

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

LUANA KELLY BEZERRA BENEVIDES

**PERFIL NUTRICIONAL E A DIFERENÇA ENTRE SEXOS NO TRATAMENTO DE
PACIENTES COM HANSENÍASE**

PICOS- PIAUÍ

2017

LUANA KELLY BEZERRA BENEVIDES

**PERFIL NUTRICIONAL E A DIFERENÇA ENTRE SEXOS NO TRATAMENTO DE
PACIENTES COM HANSENÍASE**

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: Nadya dos Santos Moura

PICOS – PIAUÍ

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí

Biblioteca José Albano de Macêdo

B465p Benevides, Luana Kelly Bezerra

Perfil nutricional e a diferença entre sexos no tratamento de pacientes com hanseníase / Luana Kelly Bezerra Benevides – 2017.

CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (77 f.)

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

Orientador(A): Prof^ª. Ma. Nadya dos Santos Moura

1. Hanseníase. 2. Perfil Nutricional-Sexo. 3. Enfermagem. I. Título.

CDD 616.998

LUANA KELLY BEZERRA BENEVIDES

**PERFIL NUTRICIONAL E A DIFERENÇA ENTRE SEXOS NO TRATAMENTO DE
PACIENTES COM HANSENÍASE**

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

Orientadora: Nadya dos Santos Moura

Aprovado em: 02/12/17

BANCA EXAMINADORA

Nadya dos Santos Moura

Profª. Me. Nadya dos Santos Moura

Universidade Federal do Piauí- UFPI

Presidente da Banca

Suyanne Freire de Macêdo

Profª. Me. Suyanne Freire de Macêdo

Universidade Federal do Piauí- UFPI

1ª Examinadora

Sheila Paloma de Sousa Brito

Nutricionista Sheila Paloma de Sousa Brito

Universidade Federal do Piauí- UFPI

2ª Examinadora

Victorugo Guedes Alencar Correia

Enfermeiro Victorugo Guedes Alencar Correia

Universidade Federal do Piauí- UFPI

Suplente

Dedico este trabalho primeiramente a **Deus**, por iluminar o meu caminho, dando-me coragem e sabedoria para enfrentar os obstáculos encontrados até aqui, pois não foi fácil. A toda minha família pelo apoio e confiança, ao meu esposo pela paciência e a meu PAI (*in memoriam*) por ter sido um grande exemplo para mim. Obrigada pelos incentivos em meus estudos enquanto estive aqui. Saudades eternas paizinho!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** por esta conquista, pois sem ele nada seria possível em minha vida, pois nunca me deixou fraquejar e me deu força para enfrentar os obstáculos ao longo dessa trajetória. O meu imensurável agradecimento.

A minha mãe, **Regina Cristina**, minha rainha, que ficou sendo meu pai e minha mãe desde que meu pai foi para as mansões celestiais! Obrigada por todo apoio, amor e por sempre buscar o melhor para mim, sem a senhora nada disso seria possível.

Aos meus lindos e maravilhosos irmãos, **Regibalde e Garibalde Filho** meu muito obrigado, por vocês sempre me apoiar e confiar em mim. Amo vocês!

A minha cunhada **Georgina Soares**, por me aturar nos momentos de estresse, rrsrs, e me ajudar no que estava ao seu alcance.

Ao meu Pai, **José Garibalde** (*in memorian*), que nos deixou para morar nas mansões celestiais, mas sei que mesmo não estando mais aqui fisicamente, estarás sempre comigo, dentro de mim, guardo em meu coração. Você faz muita falta pai! obrigado pelos momentos que passamos juntos, que foram poucos, mas foi os 26 anos mais bem vividos da minha vida, o senhor foi o melhor pai do mundo. É, e sempre será parte de mim, estará sempre vivo em meu coração, pelo senhor tive forças para seguir em frente e concluir o curso, o meu diploma é seu PAI!!!

Ao meu amigo **Victorugo Guedes**, pessoa a qual tenho uma enorme consideração. Obrigada pela sua amizade, sempre te perturbando por mensagens e nunca você me deixou no vácuo, rrsrs, você tem uma grande importância na minha vida universitária, obrigada por tudo Vitim.

A **Suyanne Freire**, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho, sempre muito atenciosa e pronta para sanar minhas dúvidas. A **Sheila Paloma**, pela paciência, você foi uma peça fundamental para a conclusão deste trabalho.

Aos membros da banca examinadora por contribuírem para o aperfeiçoamento deste trabalho. Por fim, agradeço imensamente a todos que contribuíram para a conclusão deste trabalho.

O meu muito obrigada a todos!!

“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer”.

Mahatma Gandhi.

RESUMO

A hanseníase é uma doença infecciosa de evolução lenta. No Brasil, é considerada como um problema de saúde pública, devido à magnitude e o potencial incapacitante. O estado nutricional das pessoas acometidas desperta interesse de pesquisadores devido à relação com a evolução da doença, sendo a nutrição um dos principais moduladores da resposta imune, a deficiência nutricional interfere na morbidade e mortalidade das doenças infecciosas. Portanto, neste trabalho, objetivou-se analisar aspectos sociodemográficos, nutricionais e a diferença entre sexos no tratamento de pacientes com hanseníase. Trata-se de um estudo descritivo e transversal, realizado com 76 pessoas diagnosticadas com hanseníase entre os anos de 2001-2014, no município de Picos, Piauí, e notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação. A coleta de dados ocorreu no período de setembro a novembro de 2015, no prédio da Congregação São Vicente de Paula, por meio de instrumentos que abordavam variáveis relacionadas ao perfil social, econômico, demográfico e relações nutricionais. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, com parecer nº1. 115.818. Verificou-se que a população mais acometida pela hanseníase foi do sexo masculino com 52,63%, 44 pacientes eram da faixa etária de 20-59 anos, dentre estes 54,55% foram do sexo feminino. A maioria dos participantes se declarou ser de cor parda, e destes, 54,35% eram homens. Sobre o Estado Civil, 42 participantes disseram ser casados e destes, 57,14% eram do sexo masculino. No que diz respeito à escolaridade, houve predominância de estudo do 1º ao 5º ano incompleto, nesse quesito, 57,89% foram indivíduos do sexo masculinos. A maioria dos participantes disse ter renda mensal de 1 a 2 salários mínimos, tendo prevalência também do sexo masculino, com 53,85%. A forma clínica indeterminada predominou e destes, 60,71% eram do sexo feminino. A classificação multibacilar se manifestou em 42 pacientes e destes, 66,67% eram homens. Nos participantes analisados, o Grau de Incapacidade Física (GIF) que preponderou foi o 1, e destes 55,10% eram do sexo masculino. A questão alimentar verificada mostrou que existe uma deficiência no consumo de alimentos saudáveis e adequados, sendo que a maior parte dos pacientes apresenta um perfil nutricional eutrófico. Relacionado à associação entre perfil nutricional e perfil clínico 42 pessoas foram classificadas como multibacilar e destes, 66,67% se apresentam eutrofos. Sobre a forma clínica, a indeterminada prevaleceu, com 28 indivíduos, os quais 71,43% eram eutrofos. 49 pessoas foram acometidas por GIF 1 e destes, 67,35% também se apresentaram eutrofos. O estudo conclui que existe uma diferença no estado nutricional entre os sexos devido a fatores como alimentação e o estado de nutrição que os pacientes apresentam, de forma que mediante esses resultados, a pesquisa contribui na atualização dos resultados alcançados e na relevância que os dados oferecem para que se façam as intervenções no âmbito da saúde pública e no campo da Enfermagem, mediante as ações educativas que são relevantes para a ampliação do conhecimento da população acerca da hanseníase.

Palavras-chaves: Hanseníase. Perfil nutricional. Sexo.

ABSTRACT

Leprosy is a slowly evolving infectious disease. In Brazil, it is considered a public health problem due to the magnitude and the disabling potential. The nutritional status of the affected persons arouses interest of researchers due to the relation with the evolution of the disease, being nutrition one of the main modulators of the immune response, the nutritional deficiency interferes in the morbidity and mortality of the infectious diseases. Therefore, the objective of this study was to analyze socio-demographic, nutritional and gender differences in the treatment of patients with leprosy. This is a descriptive and cross-sectional study of 76 people diagnosed with leprosy between 2001 and 2014, in the city of Picos, Piauí, and reported in the Notification of Injury Information System. Data collection took place from September to November 2015, in the building of the São Vicente de Paula Congregation, through instruments that addressed variables related to social, economic, demographic and nutritional relations. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí, with opinion nº1. 115,818. It was verified that the population most affected by leprosy was male, with 52.63%, 44 patients were of the age group of 20-59 years, of which 54.55% were female. Most of the participants declared themselves to be brown, and of these, 54.35% were men. Regarding the Civil Status, 42 participants said they were married and 57.14% were males. With regard to schooling, there was a predominance of a study from the 1st to the 5th incomplete year, in which 57.89% were male. Most of the participants reported having a monthly income of 1 to 2 minimum wages, with a prevalence of males with 53.85%. The undetermined clinical form predominated and of these, 60.71% were female. The multibacillary classification was manifested in 42 patients and of these, 66.67% were men. In the analyzed participants, the Degree of Physical Impairment (GIF) that preponderated was 1, and of these 55.10% were male. The verified food question showed that there is a deficiency in the consumption of healthy and adequate foods, and the majority of the patients present a nutritional eutrophic profile. Regarding the association between nutritional profile and clinical profile, 42 people were classified as multibacillary and 66.67% were eutrophic. Regarding the clinical form, the indeterminate prevailed, with 28 individuals, of whom 71.43% were eutrophic. 49 individuals were affected by GIF 1 and of these, 67.35% also presented eutrophic. The study concludes that there is a difference in the nutritional status between the sexes due to factors such as diet and the nutritional status that the patients present, so that through these results, the research contributes to update the results achieved and the relevance that the data offer so that interventions in the field of public health and in the field of Nursing can be made, through the educational actions that are relevant to the expansion of the population's knowledge about leprosy.

Key-words: Leprosy. Nutritional profile. Sex.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01-	Distribuição de pacientes acometidos por Hanseníase entre os anos 2001 e 2014 no município de Picos - PI (dados preliminares) por sexo. (n=76).....	35
Tabela 02-	Perfil Sociodemográfico em pacientes acometidos por Hanseníase entre os anos 2001 e 2014 no município de Picos - PI (dados preliminares) distribuídos por sexo. Picos - PI, 2016. (n=76).....	35
Tabela 03-	Perfil Clínico de pacientes acometidos por Hanseníase entre os anos de 2001 e 2014 no município de Picos - PI (dados preliminares) distribuídos por sexo. Picos - PI, 2016. (n=76).....	37
Tabela 04-	Perfil Nutricional de pacientes acometidos por Hanseníase entre os anos de 2001 e 2014 no município de Picos - PI (dados preliminares) distribuídos por sexo. Picos - PI, 2016. (n=76).....	38
Tabela 05-	Perfil Alimentar de pacientes acometidos por Hanseníase entre os anos 2001 e 2014 no município de Picos - PI (dados preliminares) distribuídos por sexo. Picos - PI, 2016. (n=76).....	39
Tabela 06-	Associação entre perfil nutricional e perfil clínico de pacientes acometidos por Hanseníase entre os anos 2001 e 2014 no município de Picos - PI (dados preliminares). Picos - PI, 2016. (n=76)	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ENH	Eritema Nodoso Hansênico
ESF	Estratégia Saúde da Família
GIF	Grau de Incapacidade Física
GPS	<i>Global Positioning System</i>
MB	Multibacilar
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAM	Posto de Atendimento Médico
PB	Paucibacilar
PQT	Poliquimioterapia
QFA	Questionário de Frequência Alimentar
RR	Reação Reversa
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UESPI	Universidade Estadual do Piauí
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	Geral.....	16
2.2	Específicos.....	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1	Contextualizando a Hanseníase.....	17
3.2	Manifestações clínicas da Hanseníase.....	18
3.3	Transmissão.....	19
3.4	Tratamento.....	20
3.5	As reações hansênicas.....	21
3.6	A enfermagem no tratamento da Hanseníase.....	21
3.7	Hanseníase no Programa do SUS.....	22
4	METODOLOGIA	25
4.1	Tipo e natureza do estudo.....	25
4.2	Local e período de realização do estudo.....	25
4.3	População e amostra de estudo.....	26
4.4	Coleta de dados e variáveis do estudo.....	26
4.4.1	Perfil social, econômico e demográfico.....	27
4.4.2	Avaliação do estado nutricional.....	27
4.4.3	Avaliação do consumo alimentar.....	28
4.4.4	Avaliação Clínica.....	28
4.5	Análise dos dados.....	29
4.6	Aspectos éticos.....	29
5	RESULTADOS.....	31
6	DISCUSSÃO.....	39
7	CONCLUSÃO.....	44
	REFERÊNCIAS.....	45
	ANEXOS.....	50
	ANEXO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	51
	ANEXO B: Parecer do CEP: Comitê de Ética em Pesquisa.....	53
	ANEXO C: Socioeconômico e Demográfico – Caso Referência.....	57

ANEXO D: Inquérito Nutricional - Caso Referência.....	66
ANEXO E: Exame Físico – Avaliação Neurológica.....	70

1 INTRODUÇÃO

A Hanseníase é uma doença infecciosa de evolução lenta. No Brasil, é considerada como um problema de saúde pública, devido a sua magnitude e o potencial incapacitante. O estado nutricional das pessoas acometidas desperta interesse de pesquisadores devido à relação com a evolução da doença (HAMESTER, 2016).

