome	13	16.46
Consome diariamente	22	27.85
Consome, mas não diariamente	44	55.70
Consumo de salada cozida		
Não consome	18	22.78
Consome diariamente	4	5.06
Consome, mas não diariamente	57	72.15
Consumo de suco de frutas natural		
Não consome	11	13.92
Consome diariamente	18	22.78
Consome, mas não diariamente	50	63.29
Consumo de frutas		
Não consome	4	5.06
Consome diariamente	34	43.04
Consome, mas não diariamente	41	51.90
Frequência do consumo de alimentos e bebidas c/ alto teor de açúcar		
Alimentos c/ alto teor de açúcar		
Não consome	24	30.38
Consome diariamente	19	24.05
Consome, mas não diariamente	36	45.57
Bebidas c/ alto teor de açúcar		
Não consome	32	40.51
Consome diariamente	12	15.19
Consome, mas não diariamente	35	44.30
Frequência de consumo auto referido de sal		
Auto avaliação consumo de sal		
Muito alto	2	2.53
Alto	3	3.80
Adequado	40	50.63

Baixo	29	36.71
Muito baixo	5	6.33

6 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou conhecer os padrões da análise de insegurança alimentar em pessoas acometidas pela hanseníase. Assim, para que os resultados apresentados anteriormente pudessem ser discutidos, foram confrontados com a bibliografia comparável, nacional e/ou internacional.

É oportuno salientar que o Brasil adotou compromissos internacionais e nacional relacionados à segurança alimentar e nutricional (ASSIS, 2002). A IA em grupos vulneráveis, está associado a falta de saneamento básico, destino de lixo inadequado, entre outros, podendo resultar em prejuízos quando voltados a hábitos alimentares, estado nutricional e renda (TEIXEIRA,2017). Silva *et al* (2017) cita que na avaliação da Insegurança alimentar em comunidades rurais no Nordeste brasileiro que grande parte de sua amostra constituiu de pessoas que apresentaram insegurança alimentar.

Dados semelhantes a este trazidos por Duarte; Ayres; Simonetti (2007) que buscou analisar o perfil socioeconômico e demográfico de portadores de hanseníase atendidos em uma consulta de enfermagem assegurou que a maioria dos pacientes foram do sexo masculino, já no estudo de Indian (2015) na qual mostrou que a maioria das pessoas acometidas eram do sexo feminino, embasados em *status* socioeconômico de saúde a pessoa afetada a lepra.

Baseado nos dados que expressam as maiores proporções relacionados a idade, Pires *et al* (2013) analisou a hanseníase em menores de 15 anos afirmando que a mesma pode estar presente em diversas faixas etárias, levando em comparação do que nos traz Moura *et al* (2016), onde a faixa etária de maior incidência foi de 37 e 53 anos, cujo foi embasado uma investigação do perfil dos portadores de hanseníase de um centro de referência de um estado brasileiro. E para Silva, Toledo, Gelatti (2015) que analisou o perfil epidemiológicos de pacientes portadores de hanseníase em Uruaçu-GO a idade que mais prevaleceu foi de 30 a 39 anos de idade, Corrêa, Ivo, Honer (2006) que buscou a Insegurança Alimentar medida a partir da percepção das pessoas observou-se maior predominância na população da faixa adulta e idoso.

Em relação a raça em outras literaturas foi possível identificar semelhanças prevalecendo a cor parda nas Tendências das taxas de detecção de hanseníase em jovens de 10 a 19 anos de idade nas regiões de integração do estado do Pará, Brasil no período de 2005 a 2014 realizado por Neves *et al* (2017), e enquanto o de Lopes e Pereira (2015) que buscou

uma análise da incidência de hanseníase no município de Juína no período de 2004 a 2013 houve um realce na cor branca.

Quanto a classificação operacional diante do que foi afirmado por Brito *et al* (2014) que fez uma análise da epidemiologia da hanseníase em um estado do nordeste brasileiro houve predominância de casos MB, em sentido contrário Monteiro *et al* (2013) na qual realizou uma avaliação nutricional e alimentar de pacientes portadores de hanseníase tratados em unidades de saúde da grande Vitória, Estado do Espírito Santo em que a maioria foram PB.

Ao ser analisados a classificação operacional versus a insegurança alimentar em pacientes acometidos pela hanseníase pode-se perceber que quando confrontados com outras literaturas encontrou-se dados semelhantes com a de Teixeira (2017) que buscou identificar a insegurança alimentar, estado nutricional e hábitos alimentares em pacientes hansenícos no interior da Bahia onde prevaleceu a segurança alimentar tanto em PB quanto MB.

Houve uma transição de poder aquisitivo quando se compara a taxa de maior detecção da renda *per capita* com estudos antecedentes. Duarte, Ayres; Simonetti (2007) mostrou comparativos semelhantes, em que a maior porcentagem obteve de 0,5 a 1 salário 38% e de 1 a dois salários 32%, na qual os mesmos consideram a renda como um dos indicadores socioeconômicos utilizados para a elaborar o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Ao comparar com o que nos trouxe Lages (2017) nos aspectos que interferem no acompanhamento de contatos de portadores de hanseníase em um município hiperendêmico afirmam os aspectos financeiros prevalece o resultado de 2 salários mínimos com o percentual de 32.5%, coadunado a essa afirmação estabelecem um maior desafio para as políticas públicas de saúde.

A situação laboral obteve resultados semelhantes com o que diz Almeida (2016) embasado na avaliação da prevenção primordial à prevenção quaternária, onde apresentou-se que a maioria dos pacientes possuíam trabalho informal seguido por pessoas ativas/aposentadas/benefício e com o de Lustosa (2011) que nos trouxe o impacto da hanseníase na qualidade de vida relacionados a saúde, cuja sua amostra constituiu de 83 (77.6%) de situação laboral informal.

Em relação a moradia foi encontrado análises semelhantes a este como o de Ignotti; Ferreira; Gamba (2011), que verificou os fatores associados a recidiva da hanseníase no Mato Grosso prevaleceram 39 (73.6%) residentes em moradia fixa. Portal (2016) afirma

que numa busca ativa de hanseníase por meio de educação em saúde entre populações ribeirinhas a predominância era de moradia fixa e de madeira.

A Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS) tem como finalidade promover a qualidade de vida, diminuindo os fatores de riscos associados aos meios internos e externos do ambiente, tais como aqueles que interferem na qualidade de vida, como na promoção de hábitos saudáveis, enfatizando a alimentação (SILVA,2014).

Observou-se no estudo de Montenegro (2010) na qual foi uma associação entre o estado nutricional e a reação hansênica- um coorte de portadores de hanseníase em municípios de Grande Vitória (ES) resultados semelhantes, onde 53.4% do sexo masculino e 44.3% do sexo feminino apresentavam-se eutróficos. Estabelecendo sentidos contrários com o que foi citado por Bruschi; Labrêa; Eidt (2011) cujo verificou uma avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de pacientes com hanseníase do ambulatório de dermatologia sanitária a maioria dos participantes se deram com sobrepeso constituindo 56.4% da amostra.

A frequência de consumo de alimentos quando confrontado com estudos de Montenegro *et al* (2010) na qual diz respeito a uma avaliação nutricional e alimentar de pacientes portadores de hanseníase tratados em unidades de saúde da grande Vitória mostrou-se resultados semelhantes em relação ao consumo de feijão que se dava em consumo diário representando um percentual de 73.42% e o de frutas estabelecendo o consumo não diário de 41.1% e de vegetais 57%. Em controvérsias o estudo mostrou que houve um menor consumo de leite 54.43%.

Em consideração ao consumo da carne houve semelhança pois destacou-se como segunda mais consumida a vermelha com 74.8%, em relação ao consumo de suco de frutas apresentado por Souza *et al* (2013) na sua análise de alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009, teve um resultado semelhante a este, expondo 39.8%. Segundo Dias *et al* (2013) na sua avaliação das características determinantes entre portadores de hanseníase em uma área hiperendêmica menciona que a carne de animais silvestres está entre um dos alimentos mais consumidos, destacando-se tatu, paca, anta e capivara onde a maioria dos participantes relataram não consumir vegetais.

A frequência de consumo de alimentos e bebidas com alto teor de açúcar em um comparativo trazido por Souza *et al* (2013) obteve semelhança a este, prevalecendo um resultado de 48.7% de alimento com alto teor de açúcar enquanto houve o consumo de 19.7% em bebidas com alto teor de açúcar fazendo um comparativo com o que diz Martins *et al* (2016) na qual buscou avaliar consumo alimentar de idosos e sua associação com estado

nutricional com base nos valores recomendados para o consumo identificou um valor de 56% de açúcar.

Quanto ao consumo de sal citado por Oliveira *et al* (2015) na qual buscou identificar o consumo elevado de sal autorreferido em adultos: dados da pesquisa Nacional de Saúde, 2013 revelou-se que no estado do Piauí a prevalência foi de 15.2% o que apresentou um resultado controverso, quando comparado a este.

.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo que buscou analisar a insegurança alimentar em pacientes com hanseníase obtendo-se êxito, pois permitiu analisar a insegurança alimentar quanto a sua classificação operacional, IMC, descrevendo os principais grupos de alimentos em caráter qualitativo e caracterizando seus fatores socioeconômico e demográficos.

Os resultados da pesquisa coincidem com outros estudos analisados e neste sentido, salienta-se a importância de prestar cuidados com abordagens voltado principalmente para o cuidado da alimentação e o sedentarismo, já que no estudo observou-se um alto índice de insegurança alimentar grave em pacientes com obesidade.

O estudo pode contribuir em conhecer o índice de pessoas acometidas pela doença na cidade de Picos-PI, detectar os bairros mais prevalentes, além disso pode salutar reflexos sobre processo de cuidar do paciente com hanseníase.

As dificuldades encontradas foram em detectar os casos referências em sua residência, pois alguns já não se encontravam no endereço cadastrado, além disso teve a questão da resistência que tivemos com alguns pacientes e manter o sigilo profissional de pessoas acometidas pela doença para os entes familiares que contribuíram para a pesquisa e a escassez de estudos voltada para essa temática.

Tendo em vista do que foi analisado se torna imprescindível a atenção multiprofissional na assistência prestada a esses cuidados.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, L.P.F., *et al* ; Avaliação dos indicadores epidemiológicos para a hanseníase no Brasil, 2008 a 2015, **Rev. Educ. em Saú.**, v. 5, n. 3, p.7-14, 2017.1
- ASSIS, A. M. O., *et al*, O programa de saúde da família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista da equipe multidisciplinar, **Rev. Nutr. Campinas**, v. 15, n. 3, p. 255-266, 2002.
- ALMEIDA, L. M. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 91-96, 2005.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para Vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública**. 1 ed. Brasília:2016. 58p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E AGRÁRIO **Plano nacional de segurança alimentar e nutricional**. Brasília:2017. 82p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de políticas de saúde. departamento de atenção básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia para controle da hanseníase**. Brasília: 2002.
- BRITO, K. K. G. *et al*, Epidemiologia da hanseníase em um estado do nordeste brasileiro, **Rev enferm UFPE on line**, v. 8, n. 8, p. 2686-93, 2014.
- BRUSCHI, K. L., LABRÊA, M. G. A., EIDT, L. M., Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de pacientes com hanseníase do ambulatório de dermatologia sanitária, **Hansenologia Internationalis**, v. 36, n. 2, p. 53-61, 2011.
- CÔRREA. Insegurança Alimentar medida a partir da percepção das pessoas. **Estudos Avançados**, v.21, n.60, p.142-154,2007.
- CORRÊA, C. M.J, IVO, M. L., HONER, M. R., Incapacidades em sujeitos com hanseníase em um centro de referencia do centro-oeste brasileiro entre 2000-2002, **Hansenologia Internationalis**, v. 31, n.2, p. 21-8, 2006.
- DAXBACHER, E. R. L; FERREIRA, I, N; **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília Epidemiologia da Hanseníase. In. Universidade de Brasília-UnB. Epidemiologia da Hanseníase. Brasília, nesprom, 2014. P.45-65.
- DIAS, J. L., *et al*, Características determinantes entre portadores de hanseníase em uma área hiperendêmica, **Revista brasileira de ciências da saúde**, v. 11, n. 38, p. 1-6, 2013.
- DUARTE, M. T. C., AYRES, J. A., SIMONETTI, J. P., Perfil socioeconômico e demográfico de portadores de hanseníase atendidos em consulta de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, n. 15, 2007.