A Hanseníase afeta ambos os sexos. No entanto, locais como a África, a maior prevalência é no sexo feminino. Todavia, é fato que o sexo masculino é mais acometido numa proporção de dois para um (OMS, 2005).

Os primeiros casos de Hanseníase no Brasil surgiram no Rio de Janeiro por volta de 1600, logo depois a doença propagou-se para Minas Gerais, Espírito Santo, Maranhão e São Paulo. No século XVII a doença foi considerada endêmica. Atualmente, no Brasil, a Hanseníase é endêmica com uma prevalência superior a 10.000 habitantes. A região mais prevalente é a Norte; o Sudeste tem o maior número de casos, por causa da concentração em áreas urbanas e o Nordeste é a única região que apresenta tendências crescentes da endemia (HINRICHSEN, 2016).

A Hanseníase apresenta maior prevalência em países ainda em desenvolvimento, principalmente, nos estados menos favorecidos. Dessa maneira, os pacientes que são afetados, em geral, possuem uma alimentação desequilibrada, com deficiência de nutrientes com ação oxidante e antioxidante. Em consequência disto, pode ocorrer um desequilíbrio que pode interferir na destruição dos patógenos, bem como facilitar a ocorrência de lesões dos tecidos pelo excesso de retorno oxidativo sem o devido efeito dos antioxidantes (VIJAYARAGHAVAN, 2009).

Sabe-se que a alimentação adequada e saudável é crucial na prevenção e no controle da doença por constituir princípio básico para a promoção e proteção da saúde. No entanto, observa-se que são poucos os estudos ou informações quanto ao estado nutricional dos pacientes com Hanseníase (BATISTA, 2013; ALMEIDA *et al.*, 2011). O estado nutricional de pessoas com Hanseníase é um dos principais moduladores da resposta imune, como também é determinante do risco e prognóstico de doenças infecciosas. Além disso, o estado nutricional estabelece estreita relação com o sistema imune (FARIAS *et al.*, 2013).

Devido a deficiência de nutrientes, os pacientes com Hanseníase têm resposta imune afetada e com isso, acabam por comprometer as defesas do organismo e dos agentes infecciosos. No tratamento, é necessário cuidado, pois se sabe que as utilizações de drogas medicamentosas acarretam outras complicações como a anemia, o aumento da glicose e

pressão arterial, bem como podem ainda inviabilizar a absorção adequada de alguns nutrientes (ALMEIDA, 2011).

Para Loureiro e Souza (2013), estudos acerca das relações entre pacientes e déficits nutricionais da Hanseníase também são escassos, porém, o que se sabe é que o estado nutricional é relevante para o tratamento e cura da doença. Já para Jyothi (2008), a deficiência nutricional é um elemento que foi verificado e diagnosticado em formas clínicas diferentes da hanseníase, sobretudo, na virchowiana que é considerada a mais agressiva.

Discutir sobre o estado nutricional é importante porque é uma forma de perceber que existe uma relação próxima entre alimentação e Hanseníase. Uma vez que o sujeito é acometido por tal patologia, deve-se ter uma alimentação em situações favoráveis ao desempenho do paciente visando superar a doença e obter qualidade de vida. Implica-se ainda que os sujeitos com Hanseníase apresentam deficiência nutricional e que tal estado interfere na morbidade e mortalidade das doenças infecciosas, cujo efeito da desnutrição é variável e difícil de mensurar (SHAPIRA, 2009).

Nos dias de hoje é de grande valia estudos que falem sobre nutrição e os cuidados com a saúde. Assim, a alimentação e a nutrição ganham méritos no tratamento e controle de várias doenças (MONTENEGRO, 2011).

A alimentação saudável tem que ser planejada com alimentos de todos os tipos, natural, preparada por profissionais capacitados de maneira a conservar o valor nutritivo dos mesmos. Os alimentos devem ser apropriados aos hábitos alimentares, consumidos em horários adequados e em ambientes calmos, visando agradar as necessidades nutricionais, emocionais e sociais (COZZOLINO, 2012).

Na literatura vigente, alguns estudos apontam que na incidência da Hanseníase existe uma estreita relação com o aumento das desigualdades sociais, pois até hoje, alguns sujeitos acometidos sofrem com a segregação e a exclusão social. Dessa forma, é importante ressaltar que o profissional da saúde está diretamente vinculado a esta realidade e deve em consonância com ações públicas fortalecer os vínculos e alternativas de tratamento dos casos diagnosticados (HAMSTER, 2016).

Os profissionais que atuam em programas do Sistema Único de Saúde (SUS) tem papel relevante na assistência a esses usuários e são fundamentais no Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH), que tem como objetivo garantir a eliminação dessa doença enquanto problema de saúde pública (MONTEIRO, 1995). Diante disso, questiona-se: qual o padrão do perfil nutricional entre os sexos em pacientes acometidos por Hanseníase durante o período de 2001-2014?

Faz-se necessário a análise do perfil nutricional em pacientes acometidos por Hanseníase, diferenciando-os por sexo e demonstrando a prevalência de tipo da doença, forma clínica e perfil nutricional que possam estar afetando diretamente o seu quadro. Além disso, também deve levar em consideração o perfil social, econômico e demográfico desses pacientes, para que assim, se possam realizar as intervenções e o acompanhamento dos mesmos, podendo ainda estas informações ser relevantes como dados informativos para melhora do quadro e para o âmbito da saúde pública.

O presente estudo tem como objeto analisar o perfil nutricional dos pacientes acometidos por Hanseníase e as diferenças relacionadas ao sexo dos mesmos, demonstrando a importância da enfermagem no tratamento de pacientes com Hanseníase.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar os aspectos sociodemográficos, nutricionais e diferenças entre sexo em pacientes diagnosticados com Hanseníase.

2.2 Específicos

- Caracterizar o estado nutricional e consumo alimentar das pessoas acometidas por Hanseníase;
- Correlacionar os elementos sociodemográficos com o estado nutricional das pessoas que foram acometidas pela Hanseníase;
- Verificar o estado nutricional com os indicadores clínicos, diferenciando-os entre sexos;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Contextualizando a Hanseníase

A Hanseníase acompanha a humanidade desde tempos remotos. É considerada uma doença negligenciada não apresentando mercado comercial favorável aos medicamentos e vacinas, o que é um fato preocupante, já que para o controle a medicação se faz relevante, pois promove um impacto positivo tanto para os pacientes como para os indicadores gerais de saúde (HAMESTER, 2016).

Sendo uma doença infectocontagiosa, a Hanseníase, outrora, também foi conhecida pelo nome de lepra. Tal doença é comum desde a Antiguidade e, foi conhecida pelos gregos 500 anos a. C. A denominação de Hanseníase surgiu com o intuito de amenizar o impacto que era causado com a expressão lepra e que, acarretava o preconceito (OMS, 1997).

A Hanseníase é um problema de saúde pública que se configura ainda como uma doença milenar permeada de tabus. No século XX, devido a ausência de tratamento e de busca pela cura, a doença foi objeto de algumas ações do Estado que acarretaram a segregação e exclusão social que nada mais representava do que a expressiva e manifesta falta de informações sobre a mesma. Embora tal prática tenha prevalecido ainda após a descoberta do microrganismo causador da doença - o *Mycobacterium leprae*, e da promulgação de uma legislação na década de 50 que não obrigava a internação, na década de 80 a perspectiva do isolamento social ainda era comum e em face disso, é que na área da enfermagem se admite que a doença fosse relegada ao segundo plano. Hoje, porém, sendo um problema de saúde pública, o tratamento da doença é realizado sob a responsabilidade do SUS e se efetiva dentro das próprias Unidades Básicas de Saúde (UBS) em regime ambulatorial (ELIAS, 2009).

A doença é provocada por um bacilo de Hansen e foi descoberta pelo médico norueguês Armauer Gerhard Henvk Hansen, em 1874. Esse médico descobriu a presença de bastonetes que eram agentes de infecção em nódulos cutâneos nas células leprosas (IKEHARA *et al*, 2010).

A Hanseníase é uma doença de evolução lenta, que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos, tais como lesões na pele e nos nervos periféricos, especialmente nos olhos, mãos e pés. No entanto, é o comprometimento dos nervos periféricos que é a característica principal da doença, dando-lhe um grande potencial para causar incapacidades que podem, inclusive, evoluir para deformidades (BRASIL, 2012).

A infecção é causada pelo *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen, um microrganismo intracelular que tem grande afinidade por pele e nervos periféricos, de evolução lenta, o homem é o reservatório natural do bacilo e a transmissão ocorre através das vias aéreas superiores. O período de incubação pode variar, em média, de três a cinco anos (BALDAN, 2010; DUARTE, 2009).

3.1 Manifestações clínicas da Hanseníase

As manifestações clínicas da Hanseníase são variáveis, sendo que na literatura vigente, elencam-se a hanseníase indeterminada, a tuberculóide, a *virchowiana* e a dimorfa (LASTORIA; ABREU, 2012). Essas, por sua vez, podem desaparecer ou evoluir para outras formas, contudo, dependerá das características imunológicas do paciente. No que diz respeito a lesões com distúrbio de sensibilidade mais acentuada, é possível afirmar que estas evoluem para a forma tuberculóide (OPROMOLLA, 2004).

As formas clínicas da Hanseníase são classificadas como paucibacilares e multibacilares. Paucibacilares apresenta-se com menos de cinco lesões de pele ou apenas um tronco nervoso acometido, podem apresentar-se nas formas clínicas tuberculóides e indeterminada. Abrigam um pequeno número de bacilos, e possuem o diagnóstico laboratorial com baciloscopia negativa. Os multibacilares com mais de cinco lesões de pele ou mais de um tronco nervoso acometido é a forma de contágio da Hanseníase que abrigar um grande número de bacilos. Apresentam-se nas formas clínicas *virchowiana* e dimorfa, possuindo baciloscopia positiva (VIEIRA *et al.*, 2008).

A indeterminada encontra-se infiltrado inflamatório de linfócitos e mononucleares ao redor dos vasos, com isso, não há alterações motoras ou sensitivas que levem o sujeito à incapacidade. O laudo histopatológico é apenas de compatibilidade com a clínica. Raramente observam-se bacilos (LYON, 2013).

De acordo com OPRMOLLA (2004) A tuberculóide é um tipo de lesão que pode ser plana, no entanto, apresenta certa consistência. Esse tipo pode ser cheio ou apresentar apenas periferia infiltrada. Na *virchowiana*, as primeiras expressões serão máculas indeterminadas que progressivamente se tornam lesões francas. O comprometimento neural nesse tipo é, inicialmente, discreto, porém, devido ao estado de agravamento torna-se cada vez mais acentuado e evidente. Já a dimorfa, clinicamente se considera que esta oscila entre as manifestações da forma tuberculóide e a *virchowiana*. Podendo apresentar lesões

dermatológicas definidas com ou sem bacilo, mas também aquelas que são infiltradas e mal delimitadas.

3.2 Transmissão

A Hanseníase é causada pelo agente *Mycobacterium leprae*, que ataca principalmente nas células cutâneas e os nervos periféricos (EIDT, 2009). Esse agente causador acomete os nervos periféricos que provocando perda de sensibilidade e atrofias, de maneira que não sendo tratadas acarretam ao sujeito a incapacidade física.

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), estas incapacidades são passíveis de tratamento e com efeito de cura, todavia, em seu diagnóstico o paciente que já possui deformações físicas, pode ocorrer seqüela. Quanto ao contágio da doença, este se dá por meio de um indivíduo que tem o bacilo e ao eliminá-lo produz o contágio, tendo como principal via de entrada e também de saída o trato respiratório. Cabe ressaltar, no entanto, que o processo de transmissão ocorre quando há o contato direto com o sujeito não tratado.