FERREIRA, S. M. B., IGNOTTI, E., GAMBA, M. A., Fatores associados à recidiva em hanseníase em Mato Grosso, **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 756-64, 2011.

GRACIE, R., *et al.*, Análise da distribuição geográfica dos casos de hanseníase. Rio de Janeiro, 2001 a 2012, **Redalyc.org**, v. 22, n. 5, p. 1605-1704, 2017.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 6º ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HOFFMANN, R.; Segurança Alimentar. **Estudos Avançados**, v.9, n.24, p.159-172, 1995.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: 2010.

IDIAN, J. L., Status socioeconômico e de saúde da pessoa afetada a lepra: um estudo em jharkhand, **US national library of medicine**, v. 86, n.3, p. 145-54, 2015.

LOPES, V. A. S. L.; 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.

LUSTOSA, A. A., O impacto da hanseníase na qualidade de vida relacionada a saúde, 2011, 126 f., dissertação em mestrado, Universidade Federal do Piauí, 2016.

LOPES, D. A. C., PEREIRA, L. G., Análise da Incidência de hanseníase no município de Juína no período de 2004 a 2013. **Rev Saúde AJES**, v. 1, n. 2, p. 1-26, 2015.

MALUF, R. S.; REIS, M. C. Conceitos e princípios de Segurança Alimentar e Nutricional. In: **Segurança Alimentar e Nutricional – perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.

MONTENEGRO, R. M. N. Associação entre o estado nutricional e a reação hansênica- um coorte de portadores de hanseníase em municípios de Grande Vitória (ES) 2010. 77f.dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória.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**, p.1-4, 2010.

MONTEIRO, L. D., *et al.*, Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período da pós alta da poliquimioterapia em um município no norte do Brasil, **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 909-920, 2013.

Ministério da Saúde(BR), DATASUS/SAGE. Situação de saúde, indicadores de morbidade, hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde,2016.

Ministério da Saúde (BR), DATASUS/SINANTE. Tabnet: Hanseníase. Brasília: Ministério da saúde;2016.

MOURA, A. D. A., *et al* Perfil dos portadores de Hanseníase de um centro de referência de um estado brasileiro, **REVENFERMUERJ**, v.24, n.6, p.1-6, 2016.

NETA, O. A. G., *et al.*, Percepção dos profissionais de saúde e gestores sobre a atenção em hanseníase na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira em promoção da saúde**, v. 30, n.2, p. 239, 2017.

NEVES, D.C. O *et al*, Tendência das taxas de detecção de hanseníase em jovens de 10 a 19 anos de idade nas regiões de integração do estado do Pará, Brasil, no 2005 a 2014, v. 08, v. 1, p. 29-37, 2017.

ASSIS, L.P.F., *et al* ; Avaliação dos indicadores epidemiológicos para a hanseníase no Brasil, 2008 a 2015, **Rev. Educ. em Saú.**, v. 5, n. 3, p.7-14, 2017.1

ALMEIDA, L. M. Da prevenção primordial à prevenção quaternária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 91-96, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para Vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública**. 1 ed. Brasília:2016. 58p.

BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E AGRÁRIO **Plano nacional de segurança alimentar e nutricional**. Brasília:2017. 82p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia para controle da hanseníase**. Brasília: 2002.

BRUSCHI, K. L., LABRÊA, M. G. A., EIDT, L. M., Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de pacientes com hanseníase do ambulatório de dermatologia sanitária, **Hansenologia Internationalis**, v. 36, n. 2, p. 53-61, 2011.

CÔRREA. Insegurança Alimentar medida a partir da percepção das pessoas. **Estudos Avançados**, v.21, n.60, p.142-154,2007.

DAXBACHER, E. R. L; FERREIRA, I, N; **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília Epidemiologia da Hanseníase. In. Universidade de Brasília-UnB. Epidemiologia da Hanseníase. Brasília, nesprom, 2014. P.45-65.

DUARTE, M. T. C., AYRES, J. A., SIMONETTI, J. P., Perfil socioeconômico e demográfico de portadores de hanseníase atendidos em consulta de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, n. 15, 2007.

FERREIRA, S. M. B., IGNOTTI, E., GAMBA, M. A., Fatores associados à recidiva em hanseníase em Mato Grosso, **Rev Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 756-64, 2011.

GRACIE, R., *etal.*, Análise da distribuição geográfica dos casos de hanseníase. Rio de Janeiro, 2001 a 2012, **Redalyc.org**, v. 22, n. 5, p. 1605-1704, 2017.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**. 6º ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HOFFMANN, R.; Segurança Alimentar. **Estudos Avançados**, v.9, n.24, p.159-172, 1995.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: 2010.

IDIAN, J. L., Status socioeconômico e de saúde da pessoa afetada a lepra: um estudo em jharkhand, **US national library of medicine**, v. 86, n.3, p. 145-54, 2015.

LAGES, S. M. J., Aspectos que interferem no acompanhamento de contatos de portadores de hanseníase em um município hiperendêmico, 2017, monografia, Universidade Federal do Maranhão, Maranhão, 2017.

LOPES, V. A. S. L.; 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.

LUSTOSA, A. A., O impacto da hanseníase na qualidade de vida relacionada a saúde, 2011, 126 f., dissertação em mestrado, Universidade Federal do Piauí, 2016.

MALUF, R. S.; REIS, M. C. Conceitos e princípios de Segurança Alimentar e Nutricional. In: **Segurança Alimentar e Nutricional – perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.

MARTINS, M. V., Consumo alimentar de idosos e sua associação com o estado nutricional, **HU revista**, v. 42, n. 2, p. 125-131, 2016.

MONTENEGRO, R. M. N. Associação entre o estado nutricional e a reação hansênica- um coorte de portadores de hanseníase em municípios de Grande Vitória (ES) 2010. 77f.dissertação de mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória.2010.

MONTENEGRO, R. M. N., *etal.*, Avaliação nutricional e alimentar de pacientes portadores de hanseníase tratados em unidades de saúde da grande Vitoria, Estado do Espírito Santo, **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, p.1-4, 2010.

Ministério da Saúde(BR), DATASUS/SAGE. Situação de saúde, indicadores de morbidade, hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde,2016.

Ministério da Saúde (BR), DATASUS/SINANTE. Tabnet: Hanseníase. Brasília: Ministério da saúde;2016.

NETA, O. A. G., *etal.*, Percepção dos profissionais de saúde e gestores sobre a atenção em hanseníase na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira em promoção da saúde**, v. 30, n.2, p. 239, 2017.

RIBEIRO, A. A. *etal.*, Caracterização socioeconômica, estado nutricional e prevalência de insegurança alimentar em idosos usuários do restaurante popular de um município do nordeste brasileiro. **Revista Ciência Plural**, v. 2, n. 3, 2017.

ROCHA, S. **Pobreza no Brasil: afinal do que se trata?** Rio de Janeiro: FGV, 2006.

SANTOS, L. P. *etal*, Proposta de versão curta da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. **Rev. Saúde Pública**, v.48, n. 5, p. 783-789, 2014.

SILVA, M. C. D., PAZ, E. P. A., Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: A vivência da equipe multiprofissional, **Rev. Enferm.**, v.14, n.2, p. 223-229, 2010.

SOUZA, A. M., *etal*, Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009, **Rev Saúde Pública**, v. 47, n 1, 190S-195, 2013.

OLIVEIRA, J.S., *etal*. Anemia, Hipovitaminose A e Insegurança Alimentar em Crianças de Municípios de Baixo Índice de Desenvolvimento Humano. **Rev. Bras. de Epidemiol.**, v. 13, n. 4, p. 651-664, 2010.

OLIVEIRA, M. M., *etal*, Consumo elevado de sal autorreferido em adultos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013, **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 24, n. 3, p. 249-256, 2015.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Atualização global da hanseníase, 2014: necessidade de detecção precoce de casos. Registro epidemiológico semanal, 90 (36). Genebra: OMS; 2015. p. 461-76.

OLIVEIRA, J.S., *etal*. Anemia, Hipovitaminose A e Insegurança Alimentar em Crianças de Municípios de Baixo Índice de Desenvolvimento Humano. **Rev. Bras. de Epidemiol.**, v. 13, n. 4, p. 651-664, 2010.

OLIVEIRA, M. M., *etal*, Consumo elevado de sal autorreferido em adultos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013, **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 24, n. 3, p. 249-256, 2015.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Atualização global da hanseníase, 2014: necessidade de detecção precoce de casos. Registro epidemiológico semanal, 90 (36). Genebra: OMS; 2015. p. 461-76.

PIRES, C. A. A. *etal*. Hanseníase em menores de 15 anos: a importância do exame do contato. **Rev Paul Pediatr**, v. 30, n. 2, p. 292-295, 2013.

PORTAL, L. C., Busca ativa de hanseníase por meio de educação em saúde entre populações ribeirinhas, **Rev. Enferm. UFPE online**, v. 10, n. 7, p. 1-7, 2016.

RIBEIRO, A. A. *etal.*, Caracterização socioeconômica, estado nutricional e prevalência de insegurança alimentar em idosos usuários do restaurante popular de um município do nordeste brasileiro. **Revista Ciência Plural**, v. 2, n. 3, 2017.

ROCHA, S. **Pobreza no Brasil: afinal do que se trata?** Rio de Janeiro: FGV, 2006.

SANTOS, L. P. *etal.*, Proposta de versão curta da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar. **Rev. Saúde Pública**, v.48, n. 5, p. 783-789, 2014.

SILVA, E. K. P. *et al.*, Insegurança alimentar em comunidades rurais no Nordeste brasileiro: faz diferença ser quilombola? **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 04, p. 1-14, 2017.

SILVA, M. C. D., PAZ, E. P. A., Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: A vivência da equipe multiprofissional, **Rev. Enferm.**, v.14, n.2, p. 223-229, 2010.

SILVA, M. N., TOLEDO, B. J., GELATTI, L.C., Perfil epidemiológicos de pacientes portadores de hanseníase em Uruaçu-GO, **Revista eletrônica de Ciências humanas, saúde e tecnologia**, v. 7, n.1, p. 1-11, 2015.

SILVA, S. C., Análise de materiais produzidos pelas referências técnicas estaduais de alimentação e nutrição: uma contribuição para implementação da política nacional de alimentação e nutrição. 48f. dissertação da especialização de saúde pública. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasília, 2014.

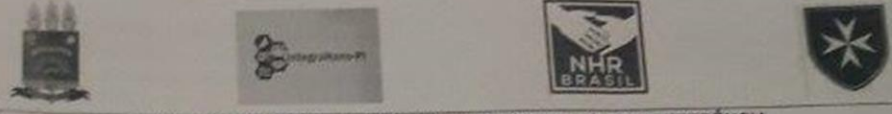
SOUZA, A. M., *etal.*, Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009, **Rev Saúde Pública**, v. 47, n 1, 190S-195, 2013.

TEIXEIRA, C. S. S.; Insegurança Alimentar, estado nutricional e hábitos alimentares de pessoas acometidas por hanseníase em municípios do interior da Bahia, 2001-2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, 2017.

TEIXEIRA, C. S. S.; Insegurança Alimentar, estado nutricional e hábitos alimentares de pessoas acometidas por hanseníase em municípios do interior da Bahia, 2001-2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE, 2017.