No que diz respeito ao diagnóstico, ressalta-se a importância da anamnese com a sintomatologia neurológica e sinais cutâneos. Sobretudo, é importante compreender a localização e evolução das lesões, a história epidemiológica, a procedência do sujeito acometido e a provável fonte de infecção (BRASIL, 2010).

O homem é considerado a única fonte de infecção da Hanseníase. O contágio acontece através de uma pessoa doente, portadora do bacilo de Hansen, não tratada, que elimina para o meio exterior, contagiando as pessoas susceptíveis. A principal via de eliminação do bacilo, pela pessoa doente, e a mais provável porta de entrada no organismo passível de ser infectado, são as vias aéreas superiores, o trato respiratório. (BRASIL, 2012).

A avaliação do diagnóstico é feita por meio do exame clínico, com avaliação dermatoneurológica. O exame clínico deve incluir: anamnese (investigar a história da doença atual); a avaliação dermatológica consiste na identificação de lesões de pele por meio de toda superfície corporal do paciente e realização de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil nas lesões. Já a avaliação neurológica compreende a inspeção, palpação/percussão e avaliação funcional (sensibilidade e força muscular) dos nervos. A partir desse método, pode-se classificar o grau de incapacidade física. Já no diagnóstico laboratorial, a baciloscopia é o principal exame. Neste exame, objetiva-se observar o bacilo de forma microscópica, nos esfregaços de raspado intradérmico (lóbulo das orelhas e cotovelos). O exame

histopatológico é essencial para excluir outros estados patológicos e situar o quadro no aspecto da infecção da hanseníase (BRASIL, 2012).

3.3 Tratamento

O primeiro tratamento da Hanseníase surge por volta da década de 40 e foi realizado a partir do desenvolvimento do fármaco dapsona, um medicamento antibacteriano que foi capaz de deter a doença. Na década de 60, foi utilizado o rifampicina, outro antibiótico que foi utilizado no combate etiológico *M. Leprae* (BOECHAT; PINHEIRO, 2012).

A Hanseníase se confunde facilmente com outras patologias e o tratamento é de suma importância para a estratégia ou metodologia de controle desta, enquanto problema de saúde pública. O objetivo dos programas de prevenção e tratamento da Hanseníase é curar o portador desta, mas, sobretudo de interromper a cadeia transmissiva. Sendo assim, o tratamento que o ministério da Saúde dispõe é a chamada poliquimioterapia (PQT), que se dá em regime ambulatorial nas redes de atenção básica (BRASIL, 2010).

O tratamento da Poliquimioterapia (PQT) faz com que se evite a resistência medicamentosa do bacilo, já que isso acontece quando se utiliza o método da monoterapia. De acordo com o Ministério da Saúde (2010,) já no início do tratamento, o processo de transmissão é interrompido, o que afirma a eficácia e cura da doença, obedecendo a um esquema padrão de combinação de associações.

Obviamente que durante tal tratamento, há de se desenvolver dois tipos de intercorrências: o estado reacional e os efeitos colaterais provocados pelos medicamentos. Mas, esse tipo de tratamento demanda a habilidade a partir das informações dadas pelas avaliações durante o diagnóstico (TALHARI, 2007).

O tratamento dos quadros reacionais hansênicos deve seguir os protocolos já preconizados pelo Ministério da Saúde; para o tratamento da reação tipo I; está indicado o uso de corticosteróide na dose de 1 mg/kg dia até a melhora do quadro, com a redução gradual da dose. E para a reação tipo II o ministério da saúde recomenda o uso da talidomida, nas doses de 100 a 300mg ao dia até a remissão completa do quadro. Porém, é estritamente proibido para mulheres em idade fértil, devido os seus efeitos teratogênicos. (NERY *et al.* 2006).

O medicamento clofazimina também foi utilizado no tratamento monoterápico e até hoje é incluído no tratamento da PQT. Nos últimos anos, no entanto, vem aumentando o interesse pelo uso da etionamida e protionamida (antibacterianos) que se assemelham em suas atividades e que são toxicidades face ao bacilo de Hansen. (BOECHAT; PINHEIRO, 2012).

O tratamento do indivíduo com Hanseníase é específico, preconizado pela OMS, é a PQT, e é constituído pelos seguintes medicamentos: rifampicina; dapsona; e clofazimina. Tais medicamentos são condicionados em quatro tipos de cartelas, com a composição da classificação operacional de cada caso: paucibacilar (PB) adulto, paucibacilar infantil, Multibacilar (MB) adulto, multibacilar infantil. Deve-se estabelecer o prazo no mínimo de seis meses para PB e doze meses para MB (LUNA *et al.* 2010).

3.4 As reações hansênicas

As reações hansênicas são manifestações agudas ocasionadas por alterações do sistema imunológico do sujeito acometido pela Hanseníase, que se caracterizam por manifestação inflamatórias, agudas e subagudas, que podem ocorrer antes, durante ou depois da PQT, tanto nos PB como MB. Podem ser reação tipo I ou reação tipo II. (BRASIL, 2012).

Segundo Mendonça *et. al.* (2008), as reações ou episódios reacionais são fenômenos inflamatórios agudos localizados ou sistêmicos, que ocorrem comumente antes, durante ou após o tratamento específico da doença, e podem ser classificados em dois tipos: reação tipo I ou reversa (RR) e reação tipo II ou eritema nodoso hansênico (ENH).

A reação tipo I apresentam os seguintes característica clínica: infiltração de lesões antigas associada ao surgimento de novas lesões em forma de manchas ou placas infiltradas, eritema, ulcerações, hiperestesia, parestesia, mal-estar, dor ou espessamento de nervos periféricos com perda de função sensitiva, mais raramente, febre, déficit da função neural na ausência de sintomas (TEXEIRA *et. al.*, 2010).

As reações tipo II ou eritema nodoso ocorrem na forma clínica lepramatosa, geralmente são pápulas ou nódulos dolorosos, eritematosos precedidos muitas vezes por febre, mal-estar geral e adenopatia dolorosa. (SOUSA, 2010).

3.5 A enfermagem no tratamento da Hanseníase

De acordo com Sant'Ana (2011), é fato que as políticas públicas brasileiras de atenção à saúde do paciente com hanseníase não dão prioridade à internação, mas sim a uma forma de assistência desinstitucionalizada e que, por essa razão, tornam a família o principal agente cuidador da pessoa com Hanseníase. No entanto, pode-se afirmar ainda que a intervenção do profissional de saúde é de extrema relevância, pois, sua assistência pressupõe além da capacidade profissional, a capacidade empática com o sofrimento do outro e a

disponibilidade interna do profissional para a escuta, bem como a flexibilidade para alterar pontos de vista.

Sobretudo, o profissional atua nessa direção, como um elo entre família e paciente, considerando que ambos (família e enfermeiro) buscam a recuperação terapêutica. Isso justifica a existência da atuação da Enfermagem em pacientes com Hanseníase. Sant'Ana define como “um processo interpessoal que promove e mantém um comportamento do paciente (indivíduo, família ou comunidade) proporcionando integração para o seu funcionamento”. Na visão de Sant'Ana (2011):

É importante que o enfermeiro conheça e compreenda a estrutura familiar, suas crenças, valores e conhecimento sobre a doença, para que, a partir daí, possa planejar a sua assistência conforme a necessidade desses familiares. O trabalho da Enfermagem com pacientes com hanseníase envolve parceria com o cliente e família, para antever as múltiplas facetas do tratamento. (SANT'ANA, 2011, p. 13)

Compreende-se, dessa forma, o papel do enfermeiro no que diz respeito ao apoio ao ser humano, de modo a se prestar tanto ao enfermo como ao responsável familiar. O profissional da saúde auxiliará na estruturação de significados que emergem nas diversas situações do cotidiano e que transformam o sujeito em relação a sua área de atuação e em relação ao outro, agregando experiência no âmbito da saúde.

No cenário sobre em que repousam as discussões acerca das pessoas com Hanseníase, torna-se necessário disponibilizar atenção à família que possui convívio com pessoas com a doença. Sendo assim, Gonçalves e Luís (2010) pontuam que a prática profissional tem mostrado que qualquer tentativa de tratar o indivíduo isoladamente de sua família é inútil, pois sempre que uma pessoa apresenta a Hanseníase, não sofre apenas o enfermo, mas toda a família e, por isso, se faz necessário o atendimento de ambos. Diante disso, pacientes com Hanseníase exigem ações coletivas de práticas e saberes cotidianos, sendo necessária uma atuação do enfermeiro e de uma equipe multiprofissional. Desse modo, o enfermeiro, como parte dessa equipe, é levado a refletir sobre seu papel e reafirmá-lo em sua prática perante os novos desafios de assistência aos pacientes com hanseníase.

3.6 Hanseníase no Programa do SUS

O SUS é um sistema de saúde que, obrigatoriamente, deverá assegurar o direito aos seus serviços a todos aqueles que necessitam. Diante disso, é um sistema gratuito, sem discriminação, que, deve assegurar atendimento integral (BRASIL, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), os usuários do SUS possuem direitos amplamente assegurados, sendo eles: acesso; gratuidade; atendimento; agilidade; internação hospitalar; transporte; atenção; respeito; identificação; acompanhamento; autonomia; participação; informação; garantia; etc.

De acordo com o artigo 198 da Constituição, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados que são contratados que possuem convênio com o SUS, obedecem aos seguintes princípios:

- I-Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II-Integralidade de assistência, entendida com conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III-preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV-Igualdade da assistência à saúde, seus preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V- Direito à informação às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI-divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário;
- VII- Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII- participação da comunidade;
- IX- Descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo;
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
- X-integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI- Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do distrito federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII-Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII-organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1988, p.61).

De acordo com a Lei nº 8.080/1990, o SUS, observando os princípios citados, foi criado de modo a atender de forma integral o indivíduo. Os princípios podem ser resumidos nos eixos da universalidade, da integralidade e da equidade, estes, que, podem também ser chamados de princípios ideológicos. Estes são conhecidos também por princípios organizacionais e neste contexto, há o princípio da descentralização, da regionalização e da hierarquização.

Para Penna (2008), devido a Hanseníase não ser uma doença que leve à morte, há a prevalência oculta dos casos. Dessa forma, os profissionais da saúde que atuam em programas do SUS tem papel relevante na assistência àqueles acometidos por Hanseníase, de modo a corroborar com os resultados esperados pelo Programa Nacional de Eliminação da

Hanseníase (PNEH), programa este que tem como finalidade garantir a eliminação da Hanseníase enquanto problema de saúde pública.

Para Pereira (2008), as atividades educacionais dos profissionais da saúde são fundamentais para os serviços na área, considerando que os estudos apontam que as Unidades Básicas de Saúde vêm realizando somente o levantamento de suspeita dos casos de Hanseníase, negligenciando no que diz respeito ao fechamento dos diagnósticos e ao acompanhamento dos enfermos, acrescenta ainda que a incidência da Hanseníase tem relação com o aumento das desigualdades sociais. Parte dos sujeitos que sofrem de Hanseníase sofrem com a segregação e exclusão social. Dessa forma, é importante ressaltar que o profissional da saúde está diretamente vinculado a esta realidade e deve em conjunto com ações públicas fortalecer os vínculos e alternativas de tratamento dos casos diagnosticados.

De acordo com Pedrazzani (1995; FREITAS *et al*, 2008), os profissionais da enfermagem tem um papel relevante no que concerne às ações de controle da Hanseníase. Tais ações dizem respeito à prevenção, à busca e diagnóstico dos casos, ao tratamento e acompanhamento desses indivíduos, à prevenção e tratamento de incapacidades, à gerência das atividades de controle do sistema de registro, à vigilância epidemiológica e às pesquisas.

É na Estratégia Saúde da Família (ESF) que a enfermagem realiza um processo coletivo de trabalho que atua de forma direta no controle da hanseníase, tem como principal objetivo contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, visando tanto prestar assistência na unidade de saúde como desenvolver tradicionalmente as ações de visita no domicílio (VD), numa perspectiva de ação integral, em que os membros são acompanhados (FIGUEIREDO, 2005; FREITAS *et al*, 2008).

Dessa forma, levando em consideração o que fora exposto, observa-se que o papel do enfermeiro na área da saúde pública, mais especificamente no SUS, e entre outras coisas, um trabalho de reeducação e de assistências ao paciente com Hanseníase, bem como de estabelecer uma relação amistosa com o paciente e a família.