ANEXOS

ANEXO A- Inquérito Nutricional- Caso Referência



INSTRUMENTO 24 – INQUÉRITO NUTRICIONAL - CASO REFERÊNCIA
Versão: 08-09-2015

PROJETO INTEGRANS PIAUI
PREENCHIMENTO COM VERIFICAÇÃO DE DADOS DO CASO

Número (ID) do Domicílio/Família: _____ Número (ID) do Caso Referência: _____
 Unidade de Saúde: _____ Cód. _____ Número do SINAN do Caso Referência: _____
 MUNICÍPIO: (1) PICOS (2) FLORIANO _____
 Pesquisador: _____ Data da Coleta: _____
 Revisor: _____ Data da Revisão: _____
 Nome completo do caso referência: _____

PERFIL NUTRICIONAL DO CASO REFERÊNCIA

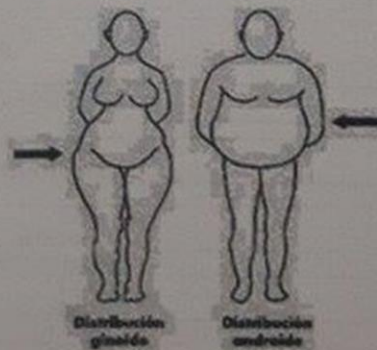
ITEM	QUESTÃO	CÓDIGOS/CATEGORIAS	REVISOR
1	Qual o seu peso atualmente? (mesmo que seja valor estimado)	____ (Kg), ____ (g) Não sabe Ignorado / Não quer responder	1 2 9
2	Quanto tempo faz que se pesou da última vez?	Menos de 1 semana Entre 1 semana e menos de 1 mês Entre 1 mês a menos de 3 meses Entre 3 meses a menos de 6 meses Há 6 meses ou mais Nunca se pesou Não sabe Ignorado / Não quer responder	1 2 3 4 5 6 7 9
3	Lembra qual o seu peso aproximado por volta dos 20 anos de idade? (somente para pessoas com 30 anos ou mais)	Sim _____ (Kg) Não se aplica Ignorado / Não quer responder	1 2 9
4	Qual a sua altura? (mesmo que seja valor estimado)	____ (cm) Não sabe Ignorado / Não quer responder	1 2 9
5	Quantos dias da semana costuma comer feijão?	Dias _____ Ignorado / Não quer responder Nenhum	1 9 0
6	Quantos dias da semana costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru?	Dias _____ Ignorado / Não quer responder	1 9
7	Se SIM, quantas vezes por dia come este tipo de salada?	1 vez por dia (no almoço ou no jantar) 2 vezes por dia (no almoço e no jantar) 3 vezes ou mais por dia	1 2 3
8	Em quantos dias da semana costuma comer verdura ou legume cozido, como couve, cenoura, chuchu, bennijela, abobrinha? (sem contar batata, mandioca ou inhame)	Dias _____ Ignorado / Não quer responder	1 9
9	Se SIM, quantas vezes por dia?	1 vez por dia 2 vezes por dia 3 vezes ou mais por dia Nenhum	1 2 3 0
10	Em quantos dias da semana costuma comer carne vermelha? (boi, porco, cabrito)	Dias _____ Ignorado / Não quer responder	1 9

1

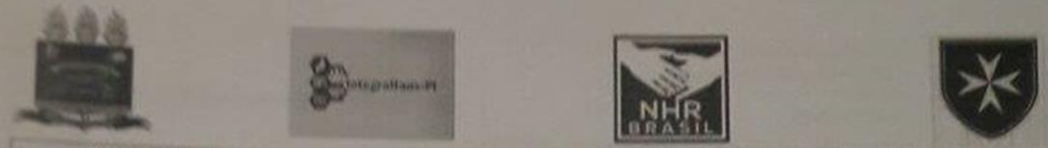
© Instrumento adaptado do Projeto Integrans Norte e Nordeste, coordenado pela UFC.

11	Se SIM, quando come carne vermelha, costuma	Tirar o excesso de gordura visível Comer com a gordura	1 2	()
12	Em quantos dias da semana costuma comer ave?	Dias _____ Nenhum Ignorado / Não que responder	0 1 9	()
13	Se SIM, quando come frango/galinha costuma	Tirar a pele Comer com a pele	1 2	()
14	Em quantos dias da semana costuma comer peixe?	Dias _____ Nenhum Ignorado / Não que responder	0 1 9	()
15	Em quantos dias da semana costuma tomar suco de fruta natural?	Dias _____ Nenhum Ignorado / Não que responder	0 1 9	()
16	Se SIM, quantos copos por dia toma de suco de frutas natural?	1 copo 2 copos 3 copos ou mais	1 2 3	()
17	Em quantos dias da semana costuma comer frutas?	Dias _____ Nenhum Ignorado / Não que responder	0 1 9	()
18	Se SIM, quantas vezes por dia come frutas?	1 vez por dia 2 vezes por dia 3 vezes ou mais por dia	1 2 3	()
19	Em quantos dias da semana costuma tomar refrigerante (ou suco artificial)?	Dias _____ Nenhum Ignorado / Não que responder	0 1 9	()
20	Se SIM, que tipo de refrigerante ou suco artificial costuma tomar?	Normal Diet / Light Ambos	1 2 3	()
21	Se SIM, em geral, quantos copos por dia costuma tomar?	1 copo 2 copos 3 copos ou mais	1 2 3	()
22	Em quantos dias da semana costuma tomar leite de fonte animal?	Dias _____ Nenhum Ignorado / Não que responder	0 1 9	()
23	Se SIM, que tipo de leite costuma tomar?	Integral Desnatado ou Semidesnatado Os dois tipos	1 2 3	()
24	Em quantos dias da semana come alimentos doces, tais como: pedaços de bolo ou tortas, doces, chocolates, balas, biscoitos ou bolachas doces?	Dias _____ Nenhum Ignorado / Não que responder	0 1 9	()
25	Em quantos dias da semana substitui a refeição do almoço ou jantar por sanduíches, salgados ou pizza?	Dias _____ Nenhum Ignorado / Não que responder	0 1 9	()
26	Considerando sua alimentação diária, o consumo de sal é?	Muito alto Alto Adequado Baixo Muito baixo	1 2 3 4 5	()
Medidas Antropométricas (neste momento o entrevistado deve estar de pé, vestido de roupas leves, descalço e sem adornos – relógio, pulseiras, colares)				
27	Faixa etária: [Em caso de dúvida nesta classificação, descrever]	Criança (menor de 2 anos) Criança (entre 2 e 10 anos) Adolescente (entre 11 e 19 anos) Adulto (entre 20 e 59 anos) Idoso (acima de 60 anos) Dúvida	1 2 3 4 5 6	()
28	Peso [2 casas decimais após a vírgula]	_____ (Kg)		()