4 METODOLOGIA

Este estudo faz parte de um projeto maior da Universidade Federal do Piauí (UFPI), denominado IntegraHans Piauí, que tem abordagem integrada de aspectos clínicos, epidemiológicos (espaço-temporais), operacionais e psicossociais da Hanseníase em municípios de alta endemicidade do estado do Piauí. O projeto tem parceria com a Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Estadual do Piauí (UESPI) e Secretaria de Saúde de Picos, sendo financiado pelas Organizações Não Governamentais: *Netherlands Hanseniasis Relief – NHR*, *Campagne Internationale de l'Ordre de Malte contre la lèpre – CIOMAL* com sedes em Amsterdã e Genebra, respectivamente.

O IntegraHans Piauí tem como principal objetivo realizar busca ativa e intervir com reavaliação e cuidados dispensados a todos os pacientes diagnosticados e tratados com hanseníase, incluindo seus respectivos contatos do período de 2001 a 2014.

4.1 Tipo e natureza do estudo

Este trabalho trata-se de um estudo descritivo de natureza transversal. Os estudos descritivos têm por objetivo definir características a serem estudadas referentes a uma população estabelecida ou fenômeno, ou, ainda, o estabelecimento de relações entre variáveis. Além disso, as pesquisas descritivas estudam as particularidades de um grupo como a sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde físico, mental, etc. Já os estudos transversais analisam um grupo de indivíduos com alguma característica comum, constituindo uma amostra a ser acompanhada por algum período de tempo, para se observar e analisar o que acontece (GIL, 2010).

4.2 Local e período de realização do estudo

Este estudo foi realizado nos seguintes bairros de Picos- PI: São José; São Vicente; Aerolândia; Morada do Sol e Belo Norte. As pesquisas ocorreram no período de setembro a novembro de 2015, abrangendo dados da primeira fase da pesquisa IntegraHans - PI.

Os bairros em que se deram as pesquisas possuem grande incidência de Hanseníase dentro do município tendo como endêmico, o bairro São José. Os bairros que se

localizam nas proximidades do bairro São José e que fizeram parte da área da primeira fase da pesquisa, também foram incluídos no trabalho.

Picos é um município do estado do Piauí que é referência no tratamento de Hanseníase em todo o Vale do Guaribas. O município foi fundado em 12 de dezembro de 1890, situando-se na região centro-sul do Piauí, abrangendo uma área de 577,304 km², densidade de 137,30 habitantes/km² e fica a 320 km de Teresina, a capital do estado. Picos possui uma população estimada, em 2016, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 76.749 habitantes e é considerada a terceira maior cidade do Piauí, ficando atrás somente de Teresina e Parnaíba (BRASIL, 2016).

4.3 População e amostra de estudo

A população estudada constituiu-se de 139 pacientes acometidos por Hanseníase no período de coorte entre 2001 e 2014, notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), residentes nos bairros selecionados de Picos - PI, tendo como faixa etária, adultos (20 a 59 anos) e idosos (a partir de 60 anos). O período de treze anos foi adotado porque o SINAN só possui dados ampliados dos pacientes a partir do ano de 2001. A amostra resultou em 76 pacientes diagnosticados com Hanseníase, que, atenderam a todos os critérios de elegibilidade, critérios esses que foram estabelecidos da seguinte maneira:

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

4.4 Coleta de dados e variáveis do estudo

A coleta de dados aconteceu em etapas distintas, com busca no SINAN e Cadastro do SUS (CADSUS), onde foram identificadas pessoas diagnosticadas com Hanseníase no período de 2001-2014, na cidade de Picos. Em seguida, as informações obtidas foram organizadas e agrupadas em banco de dados por bairro.

Foram localizados os domicílios dessas pessoas e realizada visita domiciliar pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pelos pesquisadores, com intuito de convidar o caso referência (aquele acometido pela doença) para participar do estudo. Os participantes foram

esclarecidos quanto aos propósitos da pesquisa e foram mapeados com os pontos de *Global Positioning System* (GPS).

Os dados foram coletados em lugares estabelecidos com o paciente na zona urbana do município em estudo. Pode-se destacar que todos os pesquisadores foram capacitados por profissionais experientes na área que são parceiros do macroprojeto.

4.4.1 Perfil social, econômico e demográfico.

Foi utilizado um instrumento estruturado para obtenção das variáveis relacionadas ao perfil social, econômico e demográfico do participante, composto por: idade; sexo; cor/raça; escolaridade; religião; moradia; vínculo empregatício; profissão; renda; etc (ANEXO C).

A classificação econômica foi determinada a partir do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) elaborado pela Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP). Esta classificação tem como objetivo determinar o poder aquisitivo das pessoas e famílias, utilizando a denominação “classes econômicas” (ABEP, 2012).

O CCEB utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de itens domiciliares de conforto e grau de escolaridade do(a) chefe da família) para diferenciar a população. O CCEB atribui uma pontuação e realiza uma correspondência entre faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica, definidos por: A1; A2; B1; B2; C1; C2; D; E (ABEP, 2012).

4.4.2 Avaliação do estado nutricional

A avaliação antropométrica foi realizada por profissionais treinados, fazendo aferição de peso e estatura. A partir dos dados, fez-se o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), calculado através da razão entre o peso (kg) e a estatura (m)², onde $(IMC = \text{peso (kg)} / \text{estatura (m)}^2)$.

A classificação do IMC foi definida de acordo com o preconizado pela OMS (1995; 1998), que considera magreza: ($< 18,5 \text{ kg/m}^2$); eutrofia: ($18,5 \text{ a } 24,9 \text{ kg/m}^2$) e sobrepeso e/ou obesidade: ($> 24,9 \text{ kg/m}^2$) para adultos. No caso de pacientes idosos, o IMC foi classificado de acordo com o proposto por Lipschitz (1994), sendo magreza: ($< 22 \text{ kg/m}^2$); eutrofia: ($22 \text{ a } 27 \text{ kg/m}^2$) e (sobrepeso e/ou obesidade: ($> 27 \text{ kg/m}^2$)). Para auxiliar na coleta de

dados, utilizou-se partes de um instrumento estruturado sobre inquérito nutricional (ANEXO D).

O peso foi obtido através de uma balança digital portátil, da marca “*Techline*”, modelo TEC SILVER PM, com capacidade máxima de 150 kg e sensibilidade em 100g. O avaliado deveria ficar disposto no centro do equipamento, com o mínimo de roupa possível, descalço, ereto, pés juntos e braços estendidos ao longo do corpo, mantendo-se parado nesta posição até a realização da leitura, após o valor do peso estar fixado no visor.

A estatura foi verificada com auxílio de uma fita antropométrica fixada na parede, com escala entre 1,0 m e 2,0 m. A fim de assegurar a precisão da estatura, os pesquisados foram orientados a posicionarem os pacientes eretos e imóveis, com as mãos espalmadas sobre as coxas e com a cabeça ajustada ao plano de *Frankfurt* (DUARTE; CASTELLANI, 2002).

4.4.3 Avaliação do consumo alimentar.

Utilizou-se o Questionário de Frequência Alimentar (QFA), com perguntas estruturadas sobre frequência de consumo e grupos de alimentos, tais como: feijão; legumes e verduras (crus e cozidos); carnes (vermelha e branca); frutas e sucos naturais ou artificiais; refrigerantes; leite de origem animal e de tipo integral, semidesnatado e desnatado; doces (biscoitos, recheados, balas, doces, pudins, rapadura, sorvetes, etc); substituição de refeições (sanduiches, salgados, pizza, etc); e o consumo autorreferido de sal. O questionário foi baseado em Ribeiro et. al. (2006) e faz parte de um projeto maior, adaptado para o presente estudo (ANEXO D).

4.4.4 Avaliação Clínica

A avaliação clínica (exame dermatológico e neurológico) foi utilizada para a detecção do surgimento de Hanseníase, baseando-se em um formulário padronizado pelo Ministério da Saúde (2002). Os participantes tinham que se despirm para realizar a observação da pele (coloração, distribuição e pelos). Na presença de alterações, realizavam-se testes de sensibilidade térmica, com um tubo de ensaio com água morna e outro com água fria, a sensibilidade dolorosa com um alfinete e a sensibilidade tátil com o monofilamento de *Semmes-Weinstein* roxo (4g).

A avaliação neurológica consistia na palpação de nervos periféricos em membros superiores e inferiores, para possível identificação de espessamento e/ou dor, teste de força em membros superiores e inferiores e o teste de sensibilidade em pontos pré-estabelecidos em mãos e pés, com os monofilamentos *Semmes-Weinstein*.

Utilizou-se um instrumento adaptado para a avaliação neurológica (ANEXO E), com as seguintes informações:

1. Classificação operacional: opções de paucibacilar e multibacilar;
2. Forma Clínica: opções de indeterminada, tuberculóide, boderline, wirchoviana, não definida;
3. Alteração de sensibilidade: Identificada pelo exame;
4. Lesão significativa: Pelo exame neurológico de toda região corporal e identificação de lagoftalomo, mão caída, garra móvel ou rígida, pé caído, acuidade visual diminuída;

Utilização de adaptações:

Consideradas as opções sim ou não e qual tipo de adaptação, dentre outras.

4.5 Análise dos dados

Os dados obtidos foram digitados e armazenados no programa Epi-Info Versão 7.1.5 (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, EUA*), e analisados no Programa Stata/ SE versão 13.0 (*Stata Corporation, College Station, USA*) com formato de base de dados (dta).

Os dados descritivos foram demonstrados em tabelas de frequência e os de associação bivariada apresentados em tabelas com intervalos de confiança 95% e p-valor.

4.6 Aspectos éticos

O estudo foi submetido e aprovado pelo o Comitê de Ética em pesquisa (CEP), da UFPI, sob o parecer nº1. 115.818 (ANEXO B). Seguiu-se as recomendações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), respeitando o anonimato dos envolvidos na pesquisa (BRASIL, 2012).

Os participantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A), confeccionado em duas vias de caráter obrigatório, sendo este classificado como critério de exclusão. Das duas vias do

TCLE, uma era destinada para o participante e a outra para o pesquisador. Além de garantir o sigilo e o anonimato, o TCLE assegura o direito de o indivíduo recusar de participar do estudo ou retirar o seu consentimento, independentemente da fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo.

O estudo não implicava riscos físicos ao participante, entretanto, poderia haver algum constrangimento durante o exame físico e a quebra do anonimato da identidade do paciente, porém, esta última possibilidade não se concretizou. Para amenizar o constrangimento, o participante foi analisado em local exclusivo e estratégico, de modo a proporcionar conforto e confiança durante os procedimentos.

No que diz respeito aos benefícios, o paciente foi estimulado ao autocuidado, esclarecido sobre a Hanseníase e sua situação em relação ao grau de incapacidade que se encontrava no momento da pesquisa. Os casos que necessitavam de atenções mais específicas foram encaminhados ao Posto de Atendimento Médico (PAM). Além disso, os pacientes foram informados quanto à importância da pesquisa e a contribuição dela para o município e, esclareceu-se ainda, que os dados seriam coletados somente para fins científicos.

5 RESULTADOS

Foram investigados 76 pacientes que tiveram Hanseníase no período de 2001 a 2014 e na tabela 01 observa-se que 52,63% são do sexo masculino.

Tabela 01 – Distribuição de pacientes acometidos por Hanseníase entre os anos 2001 e 2014 no município de Picos - PI (dados preliminares) por sexo. (n=76).

Sexo	N	%
Masculino	40	52.63
Feminino	36	47.37

FONTE: Integrahans-PI, 2016.

A tabela 02 diz respeito ao perfil sociodemográfico dos pacientes distribuídos por sexo, em que é possível ver que 44 pacientes eram da faixa etária de 20-59 anos, dentre estes 54,55% foram do sexo feminino. A maioria dos participantes se declarou ser de cor parda, e destes, 54.35% eram homens. Sobre o Estado Civil, 42 participantes disseram ser casados e destes, 57.14% eram do sexo masculino. No que diz respeito à escolaridade, houve predominância de tempo de estudo do 1º ao 5º ano incompleto, nesse quesito, 57.89% foram indivíduos do sexo masculinos. A maioria dos participantes disse ter renda mensal de 1 a 2 salários mínimos, tendo prevalência também do sexo masculino, com 53.85%.

Tabela 02 – Perfil Sociodemográfico em pacientes acometidos por Hanseníase entre os anos 2001 e 2014 no município de Picos - PI (dados preliminares) distribuídos por sexo. Picos - PI, 2016. (n=76)

Dados Sociodemográficos	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Idade				
20-59 anos	20	45.45	24	54.55
60 anos ou mais	20	62.50	12	37.50
Raça				
Branca	7	63.64	4	36.36
Parda	25	54.35	21	45.65
Negra	6	46.15	7	53.85

Continua.