29	Estatura [2 casas decimais após a vírgula]	_____ (cm)	()
30	Índice de Massa Corporal (IMC) [2 casas decimais após a vírgula]	_____ (Kg/m ²)	()
31	Para cadeirantes		
	Homens: [64,19 - (0,04 x idade) + (2,02x altura do joelho em cm)] Mulheres: [64,88 - (0,24 x idade) + (1,83x altura do joelho em cm)]	medida da semi-envergadura (distância de meio braço) _____ (cm) altura do joelho _____ (cm)	() ()
32	Circunferência Cervical	_____ (cm)	()
33	Circunferência da Cintura	_____ (cm)	()
34	Circunferência Abdominal	_____ (cm)	()
35	Circunferência do Quadril	_____ (cm)	()
36	Relação Cintura Quadril (RCQ)	_____	()
37	Distribuição da Gordura Corporal [pode ser marcada mais de uma - Giba e mais 1 opção] [não se aplica em criança, adolescente e idoso]		Giba 1 Ginecóide 2 Andróide 3 Eutrófico 4 Não se aplica 5 ()
	Inspeção Corporal [podem ser marcadas mais de 1 opção] [somente para pacientes em uso de corticoides]		Face em lua 1 Estrias 2 Acne 3 Pele fina 4 Equimose 5 Não se aplica 6 Ignorado 9 ()



ANEXO B- Instrumento socioeconômico e demográfico- Caso Referência



INSTRUMENTO 5 – SOCIOECONÔMICO e DEMOGRÁFICO – CASO REFERÊNCIA

VERSÃO: 07/09/15

PROJETO INTEGRANHANS 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	1	()
		Feminino	2	
2.	Qual a sua etnia / Cor ? <i>[auto referida]</i>	Branca	1	()
		Parda	2	
		Negra/Preta	3	
		Amarela	4	
		Indígena	5	
		Outra _____	6	
		Não sabe / Não quer responder	9	
3.	Qual a data de nascimento ? <i>[dia/mês/ano]</i>	____/____/____		
4.	Qual a idade <i>[em anos]</i> – se não houver data de nascimento?	_____		()
5.	Qual o nome completo da mãe?	_____		
6.	Qual a nacionalidade? <i>[País]</i>	_____		
7.	Qual a naturalidade? <i>[Estado-UF] / [Município]</i>	____/____		
8.	Qual o telefone de contato? <i>[Incluir DDD]</i>	_____		
9.	Qual o tempo de residência, definitiva ou temporária, nesse município? <i>[em meses]</i>	_____		()
10.	Há quanto tempo reside no domicílio atual? <i>[em meses]</i>	_____		()

1

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

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 8° 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)/Divorciado(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>	<p>Não 0 ()</p> <p>Sim, antes do diagnóstico do seu caso 1 ()</p> <p>Sim, depois do diagnóstico do seu caso 2 ()</p> <p>Sim, desconhece-se o momento do diagnóstico 3 ()</p> <p>Não sabe /Não quer responder 9 ()</p>	
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>	<p>Não 0</p> <p>Bisavô/Bisavó 1</p> <p>Avô/Avó 2</p> <p>Mãe/Pai 3</p> <p>Irmão/Irmã 4</p> <p>Primo/Prima 5</p> <p>Tio/Tia 6</p> <p>Cunhado/Cunhada 7 ()</p> <p>Sobrinho/Sobrinha 8</p> <p>Neto/Neta 10</p> <p>Cônjuge/Companheiro(a)/Parceiro(a) 11</p> <p>Agregado(a) 12</p> <p>Filho/Filha 13</p> <p>Outra _____ 14</p> <p>Não sabe /Não quer responder 9</p>	
30	Qual o contexto geral de trabalho atualmente	<p>Não trabalha 0</p> <p>Trabalho formal 1</p> <p>Ativo/Aposentado/ Benefício 2</p> <p>Inativo 3</p> <p>Inativo/Aposentado /Benefício 4</p> <p>Dona de casa 5</p> <p>Trabalho informal 6</p> <p>Outra _____ 7</p> <p>Não sabe /Não quer responder 9</p>	()
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>	<p>Não se aplica 0</p> <p>Dona de casa / cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos 1</p> <p>Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho 2</p> <p>Estudos / treinamento 3</p> <p>Aposentado por tempo de trabalho/idade 4</p> <p>Aposentado por doença/invalidez 5 ()</p> <p>Afastado em virtude da hanseníase 6</p> <p>Afastado em virtude de outra doença: _____ 7</p> <p>Afastado por outro motivo (gestação, mudança, licença, etc) 8</p> <p>Outra _____ 10</p> <p>Não sabe /Não quer responder 9</p>	
32	Se aposentado, qual o momento da aposentadoria?	<p>Não se aplica 0</p> <p>Antes do diagnóstico de hanseníase 1 ()</p> <p>Após o diagnóstico de hanseníase 2 ()</p> <p>Não sabe /Não quer responder 9</p>	