Tabela 02 – Perfil Sociodemográfico em pacientes acometidos por Hanseníase entre os anos 2001 e 2014 no município de Picos - PI (dados preliminares) distribuídos por sexo. Picos - PI, 2016. (n=76) (continuação)

Dados Sociodemográficos	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Raça				
Amarela	2	40	4	60
Outra	0	0	1	100
Estado Civil				
Solteiro	10	62.50	6	37.50
Casado	24	57.14	18	42.86
Separado(a)/Divorciado(a)/ Viúvo(a)	6	33.33	12	66.67
Escolaridade				
Analfabeto	10	76.92	3	23.08
1º ao 5º ano incompleto	11	57.89	8	42.11
5º ano completo	4	44.44	5	55.56
6º ao 9º ano incompleto	1	20	4	80
Fundamental Completo	2	50	2	50
Médio incompleto	1	50	1	50
Médio Completo	6	46.15	7	53.5
Superior Completo	2	40	3	60
Superior Incompleto	1	50	1	50
Não Sabe/ não quer responder	2	50	2	50
Renda				
Até 1 salário mínimo	11	47.83	12	52.17
De 1 a 2 salários mínimos	21	53.85	18	46.15
De 2 a 4 salários mínimos	7	53.85	6	46.5
Acima de 4 salários mínimos	1	100	0	0

FONTE: Integrahans-PI, 2016.

Na tabela 03 é possível observar o perfil clínico distribuído por sexo. A forma clínica indeterminada predominou e destes, 60.71% eram do sexo feminino. A classificação multibacilar se manifestou em 42 pacientes e destes, 66.67% eram homens. Nos participantes analisados, o Grau de Incapacidade Física (GIF) que preponderou foi o 1, e neste grupo, 55.10% eram do sexo masculino.

Tabela 03 – Perfil Clínico de pacientes acometidos por Hanseníase entre os anos de 2001 e 2014 no município de Picos - PI (dados preliminares) distribuídos por sexo. Picos - PI, 2016. (n=76)

Fatores Clínicos	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Forma Clínica				
Indeterminada	11	39.29	17	60.71
Tuberculoide	2	25	6	75
Dimorfa	15	62.50	9	37.5
Virchowiana	10	71.43	4	28.57
Não Definida	2	100	0	0
Classificação Operacional				
Paucibacilar	12	35.29	22	64.71
Multibacilar	28	66.67	14	33.33
GIF				
0	7	38.89	11	61.11
1	27	55.10	22	44.90
2	6	66.67	3	33.33

FONTE: Integrahans-PI, 2016.

Analisando o perfil nutricional, observou-se que 52 participantes eram eutróficos e destes, 55.77% eram do sexo masculino (Tabela 04).

Tabela 04 – Perfil Nutricional de pacientes acometidos por Hanseníase entre os anos de 2001 e 2014 no município de Picos - PI (dados preliminares) distribuídos por sexo. Picos - PI, 2016. (n=76)

Perfil Nutricional	Sexo			
	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
Magreza	5	50	5	50
Eutrofia	29	55.77	23	44.23
Sobrepeso/Obesidade	6	42.86	8	57.14

FONTE: Integrahans-PI, 2016.

Ao se verificar o perfil alimentar distribuído por sexo, na tabela 05, pode-se observar que 74 pessoas afirmaram fazer o consumo semanal de feijão e destes, 51,35% eram do sexo masculino. No que diz respeito ao consumo de salada crua, a maioria dos participantes relatou fazer a ingestão e, desses, 50% eram homens e 50% mulheres, sendo que a mesma coisa foi observada no que diz respeito à salada cozida. Sobre o consumo de carne, observou-se que, semanalmente, 72 pessoas relataram comer carne vermelha e 71 consomem carne de frango, sendo que nestes últimos quesitos, o sexo masculino se destaca, com 54.17% e 53.52% respectivamente. Quando o alimento semanal se trata de peixe, observou-se que a maioria não consome e destes, 53.13% eram homens. Sobre o consumo de suco de frutas, 64 pessoas afirmaram beber semanalmente e destes, 54.69% eram homens. Sobre o consumo de frutas, 72 pessoas disseram consumir semanalmente, sendo que destes, 50% são do sexo masculino e 50% do feminino. A maioria dos pacientes disse consumir semanalmente refrigerante, sendo que destes, 51.11% eram do sexo masculino. 59 pessoas declararam fazer a ingestão de leite durante a semana e nesse grupo, 52.54% eram do sexo masculino. No que diz respeito ao consumo semanal de doces, 52 pessoas disseram fazer a deglutição e 57.69% destes eram do sexo masculino. Quando os participantes foram questionados sobre a troca semanal de alguma refeição por sanduíches, salgados ou pizzas, a maioria disse não fazer essa substituição e destes, 55.74% eram homens. Já no que concerne ao consumo autorreferido diário de sal, 40 pessoas disseram fazer uma ingestão adequada, sendo 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino.

Tabela 05 – Perfil Alimentar de pacientes acometidos por Hanseníase entre os anos 2001 e 2014 no município de Picos - PI (dados preliminares) distribuídos por sexo. Picos - PI, 2016. (n=76)

Perfil Alimentar		Sexo			
		Masculino		Feminino	
		N	%	N	%
Consumo Semanal de Feijão	Nenhum	1	100	0	0
	Ignorado	1	100	0	0
	Sim	38	51.35	36	48.65
	Média de dias	M	DP	M	DP
		6.39	1.32	6.16	1.74
Consumo Semanal de Salada Crua	Nenhum	9	69.23	4	30.77
	Ignorado	0	0	1	100
	Sim	31	50	31	50
	Média de dias	M	DP	M	DP
		4.48	2.36	3.67	2.37
Consumo Semanal de Salada Cozida	Nenhum	10	55.56	8	44.44
	Ignorado	2	100	0	0
	Sim	28	50	28	50
	Média de dias	M	DP	M	DP
		6.39	1.32	6.16	1.74
Consumo Semanal de Carne Vermelha	Nenhum	1	25	3	75
	Ignorado	0	0	0	0
	Sim	39	54.17	33	45.83
	Média de dias	M	DP	M	DP
		3.71	2.02	3.75	1.78

Tabela 05 – Perfil Alimentar de pacientes acometidos por Hanseníase entre os anos 2001 e 2014 no município de Picos - PI (dados preliminares) distribuídos por sexo. Picos - PI, 2016. (n=76) (Continuação).

Perfil Alimentar		Sexo			
		Masculino		Feminino	
		N	%	N	%
Consumo Semanal de Frango	Nenhum	2	40	3	60
	Ignorado	0	0	0	0
	Sim	38	53.52	33	46.48
	Média de dias	M	DP	M	DP
		3.05	1.46	3.24	1.71
Consumo Semanal de Peixe	Nenhum	17	53.13	3	60
	Ignorado	0	0	1	100
	Sim	3	3.49	0	46.51
	Média de dias	M	DP	M	DP
		1.73	1.28	1.55	1.05
Consumo Semanal de Suco de Frutas	Nenhum	5	50	5	50
	Ignorado	0	0	2	100
	Sim	35	54.69	29	45.31
	Média de dias	M	DP	M	DP
		4.08	2.29	3.89	1.95
Consumo Semanal de Frutas	Nenhum	4	100	0	0
	Ignorado	0	0		0
	Sim	36	50	36	50
	Média de dias	M	DP	M	DP
		4.61	2.23	4.91	2.23
Consumo Semanal de Refrigerantes	Nenhum	16	53.33	14	46.67
	Ignorado	1	100	0	0
	Sim	23	51.11	22	48.89
	Média de dias	M	DP	M	DP
		3.65	2.46	3.04	2.23

Continua.

Tabela 05 – Perfil Alimentar de pacientes acometidos por Hanseníase entre os anos 2001 e 2014 no município de Picos - PI (dados preliminares) distribuídos por sexo. Picos - PI, 2016. (n=76) (Continuação).

Perfil Alimentar		Sexo			
		Masculino		Feminino	
		N	%	N	%
	Nenhum	9	52.94	8	47.06
Consumo Semanal de Leite	Ignorado	0	0	0	0
	Sim	31	52.54	28	47.46
	Média de dias	M	DP	M	DP
		5.45	2.3	6.10	1.85
	Nenhum	10	43.48	13	56.52
Consumo Semanal de Doces	Ignorado	0	0	1	100
	Sim	30	57.69	22	42.31
	Média de dias	M	DP	M	DP
		4.13	2.66	3.31	2.51
Substituição semanal de alguma refeição por sanduíches, salgados ou pizza	Nenhum	34	55.74	27	44.26
	Ignorado	0	0	0	0
	Sim	6	40	9	60
	Média de dias	M	DP	M	DP
		2	0.89	3.11	2.71
Consumo de sal diário (autorreferido)	Alto a muito alto	2	50	2	50
	Adequado	20	50	20	50
	Baixo a muito baixo	18	56.25	14	43.75

FONTE: Integrahans-PI, 2016.

A tabela 06 diz respeito ao perfil nutricional e clínico dos pacientes acometidos por Hanseníase no período de 2001 a 2014, em Picos, onde 42 pessoas foram classificadas como multibacilar e destes, 66.67% se apresentam eutrofos. Sobre a forma clínica, a indeterminada prevaleceu, com 28 indivíduos, os quais 71.43% eram eutrofos. Quarenta e

noventa e nove pessoas foram acometidas por GIF 1 e destes, 67.35% também se apresentaram eutrofos.

Tabela 06 – Associação entre perfil nutricional e perfil clínico de pacientes acometidos por Hanseníase entre os anos 2001 e 2014 no município de Picos - PI (dados preliminares). Picos - PI, 2016. (n=76) .

Perfil Clínico	Perfil Nutricional					
	Magreza		Eutrofia		Sobrepeso	
	N	%	N	%	N	%
Classificação Operacional						
Paucibacilar	4	11.76	24	70.59	6	17.65
Multibacilar	6	14.29	28	66.67	8	19.05
Forma Clínica						
Indeterminada	3	10.71	20	71.43	5	17.86
Tuberculoide	2	25	5	62.50	1	12.50
Dimorfa	4	17.39	14	60.87	5	21.74
Virchowiana	1	7.14	11	78.57	2	14.29
Não Definida	0	0	1	50	1	50
GIF						
0	3	16.67	11	61.11	4	22.22
1	7	14.26	33	67.35	9	18.37
2	0	0	8	88.89	1	11.11

FONTE: Integrahans-PI, 2016.

6 DISCUSSÃO

A partir dos resultados obtidos, os quais foram apresentados anteriormente, realizar-se-á, neste capítulo, uma discussão e análise à luz da literatura científica vigente.

Sendo assim, sobre a faixa etária de pacientes acometidos, Bruschi, Labrêa e Eidt (2011) afirmam que a Hanseníase pode se manifestar em todas as idades, no entanto, costuma atingir a população em plena capacidade para o trabalho. Em seu estudo com pacientes com Hanseníase, verificaram que a maioria dos pacientes estava na faixa etária entre 40 e 50 anos. Segundo os autores, os dados do SINAN apontam que entre as pessoas acometidas por Hanseníase, 52,4% tem entre 30 e 59 anos.

Nos estudos de Borges (2008), verificou-se que a hanseníase acomete ambos os sexos, entretanto, a população que mais tem incidência dessa doença, do ponto de vista da vulnerabilidade, é a população masculina, que, segundo a autora, ocorre na proporção de 2:1. As pesquisas de Ferreira, Ferreira e Morraye (2012) também encontraram essa prevalência, demonstrando que a maioria dos contatos entrevistados em domicílio era do sexo masculino. Essa prevalência, entretanto, não pode ser generalizada e não pode ser considerada universal, haja vista que, verifica-se, que, em estudos como os de Montenegro et al. (2011), do total de entrevistados, nos municípios de Vitória, no Espírito Santo, o percentual de acometimento pela doença foi maior para o sexo feminino, com 52% dos casos.

O Ministério da Saúde revelou que, no cenário brasileiro, detectou-se 31.484 casos de hanseníase no ano de 2004, sendo que 58% destes, o que compreende 18.414 casos, eram pessoas do sexo masculino (BRASIL, 2005).