		Não se aplica	0	
		Servidor público	1	
		Empregado assalariado com carteira de trabalho assinada	2	
		Empregado assalariado sem carteira de trabalho assinada	3	
		Empregado familiar não remunerado	4	()
		Conta própria ou autônomo com estabelecimento	5	
		Conta própria ou autônomo sem estabelecimento	6	
		Empregador com até 5 funcionários fixos	7	
		Empregador com 5 ou mais funcionários fixos	8	
		Não sabe/ Não quer responder	9	
		Outra _____	10	
33	Se ativo, qual o contexto detalhado de trabalho atual. <i>[Para ativos/ trabalho formal e informal]</i>			
34	Caso tenha mudado de ocupação, ter tido hanseníase ou estar com hanseníase foi um dos fatores que contribuiu para a mudança da situação de trabalho (comparando antes da doença)?	Não se aplica Sim, melhorei minha situação de trabalho Sim, piorei minha situação de trabalho Não houve mudança na situação de trabalho Não sabe /Não quer responder	0 1 2 3 9	()
35	Ocupação principal atual refenda, Caso tenha mudado, porque? [Caso tenha respondido afirmativamente a questão 34] Se não mudou=Não se aplica=NN	_____ _____ _____ _____		
36	Em geral, quantas horas trabalhava por semana antes de ter tido hanseníase? <i>[Inclua horas-extras e qualquer atividade remunerada em emprego ou por conta própria]</i> Se não trabalhava=Não se aplica=NN	_____ 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> Se não trabalha= Não se aplica	_____ 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) hanseníase foi um dos fatores para mudança na renda individual/familiar (comparando antes da doença e hoje)?	Não Sim, com redução de renda Sim, com aumento de renda Não houve mudança na renda Não sabe /Não quer responder	0 1 2 3 9	()
41	Tem (teve) acesso ao benefício do Bolsa Família?	Não, e não tem cadastro Não, e tem cadastro (aguardando) Sim, bolsa família ativa Sim, mas atualmente bolsa família inativada Não sabe /Não quer responder	0 1 2 3 9	()
42	Tem acesso (caso-referência e/ou família) a outros benefícios sociais? <i>[Especificar]</i>	Não Sim Especificar: _____ Não sabe /Não quer responder	0 1 9	()

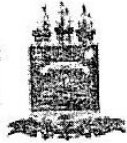
43	Principal meio de transporte familiar utilizado atualmente	Não possuo meio de transporte	0	()
		Bicicleta	1	
		Motocicleta	2	
		Automóvel	3	
		Moto taxi	4	
		Taxi	5	
		Van	6	
		Ônibus	7	
		Animal	8	
		Outro _____	10	
		Não sabe /Não quer responder	9	
As questões 44 a 53 referem-se ao uso de álcool (AIDIT) nos últimos 12 meses.				
44	Com que frequência consome bebida contendo álcool (bebida alcoólica)? [Se nunca vá para as questões 52 e 53]	Parei 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?	<p>Não 0</p> <p>Sim, mas não no último ano (últimos 12 meses) 2</p> <p>Sim, durante o último ano (últimos 12 meses) 4</p>	()
53	Algum familiar ou amigo ou médico ou outro profissional de saúde demonstrou alguma vez preocupação com seu hábito de consumo de álcool ou aconselhou que suspendesse o consumo?	<p>Não 0</p> <p>Sim, mas não no último ano (últimos 12 meses) 2</p> <p>Sim, durante o último ano (últimos 12 meses) 4</p>	()
	<p>Total do escore de consumo:</p> <p>(01) Baixo risco ou abstinência: 0 a 7 pontos</p> <p>(02) Risco: 8 a 15 pontos</p> <p>(03) Uso nocivo ou alto risco: 15 a 19</p> <p>(04) Provável dependência: 20 ou mais pontos</p>	<p>Anote aqui o resultado de cada questão</p> <p>$\frac{Q1}{+} \frac{Q2}{+} \frac{Q3}{+} \frac{Q4}{+} \frac{Q5}{+} \frac{Q6}{+} \frac{Q7}{+} \frac{Q8}{+} \frac{Q9}{+} \frac{Q10}{+}$</p>	()
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)?	<p>Nunca bebi 0</p> <p>Não houve mudança no consumo de bebida 1</p> <p>Sim, com aumento do consumo de bebida 2</p> <p>Sim, com redução do consumo de bebida 3</p> <p>Sim, parei de beber 4</p>	()
55	Fuma atualmente?	<p>Não 0</p> <p>Sim, diariamente 1</p> <p>Sim, menos que diariamente 2</p>	()
56	Se NÃO, já fumou? [Caso SIM, não se aplica]	<p>Não, nunca fumei 0</p> <p>Sim, fumava diariamente 1</p> <p>Sim, fumava menos que diariamente 2</p> <p>Não se aplica 3</p>	()
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)?	<p>Nunca fumei 0</p> <p>Não houve mudança no fumo 1</p> <p>Sim, com aumento do fumo 2</p> <p>Sim, com redução do fumo 3</p> <p>Sim, parei de fumar 4</p>	()
58	Outra pessoa que reside no mesmo domicílio que você fuma?	<p>Não, ninguém fuma 0</p> <p>Sim, diariamente 1</p> <p>Sim, menos que diariamente 2</p>	()
59	<p>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?</p> <p>[Pode ser marcada mais de uma opção]</p>	<p>Não 0</p> <p>Falta de dinheiro 1</p> <p>Raça/cor 2</p> <p>Tipo de ocupação 3</p> <p>Ter hanseníase 4</p> <p>Outra doença _____ 5</p> <p>Orientação sexual 6</p> <p>Sexo 7</p> <p>Idade 8</p> <p>Outro _____ 10</p> <p>Não sabe / Não quer responder 9</p>	()
60	Quando foi a última vez que fez exame de sangue para medir a glicemia, isto é, o açúcar no sangue?	<p>Não fez 0</p> <p>Há menos de 6 meses 1</p> <p>Entre 6 meses e menos de 1 ano 2</p> <p>Entre 1 ano e menos de 2 anos 3</p> <p>Entre 2 anos e menos de 3 anos 4</p> <p>3 anos ou mais atrás 5</p> <p>Não sabe / Não quer responder 9</p>	()
61	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de diabetes?	<p>Não 0</p> <p>Apenas durante a gravidez (só para mulheres) 1</p> <p>Sim 2</p>	()
62	Algum médico já lhe deu o diagnóstico de depressão?	<p>Não 0</p> <p>Sim 1</p>	()
63	Tem alguma incapacidade ou deficiência física de longa duração (de mais de 6 meses de duração) perceptível?	<p>Não 0</p> <p>Sim _____ 1</p>	()

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

74	Quando estava em tratamento da hanseníase, tinha direito 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	()
75	Participa de algum grupo organizado de pessoas acometidas pela hanseníase	Não Sim Não sabe / Não quer responder	0 1 9	()
76	Recebeu apoio de familiares após diagnóstico da hanseníase?	Não Sim Não sabe / Não quer responder	0 1 9	()
77	Recebeu apoio de amigos após diagnóstico da hanseníase?	Não Sim Não sabe / Não quer responder	0 1 9	()
78	Como você avaliaria sua qualidade de vida antes do diagnóstico da hanseníase?	Muito ruim Ruim Nem ruim nem boa Boa Muito boa	1 2 3 4 5	()
79	Como você avaliaria sua qualidade de vida após o diagnóstico da hanseníase?	Muito ruim Ruim Nem ruim nem boa Boa Muito boa	1 2 3 4 5	()

ANEXO C- Parecer consubstanciado do CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46169715.2.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

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

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.115.818

Data da Relatoria: 17/07/2015

Apresentação do Projeto:

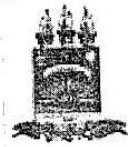
O protocolo de pesquisa é um Projeto de Pesquisa Operacional do Programa de Pós graduação em Enfermagem – Mestrado e doutorado, da Universidade Federal do (PPGEnf/UFPI), o qual está sendo desenvolvido nos municípios de Teresina, Floriano e Picos, com apoio financeiro da Nederlandse Stichting Voor Leprabestrijding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

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550

UF: PI **Município:** TERESINA

Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
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:

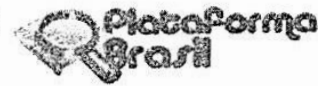
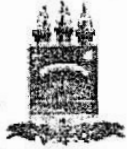
Os benefícios serão tanto no sentido de se descobrir precocemente casos novos entre os contatos e coabitantes dos casos, encaminhando-os para o tratamento imediato, com vistas a evitar instalação de incapacidades, formas multiresistentes e disseminação da doença, quanto no sentido de empoderar os profissionais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





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
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.115.818

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão anexados ao protocolo.

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

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

TERESINA, 19 de Junho de 2015

Assinado por:
Adrianna de Alencar Setúbal Santos
(Coordenador)

Profª Adrianna de Alencar Setúbal Santos
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria Propeq N° 16/2014

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

ANEXO D- 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.,

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

Nesta pesquisa pretendemos reavaliar as pessoas que já tiveram hanseníase e seus familiares e coabitantes (pessoas que moram ou moraram junto e que frequentam o domicílio) com o objetivo de descrever a situação atual de quantas pessoas têm ainda a doença (ou suas sequelas/complicações/reações da hanseníase), incluindo qual a situação clínica real delas em relação à doença, como foi a abordagem da família (contatos) pelos serviços de saúde, se todas tiveram garantido o direito ao exame clínico e ao tratamento/vacinação (quando aplicável). A pesquisa avalia também como os serviços de saúde e o programa de controle da hanseníase estão funcionando no desenvolvimento destas ações. Além disso, visando caracterizar melhor a situação de sua vida atual das pessoas que tiveram ou têm hanseníase, serão verificadas as necessidades atuais de atenção pelos serviços de saúde por questões físicas ou psicológicas. Para estas pessoas, serão abordados temas como qualidade de vida, condições sociais e econômicas (envolvendo também o domicílio e contatos/coabitantes), estigma (qualquer característica, não necessariamente física ou visível, que não se combina com as expectativas sociais acerca de uma determinada pessoa) e sua participação na sociedade.

Endereço do responsável pela pesquisa

Instituição: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí

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

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

Telefones para contato: (86)3237-1683

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

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga.

Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ.CEP: 64.049-550 - Teresina - PI.

Telefone para contato: (86) 3237-2332

Antes de decidir a respeito de sua participação, é importante que você saiba o motivo da realização desse estudo e o que ele envolverá. Pergunte-nos caso haja algo que não esteja claro ou caso necessite de maiores informações. Você dispõe de tempo para pensar e avaliar se desejará participar ou não do estudo. Os pesquisadores e profissionais envolvidos nesse estudo não estarão sendo remunerados para a realização da pesquisa por nenhuma agência fomentadora de pesquisas. O estudo foi revisado por um Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição Responsável, conforme endereço acima.

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

RISCOS E BENEFÍCIOS:

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

DIREITOS DOS PARTICIPANTES:

- A garantia de receber a resposta ou esclarecimento a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa.
- A liberdade do responsável por você retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso traga prejuízo a você.
- A segurança de que não será identificado(a) e que será mantido o caráter confidencial de toda a informação relacionada com minha privacidade com padrões profissionais de sigilo.
- A garantia de que você não será identificado(a) em nenhuma publicação.
- A garantia de receber informações atualizadas durante o estudo e em sua finalização, ainda que este possa afetar a minha vontade do participante de continuar na pesquisa.
- Os instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco (5) anos, e após esse tempo serão destruídos.

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

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica:

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

_____, ____/____/_____.
(Município, Estado, Dia, Mês e Ano)

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

ANEXO E- Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

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



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

Identificação do Tipo de Documento

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

Eu, Danielly de Carvalho Xavier,
 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
Hamaniase: perfil socioeconômico e Insegurança Alimen-
 tar em uma região do nordeste brasileiro
 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 08 de fevereiro de 2018.

Danielly de Carvalho Xavier
 Assinatura

 Assinatura