Um estudo conduzido por Pinto e Villa (1999) para caracterizar o perfil de pessoas com Hanseníase demonstrou que 59,7% dos acometidos pela doença são homens. Pesquisas de Barro (2005) também evidenciam que a maior incidência de casos é para população do sexo masculino, com faixa etária de 35 a 44 anos, enquanto que para o sexo feminino, há maior incidência em mulheres na faixa etária 45 a 54 anos. Outro estudo realizado por Vázquez *et al.* (2008) mostrou que 70,8% dos casos são do sexo masculino.

Há, portanto, em consonância com a literatura vigente, uma prevalência da doença sobre o sexo masculino (SAMPAIO *et al.*, 2009), demonstrando, dessa forma, que os coeficientes de detecção dos casos hansênicos em homens são sempre maiores do que em mulheres (ALENCAR, RAMOS JR. *et al.*, 2011). Assim, vale destacar que em regiões em que o acometimento é menor em mulheres, pode-se observar que a gravidade da doença é mais branda e que há menos chances de deformidades serem desenvolvidas, levando em

consideração que os casos apresentam maior preservação de troncos nervosos, conforme diz Borges (2008).

Ao pesquisar sobre o perfil sociodemográfico, Queiroz (2009) diz que apenas 1% dos registros de casos de Hanseníase possuía a informação “Raça/Cor”, e no segundo período apenas 58%. O registro precário desta variável entre 1996 e 2003 fomentou a opção de analisá-la somente entre 2004 e 2007. Os estudos realizados sobre a distribuição do coeficiente de detecção segundo raça/cor mostraram que o coeficiente de detecção entre não brancos é mais elevado que os de outras etnias.

Quanto ao grau de escolaridade, estudos como os de Ferreira, Ferreira e Morraye (2012), Brito et al. (2014) e Queirós (2014), com pessoas com Hanseníase, também detectaram baixo grau de escolaridade, com 67,0%, 53,7% e 34,1% respectivamente.

No que diz respeito ao perfil clínico, Simpson, Fonseca e Santos (2010) dizem que o tipo dimorfa é o que mais compromete o paciente, por apresentar lesões numerosas. E sobre a forma *virchowiana*, esses autores dizem que esta se apresenta através de manchas eritematosas, sendo uma forma mais severa da doença que causa deformidades, quando não submetida a tratamento. A forma indeterminada é também chamada de fase inicial, isto é, sem características definidas e se manifesta por uma ou mais manchas mais claras que a pele ou manchas com sensibilidade alterada.

O alto percentual de casos com diagnóstico da doença nas formas multibacilares (dimorfa e *virchowiana*) é indício de que há diagnósticos tardios e de que a cadeia de transmissão do *M. leprae* continua a ocorrer. Isto serve de alerta, pois, os referidos tipos da doença são considerados os mais contagiosos e potencialmente incapacitantes (ROMAO, 2013). Pôde-se, ainda, verificar no estudo de Simpson, Fonseca e Santos (2013), realizado com 15 municípios do estado da Paraíba, através da análise de 128 fichas sorteadas aleatoriamente do SINAN, que há diferenças significativas entre as formas paucibacilares e multibacilares, porém, se observa a predominância da forma paucibacilar.

O Ministério da Saúde esclarece que, independente do perfil nutricional, os pacientes devem ser devidamente monitorados mediante o acompanhamento nutricional durante todo o período de tratamento, uma vez que estes apresentam baixa imunidade, carência de nutrientes e alterações do estado nutricional (BRASIL, 2009).

Na visão de Vazquez (2011), o estado nutricional é um dos principais moduladores da resposta imune, sendo, por um lado, importante determinante do risco e do prognóstico de doenças infecciosas e, por outro, diretamente influenciado pela infecção. Além disso, a adequação do estado nutricional tem uma relação direta com o sistema imune, de

modo que a deficiência de nutrientes afeta a resposta imune inata e adaptativa, comprometendo as defesas do organismo a agentes infecciosos.

Oliveira (2012) aponta que há uma redução e/ou alteração de micronutrientes em doenças crônicas, dentre elas a Hanseníase. Isso porque o equilíbrio complexo de micronutrientes é fundamental para a manutenção da saúde e, conseqüentemente, a alteração da homeostase desses elementos pode gerar prejuízos da função celular, fisiológica e imune, sendo tais alterações associadas à causa ou consequência de inúmeras doenças.

Ao aplicar o questionário de frequência alimentar para 145 pacientes com Hanseníase, em 4 municípios do Espírito Santo, Montenegro et al. (2011) pôde observar que dentre o grupo de cereais, tubérculos e raízes, o arroz foi o alimento mais consumido, aparecendo no consumo diário de 87,3% da amostra. O consumo de frutas representou apenas 41,1% e o de vegetais 57%. O feijão estava presente na dieta de 88,1% dos estudados, com consumo de uma porção diária. No grupo das proteínas, o alimento mais representativo foi o ovo. O leite estava presente no consumo semanal de 40,4% dos estudados. Em relação à ingestão de carnes, observou-se um maior consumo semanal para o frango, com 88,7%, e em segundo lugar, a carne bovina, com 74,8%. As gorduras e os açúcares foram representados pelo consumo de frituras, manteiga e margarina, com 26,5%, 30,5% e 35,8%, respectivamente da amostra. Os açúcares foram representados pelo consumo diário de 31,8% dos estudados.

No estudo de Montenegro et al. (2011), 48,7% da amostra foi classificada como eutrófica em relação à avaliação por IMC e, apesar de não demonstrar associação com a classificação operacional e a forma clínica, a maioria possuía a forma clínica tuberculóide e 42,8% e 52% eram multibacilares. Os entrevistados afirmaram que apesar de apreciarem carnes e derivados do leite, não os consumiam por serem alimentos incompatíveis com o orçamento doméstico. Em relação aos legumes, verduras e frutas, reconhecem que são alimentos de menor preço, porém, admitem não utilizá-los por falta de hábito ou pela dificuldade em armazená-los.

Teixeira (2017) avaliou, em seu estudo, o consumo alimentar de 319 indivíduos com Hanseníase, nos municípios de Vitória da Conquista e Tremedal, ambos na Bahia, e evidenciou o consumo excessivo de sal em 8,1% da população estudada. De um modo geral, 41,6% dos entrevistados tinham o hábito regular de consumir o excesso de gordura das carnes, 15,4% bebiam refrigerante regularmente, 72,3% consumiam habitualmente proteínas de carne vermelha, 38,6% de frango, 32,3% de peixe e 39,0% de leite. O consumo regular de feijão foi observado em 84,6% da população, assim como de hortaliças (42,3%) e frutas (44,0%). Em Vitória da Conquista, percebeu-se o consumo regular de 40,8% de excesso de

gordura das carnes, 15,9% de refrigerante, 27,2% de guloseimas e 3,4% lanches. Destes, 73,8% tinham consumo regular de carne vermelha e 42,5% de leite. Observou-se que 86,3% consumiam feijão regularmente, 49,4% hortaliças, 47,8% frutas e 28,3% suco de frutas. No município de Tremedal, 47,1% consumiam regularmente o excesso de gordura das carnes, 11,8% refrigerante e 14,7% guloseimas. O consumo de proteínas foi de 61,8% de carne vermelha e 14,7% de leite. Em Tremedal, 91,2% consumiam regularmente feijão, 17,7% hortaliças, 17,7% frutas e 32,4% consumiam suco de frutas. Em ambos os municípios, a soma de porções diárias de frutas e hortaliças foi de 4 porções.

A avaliação do estado nutricional do estudo de Teixeira (2017) evidenciou alta prevalência de sobrepeso/obesidade, o que não corrobora com o presente estudo e com o anterior mencionado. Esse resultado é típico do processo de transição nutricional, principalmente entre as pessoas de Vitória da Conquista. Apesar disso, não foram encontradas diferenças significantes entre os municípios. Resultado semelhante ao deste estudo foi evidenciado por Bruschi, Labrêa e Eidt (2011), com 39 indivíduos curados e em tratamento de Hanseníase de um ambulatório de dermatologia de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, em que 71,8% dos casos foram diagnosticados com sobrepeso/obesidade.

No estudo de Vázquez (2012), com 39 pacientes da cidade de Sergipe com Hanseníase, 53,8 % apresentaram sobrepeso e mais de 50% apresenta consumo inadequado das vitaminas A, E e D. Observa-se que a situação econômica desfavorável associa-se diretamente com a qualidade de dieta, da compra e preparo dos alimentos e do acesso a informações nutricionais, comprometendo o estado nutricional do paciente e da sua família. A falta de conscientização sobre a importância nutricional também é um dos fatores que determinam a má qualidade da alimentação.

A transição nutricional citada por Teixeira (2017) implica mudanças no padrão alimentar tradicional baseado no consumo de grãos e cereais, que aos poucos está sendo substituído por um padrão alimentar com grandes quantidades de alimentos de origem animal, gorduras, açúcares, alimentos industrializados e relativamente baixa quantidade de carboidratos complexos e fibras (BRUSCHI; LABRÊA; EIDT, 2011).

Silva e Miyazaki (2012) realizaram levantamento bibliográfico utilizando artigos, livros, revistas científicas e estudos publicados no período entre 2009 e 2013. Os estudos evidenciaram a importância de se avaliar o estado nutricional e os hábitos alimentares de pacientes portadores de hanseníase, pois estes possuem déficits nutricionais em relação a dados antropométricos e a ingestão de nutrientes, colocando-os como grupo de alto risco, por conta da baixa imunidade que conseqüentemente agrava a doença.

Além disso, as drogas utilizadas no tratamento da hanseníase podem levar a outras complicações como anemia, aumento da glicose sanguínea e elevação da pressão arterial, podendo ainda inviabilizar a absorção adequada de alguns nutrientes como ferro, cálcio e zinco, devido à interação droga-nutriente. Apesar de não haver uma alimentação específica para quem tem hanseníase, a alimentação e a nutrição constituem princípios básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando uma melhora do estado nutricional, da imunidade e da qualidade de vida desses indivíduos (SILVA; MIYAZAKI, 2012).

A relação entre doença, nutrição e imunidade, ainda que não elucidada completamente, mostra-se associada a um aumento do catabolismo frente a uma doença, o que leva a um aumento das necessidades nutricionais visando assegurar eficiência da resposta imune. Sendo assim, é importante considerar os efeitos benéficos da nutrição na prevenção e no bom prognóstico da doença, bem como dos efeitos deletérios de uma dieta deficiente. Por isso, uma boa nutrição é de suma importância diante da complexidade da Hanseníase e deve-se fazer presente em suas diferentes facetas (OLIVEIRA, 2012).

7 CONCLUSÃO

O objetivo desta pesquisa foi analisar os aspectos sociodemográficos, nutricionais e as diferenças entre sexo em pessoas com Hanseníase. Dessa forma, verificou-se que o padrão do perfil nutricional entre sexos em pacientes acometidos por Hanseníase no período de 2001 a 2014 é maior entre homens e acomete mais os casados, com idade entre 20 e 59 anos.

Diante disso, evidencia-se a relevância do papel da Enfermagem no tratamento da Hanseníase, já que, compete ao profissional dessa área criar e manter um ambiente terapêutico voltado para o paciente, estabelecendo relações interpessoais com pacientes e família. Assim, devem-se desenvolver ações e atividades educativas nos serviços de saúde ao atuar nas Estratégias de saúde da Família, de modo a educar os pacientes para a prevenção da doença, tendo em vista que a responsabilidade e a importância de ações educativas.

Os dados apresentados no trabalho se mostram relevantes, pois contribuem para a melhoria da oferta de serviços no SUS e para abrangência das possibilidades de intervenção da área de Enfermagem, uma vez que as informações desta pesquisa serão encaminhadas a órgãos competentes e deverão resultar em ações com pacientes acometidos por Hanseníase.

Durante a realização da pesquisa, pôde-se perceber a existência de vasta literatura sobre o tema, o que demonstra que as discussões não se encerram aqui, mas sim que se estendem a outras pesquisas. Entretanto, no que diz respeito às limitações, verificou-se que ainda existe, por parte da população, falta de conhecimento quanto aos aspectos relacionados à doença, como os sintomas, tratamento, importância do estado nutricional, fato esse que acreditamos ser uma importante observação.

Para estudos posteriores, sugere-se que novas pesquisas em torno do tema sejam realizadas, a fim de que se possa, cada vez mais, atualizar o quadro do diagnóstico da doença, verificar o estado nutricional das pessoas com Hanseníase e, assim, se possa atuar sobre as deficiências que os pacientes apresentam em função da doença.

A relevância da pesquisa foi constatada na contribuição que o estudo oferece através dos resultados obtidos, uma vez que estes servirão de auxílio para as intervenções que se propõem a oferta de serviços do SUS. Há de se comentar ainda, sobre as contribuições no âmbito da Enfermagem, pois as informações aqui adquiridas são eficazes na ampliação do conhecimento da população acerca da Hanseníase.

REFERÊNCIAS

- ABREU, W. C. et. al. Inadequação no consumo alimentar fatores interferentes na ingestão energética de idosos matriculados no programa municipal da terceira idade de Viçosa (MG). **Revista Baiana de Saúde Pública**; v.32, n. 2, p.190-202, 2008.
- ALBERICI, P.S.; JÓIA, T.; MOREIRA, A. A. A ação educativa do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família ao portador de hanseníase. **Revista UNIABEU**, V.4. n. 7, 2011.
- ALMEIDA, J. C, VILELA, L. S; SILVA, S. C. C; NEVES, T.S. Avaliação do estado nutricional de pacientes portadores de hanseníase em consumo de peixes. **Nutrire**, v. 36, Supl. 217, 2011.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério de classificação econômica Brasil**. 2012. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>>. Acesso em: 03 de set. 2016.
- Baldan SS. O Hanseniano: uma aproximação na perspectiva de promoção de saúde. [dissertação]. Franca: Universidade de Franca, 2010.
- BARRO, M. P. A. A. Avaliação da situação da hanseníase no município de Londrina de 1997 a 2001: aspectos epidemiológicos operacionais e organizacionais. **Hansen. Int.** v. 29, n.2, p. 110-117, 2005.
- BATISTA FILHO, M.; A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, Sup. 1, p. S181-S191, 2003.
- BORGES, M. B. **Determinação de ICAM-1 em pacientes com hanseníase.**/ Mirela Bernardina Borges – São Paulo, 2008. 82p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde (BR). **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução n. 466/12 de 12 de dezembro de 2012– CNS. Brasília, DF, 2012.
- BRITO, K. K. G. et al. Epidemiologia da hanseníase em um estado do nordeste brasileiro. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 8, p. 2686-2693, ago., 2014.
- BRUSCHI, K. R.; LABRÊA, M. G. A.; EIDT, L. M. Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de pacientes com hanseníase do Ambulatório de Dermatologia Sanitária. **Rev. Hansen Int.**, v. 36, n. 2, p. 53-61, abr./jun., 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 89, 2002.
- _____. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. **Hanseníase no Brasil: dados e indicadores selecionados**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hanseníase. In: **Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde.- 6. ed.- Brasília :Ministério da Saúde, 2005. p. 364.(Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério do Planejamento, **Orçamento e Gestão**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2016**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pi/picos/panorama>. Acesso em: 11 de junho de 2017.

Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consultas.jsp>> Acesso em: 10 set. 2016.

CIDADES DO MEU BRASIL. Disponível em: <<http://www.cidadesdomeubrasil.com.br/PI/picos>>. Acessado em: 09 de jul. 2016.

Cozzolino SMF. Biodisponibilidade de nutrientes. 4ª ed. Barueri: Manole; 2012.

CUNHA, A. Z. S. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n.2, p. 235-242, 2002. Disponível em: www.scielo.com.br. Acesso em: 19/03/2017.

DUARTE, A. C.; CASTELLANI, F. R. **Semiologia Nutricional**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Axcel Books; 2002.

Duarte MTC, Ayres JA, Simonetti JP. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. *Texto & Contexto Enferm*.2009.

FERREIRA, I. L. C. S. N.; FERREIRA, I. N.; MORRAYE, M. A. Os contatos de portadores de hanseníase em Paracatu (MG): perfil, conhecimentos e percepções. **Rev. Hansen Int.**, v. 37, n. 1, p. 35-44, jan./mar., 2012.

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

HAMESTER, C. **A Hanseníase na experiência de vida de pessoas atendidas em ambulatório de referência no Distrito Federal**. Universidade de Brasília. Brasília, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em:<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=220800&search=piapui|picos>>. Acesso: em 09 de jul. 2016.

IKEHARA, E.; NARDI, S. M.T; FERRIGNO, I.S.V.; PEDRO, H.S.P.; PASCHOAL, V.D. Escala SALSA e Grau de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde: avaliação da limitação de atividades e deficiência na hanseníase. **Acta. Fisiatr.**, n. 17, p.169-174, 2010.

JYOTHI, P. Um estudo do estresse oxidativo na hanseníase paucibacilar e multibacilar. *Índia J. Dermatol venereol Leprol*, 2009.

JÚNIOR, F. J. G. S. Assistência de enfermagem ao portador de Hanseníase: abordagem transcultural. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.61, n. esp, p. 713-717, 2008. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 20/02/2017.

LIPSCHITZ, DA. Screening for nutritional status in the elderly. **Prim. Care.**, v. 21, p. 55- 67, 1994.

LOUREIRO, A.S; SOUZA, A.S. Nutricionistas na atenção primária: necessidade para prevenção e controle de alterações nutricionais e riscos metabólicos. **Nutrire**, v. 38(Supl), p.155, 2013.

LUNA, I.T. et al. Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 63, n. 6, Dec. 2010.

Lyon-Moura A.C.; Pedrosa, M.S. **Histopatologia da Hanseníase**. In: Lyon S; Grossi MAF. Hanseníase. Rio de Janeiro: Medbook; 2013.

MONTEIRO, C. A. et. al. O estado nutricional das crianças brasileiras: a trajetória de 1975 a 1989. In: MONTEIRO, M. F. G.; CERVINI, R. (Org.). Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 1992b. p. 43-60.

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. **Rev. da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 44, n. 2, p. 228-231, mar./abr., 2011.

MORHAN – Movimento de **Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase/Núcleo Betim, Colônia Santa Izabel do estigma a socialização**. Betim (MG): MORHAN; 2006.

NERY, J. S. et al. Effect of the Brazilian Conditional cash transfer and primary health care programs on the new case detection rate of leprosy, **PLOS Neglected Tropical Diseases Journal** (online), novembro, 2006.

OLIVEIRA, F. M. **Perfil sérico de estresse oxidativo, antioxidantes e micronutrientes em pacientes com hanseníase**. [dissertação]. Araraquara: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho; 2012.

O NORDESTE. Disponível em:

<http://onordeste.com/onordeste/enciclopediaNordeste/index.php?titulo=Picos,+Piau%C3%A9&tr=p&id_perso=6221> Acesso em: 09 de Abril. 2017. Obesity: Preventing and managing the global epidemic – Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Estratégia Global para Aliviar a Carga da Hanseníase e Manter as Atividades de Controle da Hanseníase (Período do Plano: 2006-2010). 2005.

OPROMOLLA P.A. Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n.1, p.195-120, 2011.

PEDRAZZANI, E. S.; Levantamento sobre as ações de enfermagem no programa de controle da hanseníase no estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto v.3 n.1 jan. 1995.

PIAUI. **Boletim de vigilância em saúde do Estado do Piauí: Hanseníase 2014**. Araújo, T.M.E et al., EDUFPI. Teresina, 2016.

PINTO, NETO; J.M; VILLA, T.C.S. Características epidemiológicas dos comunicantes de hanseníase que desenvolveram a doença, notificados no Centro de Saúde de Fernandópolis (1993 a 1997). **Hansen. Int.**, v. 24, n. 2, p. 129-136, 1999.

QUEIROZ, M. L. A Hanseníase no estado de Mato Grosso. Universidade Federal de Mato Grosso. **Instituto de saúde coletiva**, Cuiabá, 2009.

QUEIRÓS, M. I. **Perfil sociodemográfico, clínico-epidemiológico e padrões de atendimento da hanseníase em hospital universitário de Fortaleza – Ceará, 2007-2011.** 2014.

RIBEIRO, A.C. et al. Validação de um questionário de frequência de consumo alimentar para a população adulta. **Rev. Nutr.**, v. 19, n. 5, p. 553-562, 2006.

ROMÃO, E. R., MAZZONI, A.M. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Guarulhos, SP. **Rev. Epidemiol Controle Infecção.** v.3, n.1, p.22-27, 2013.

RODRIGUES, F. F. et al. Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre hanseníase: ações de controle e eliminação, 2015. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 68, n. 2, p. 297-304. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 19/03/2017.

SILVA CPG, MIYAZAKI MCO. Hanseníase e a Nutrição: uma revisão da literatura. **Hansen Int.** v. 37, n.2, p. 69-74, 2012.

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

SOUSA, A.–et al. Adesão ao Tratamento da Hanseníase por Pacientes Acompanhados em Unidades Básicas de Saúde de Imperatriz/MA. **Sanare**, Sobral, V.12, n.1, p. 06-12, jan./jun., 2010.

SIMÕES, M-J S.; DALLELO, D. Estudo do comportamento social dos pacientes de hanseníase do município de São Carlos-SP. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.7, n.1, dez 2010.

SOUZA, L.W. F. Reações hansênicas em pacientes em alta por cura pela poliquimioterapia. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 43, n. 6, Dec. 2010.

TEIXEIRA, M. A.G; SILVEIRA, V. M; FRANCA, E. R. Características epidemiológicas e clínicas das reações hansênicas em indivíduos paucibacilares e multibacilares, atendidos em dois centros de referência para hanseníase, na Cidade de Recife, Pernambuco. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, Uberaba, v. 43, n. 3, June 2010.

TEIXEIRA, C. S. S. **Insegurança alimentar, estado nutricional e hábitos alimentares de pessoas acometidas por hanseníase em municípios do interior da Bahia, 2001-2014.** 2017. 144 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017. Disponível em: <
http://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/22402/1/2017_dis_cssteixeira.pdf >.

VÁZQUEZ, C.M.P; AMEIDA, R.P; JESUS, A.M.R; DUTHIE, M.S; LINS, S.D; MENDES, R.S Neto. Avaliação do estado nutricional em pacientes com hanseníase. **Hansen Int.** 2011;36(1 Supl):51.

VÁZQUEZ, C. M. P. **Avaliação da capacidade antioxidante e aspectos nutricionais na hanseníase.** 2012. 75 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2012.

VIEIRA, C. S. C. A et al. Avaliação e controle de contatos falsos de doentes com hanseníase. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. spe, Nov.2008.

VIJAYARAGHAVAN, R. Papel protetor da vitamina E sobre o estresse oxidativo na doença de Hansen (Lepra) pacientes. **European Journal of Clinical Nutrition**, v.59, p.1121-1128, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry.** Geneva: World Health Organization; (Technical Report Series, 854), 1995.

ANEXOS

ANEXO A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

INSTRUMENTO - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAIS DE SAÚDE**
--

“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

Prezado Sr./Sra.,

Você está sendo convidado (a) a participar de uma de pesquisa. 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.

Esta pesquisa tem como objetivo fortalecer o controle da hanseníase por meio da avaliação sobre a situação epidemiológica, clínica e psicossocial da doença, bem como sobre o funcionamento dos programas de controle. Os aspectos operacionais das ações de controle serão verificadas nas redes de atenção básica e especializadas para hanseníase existente neste município indicando ações para potencializar as ações de gerentes dos programas e dos profissionais de saúde envolvidos.

Endereço do responsável pela pesquisa
--

Instituição: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. ^a 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 aplicações de instrumentos específicos para a caracterização e avaliação do funcionamento do programa e da rede de serviços disponível.

RISCOS E BENEFÍCIOS:

1. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc.

2. 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 de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isso traga prejuízo a minha pessoa.
- A segurança de que não será identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com minha privacidade.
- Receber informações atualizadas durante o estudo, ainda que este possa afetar a minha vontade do participante de continuar na pesquisa.

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.

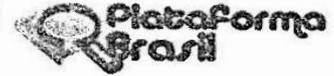
_____ / ____ / _____

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

ANEXO B: Parecer do CEP: Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: TELMA MARIA EVANGELISTA DE ARAÚJO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46169715.2.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

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

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.115.818

Data da Relatoria: 17/07/2015

Apresentação do Projeto:

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

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

Bairro: Ininga

CEP: 64.049-550

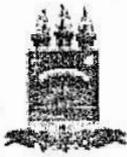
UF: PI

Município: TERESINA

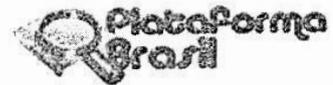
Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86)3237-2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.115.818

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

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

Objetivo Secundário:

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

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

de hanseníase e o seu impacto nos diferentes contextos socioculturais; Avaliar a qualidade de vida

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

Bairro: Ininga

CEP: 64.049-550

UF: PI

Município: TERESINA

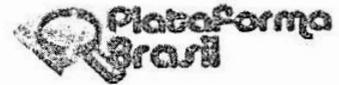
Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86)3237-2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



Continuação do Parecer: 1.115.818

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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

Benefícios:

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

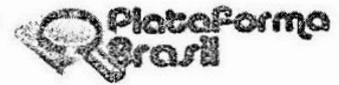
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



Continuação do Parecer: 1.115.818

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão anexados ao protocolo.

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

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

TERESINA, 19 de Junho de 2015

Assinado por:

Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Profª Adrianna de Alencar Setubal Santos
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria 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 C – Socioeconômico e Demográfico – Caso Referência

**INSTRUMENTO 5 – SOCIOECONÔMICO e DEMOGRÁFICO – CASO REFERÊNCIA**

VERSÃO: 07/09/15

PROJETO INTEGRAHANS PIAUÍ

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

ITEM	QUESTÃO	CÓDIGOS/CATEGORIAS	REVISOR
1.	Sexo	Masculino 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>	_____	()

11	Qual a situação de moradia no domicílio?	Moradia regular/fixa Aluguel/ moradia temporária Invasão Assentamento Outra _____ Não sabe/ Não que responder	1 2 3 4 5 9	()
12	Qual o número de residências anteriores? (Diferente da atual- caso não tenha colocar 0)	_____		()
13	Qual a localização residências anteriores? Bairro/município/ estado (Inserir a mais recente até a mais antiga)	1 _____ / _____ / _____ 2 _____ / _____ / _____ 3 _____ / _____ / _____ 4 _____ / _____ / _____ 5 _____ / _____ / _____		()
14	Ter tido (ou está 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 que responder	0 1 2 3 4 5 9	()
15	Qual a escolaridade?	Analfabeto 1° até o 5° incompleto 5° ano completo 6° ao 9° incompleto Fundamental completo (9° completo) Médio incompleto Médio completo Superior completo Superior incompleto Não sabe/ Não que responder	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	()
16	Quantos anos completo de estudos (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 que responder	1 2 3 4 9	()
18	Você se considera religioso (a) ou possui alguma religião?	Não Sim Não sabe/ Não que responder	0 1 9	()
19	Você frequenta alguma atividade religiosa?	Não Sim Não sabe/ Não que responder	0 1 9	()

20	Qual a sua principal religião atualmente?	Nenhuma/não tem religião	0	()
----	---	--------------------------	---	-----

		atualmente 1 Adventista 2 Assembleia de Deus 3 Batista 4 Batuque 5 Budista 6 Candomblé 7 Casa da benção 8 Católica 10 Congregação cristão do Brasil 11 Espírita Kardecista 12 Evangelho quadrangular 13 Judaica 14 Luterana 15 Messiânica 16 Metodista 17 Presbiteriana 18 Testemunha de Jeová 19 Umbanda 20 Universal do Reino de Deus 21 Outra _____ 9 Não sabe/Não que responder		
21	Quantas pessoa moravam no mesmo domicílio no período de 5 anos antes do seu diagnóstico de hanseníase? (Não sabe/Não que responder=N/N)	_____		()
22	Essas pessoa 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 que responder 9		()
23	Nesta época você e sua família receberam visitas do agente comunitário de saúde?	Não 0 Sim 1 Não sabe/Não que responder 9		()
24	Com qual frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum Agente comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família ou Núcleo de Apoio a 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 que responder 9		()
25	Com qual frequência o seu domicílio recebeu uma visita de algum Agente comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família ou Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) após 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 que responder 9		()
26	Participou de atividades educativas gerais para a hanseníase promovida pela Equipe de Saúde da Família ou Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)?	Não 0 Sim 1 Não sabe/Não que responder 9		()
27	Recebeu material informativo/educativo sobre hanseníase em atividades gerais desenvolvidas pela a Equipe de Saúde da Família ou Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF)?	Não 0 Sim 1 Não sabe/Não que responder 9		()

28	Existência de outro(s) caso(s) de hanseníase conhecido (s) entre seus familiares e coabitantes? (Pode ser marcada mais de uma opção)	<p>Não</p> <p>Sim, antes do diagnóstico de seu caso</p> <p>Sim, depois do diagnóstico de seu caso</p> <p>Sim, desconhece-se o momento do diagnóstico</p> <p>Não sabe/ Não que responder</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>9</p>	<p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p>
29	Se possui outro (s) caso (s) de hanseníase conhecido (s) entre seus familiares e coabitantes, qual a relação/parentesco? (Pode ser marcada mais de uma opção)	<p>Não</p> <p>Bisavô/ Bisavó</p> <p>Avô/ Avó</p> <p>Pai/ Mãe</p> <p>Irmão/irmã</p> <p>Primo/prima</p> <p>Tio/tia</p> <p>Cunhado/cunhada</p> <p>Sobrinho/sobrinha</p> <p>Neto/neta</p> <p>Cônjuge/companheiro (a)/parceiro(a)</p> <p>Agregado (a)</p> <p>Filho/filha</p> <p>Outro _____</p> <p>Não sabe/ Não que responder</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13</p> <p>14</p> <p>9</p>	<p>()</p>
30	Qual o contexto geral de trabalho atualmente?	<p>Não trabalha</p> <p>Trabalho formal</p> <p>Ativo/ aposentado/ benefício</p> <p>Inativo</p> <p>Inativo/ aposentado/ benefício</p> <p>Dona de casa</p> <p>Trabalho informal</p> <p>Outro _____</p> <p>Não sabe/ Não que responder</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>9</p>	<p>()</p>
31	Se não trabalha formalmente, qual a principal razão para não está em atividade atualmente? (para as demais situações, inserir não se aplica)	<p>Não se aplica</p> <p>Dona de casa/ cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos</p> <p>Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho.</p> <p>Estudos/ treinamento</p> <p>Aposentado por tempo de trabalho/idade</p> <p>Aposentado por doença/ invalidez</p> <p>Afastado em virtude da hanseníase</p> <p>Afastado em virtude de outra doença: _____</p> <p>Afastado por outro motivo (gestação, mudança, licença, etc.)</p> <p>Outra _____</p> <p>Não sabe/ Não que responder</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>10</p> <p>9</p>	<p>()</p>
32	Se aposentado, qual o momento da aposentadoria?	<p>Não se aplica</p> <p>Antes do diagnóstico da hanseníase</p> <p>Após o diagnóstico da hanseníase</p> <p>Não sabe/ Não que responder</p>	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>9</p>	<p>()</p> <p>()</p> <p>()</p> <p>()</p>

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

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

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

74	Quando estava em tratamento da hanseníase, tinha direito a algum plano de saúde, médico ou odontológico, particular, de empresa ou órgão público?	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?	Sim Não Não sabe/ Não que responder	0 1 9	()
76	Recebeu apoio de familiares após diagnóstico da hanseníase?	Sim Não Não sabe/ Não que responder	0 1 9	()
77	Recebeu apoio de amigos após diagnóstico da hanseníase?	Sim Não Não sabe/ Não que responder	0 1 9	()
78	Como você avaliaria sua qualidade de vida antes do diagnóstico da hanseníase?	Muito ruim Ruim Nem ruim e 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 e nem boa Boa Muito boa	1 2 3 4 5	()

ANEXO D: Inquérito Nutricional - Caso Referência

INSTRUMENTO 24 – INQUÉRITO NUTRICIONAL - CASO REFERÊNCIA
 Versão: 08-09-2015
PROJETO INTEGRANS PIAUÍ
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	OR
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)	Não Sim _____ (Kg) Não se aplica Ignorado / Não quer responder	0 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?	Nenhum Dias _____ Ignorado / Não quer responder	0 1 9	()
6	Quantos dias da semana costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru?	Nenhum Dias _____ Ignorado / Não quer responder	0 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, berinjela, abobrinha? (sem contar batata, mandioca ou inhame)	Nenhum Dias _____ Ignorado / Não que responder	0 1 9	()
9	Se SIM, quantas vezes por dia?	1 vez por dia 2 vezes por dia 3 vezes ou mais por dia	1 2 3	()
10	Em quantos dias da semana costuma comer carne vermelha? (boi, porco, cabrito)	Nenhum Dias _____ Ignorado / Não quer responder	0 1 9	()
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?	Nenhum Dias _____ 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?	Nenhum Dias _____ Ignorado / Não que responder	0 1 9	()
15	Em quantos dias da semana costuma tomar suco de fruta natural?	Nenhum Dias _____ 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?	Nenhum Dias _____ 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)?	Nenhum Dias _____ 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?	Nenhum Dias _____ 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?	Nenhum Dias _____ 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?	Nenhum Dias _____ 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 Especificar _____	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: [84,88- (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 Ginecóide Andróide Eutrófico Não se aplica	1 2 3 4 5	()
38	Inspeção Corporal [podem ser marcadas mais de 1 opção] [somente para pacientes em uso de corticoides]	Face em lua Estrias Acne Pele fina Equimose Não se aplica Ignorado	1 2 3 4 5 6 9	()

ANEXO E: Exame Físico – Avaliação Neurológica



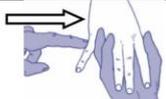
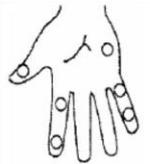
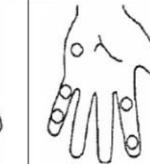
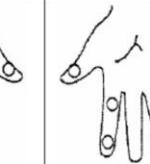
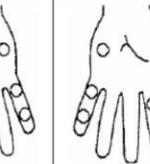
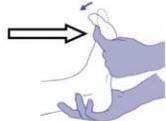
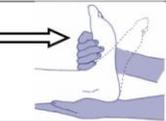
INSTRUMENTO 10 - EXAME FÍSICO – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA VERSÃO:07/09/2015
PROJETO INTEGRAHANS PIAUÍ

CÓDIGO UBS: _____	MUNICÍPIO: (1) PICOS (2) FLORIANO
CASO REFERÊNCIA ()	CONTATO ()
Número (ID) do Caso Referência: _____	COABITANTE RESIDENTE () COABITANTE SOCIAL ()
Unidade de Saúde: _____	Número (ID) do Domicílio: _____
Pesquisador: _____	Data da Coleta: _____
Nome caso referência: _____	
Revisor: _____	Data da Revisão: _____

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

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

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

MEMBROS SUPERIORES		1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Queixa principal							
Palpação dos nervos		D	E	D	E	D	E
Ulnar							
Mediano							
Radial							
Legenda: N = Normal; E = Espessado; D = Dor							
Avaliação de força		1ª / /		2ª / /		3ª / /	
		D	E	D	E	D	E
Abrir dedo mínimo. Abdução do 5º dedo. (N. Ulnar)							
Elevar o polegar. Abdução do polegar. (N. Mediano)							
Elevar o punho. Extensão do punho. (N. Radial)							
Legenda: Graus de força: 5 = Realiza movimento completo contra gravidade e resistência máxima; 4 = Realiza o movimento completo contra gravidade com resistência parcial; 3 Realiza o movimento completo contra gravidade; 2 = Realiza o movimento parcial contra a gravidade; 1 = Contração muscular sem movimento; 0 = Paralisia (nenhum movimento)							
Avaliação sensitiva							
1ª / /		2ª / /		3ª / /			
D	E	D	E	D	E		
							
Legenda:				Monofilamentos			
Garra: Garra móvel = M Garra rígida: R		Ferida:  Reabsorção: 		Seguir códigos padronizados (ver instruções para cores e simbologia)			
MEMBROS INFERIORES		1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Queixa principal							
Palpação dos nervos		D	E	D	E	D	E
Fibular							
Tibial posterior							
Legenda: N = Normal; E = Espessado; D = Dor							
Avaliação de força		1ª / /		2ª / /		3ª / /	
		D	E	D	E	D	E
Elevar o hálux. Extensão do hálux. (N. Fibular)							
Elevar o pé. Dorsiflexão do pé. (N. Fibular)							
Legenda: Graus de força: 5 = Realiza movimento completo contra gravidade e resistência máxima; 4 = Realiza o movimento completo contra gravidade com resistência parcial; 3 Realiza o movimento completo contra gravidade; 2 = Realiza o movimento parcial contra a gravidade; 1 = Contração muscular sem movimento; 0 = Paralisia (nenhum movimento).							



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

Identificação do Tipo de Documento

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

Eu, Luana Kelly Bezerra Benevides,
 autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de
 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,
 gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação
Perfil nutricional e a diferença entre sexos no trata-
mento de pacientes com Hanseníase.
 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 35 de janeiro de 2018.

Luana Kelly Bezerra Benevides
 Assinatura

Luana Kelly Bezerra Benevides.
 Assinatura