



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

LÍVIA SALITA MELO DE JESUS LAGES

**ASPECTOS QUE INTERFEREM NO ACOMPANHAMENTO DE
CONTATOS DE PORTADORES DE HANSENÍASE EM UM MUNICÍPIO
HIPERENDÊMICO**

SÃO LUÍS
2017

LÍVIA SALITA MELO DE JESUS LAGES

**ASPECTOS QUE INTERFEREM NO ACOMPANHAMENTO DE
CONTATOS DE PORTADORES DE HANSENÍASE EM UM MUNICÍPIO
HIPERENDÊMICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Lires Paiva

SÃO LUÍS
2017

LAGES, Livia Salita Melo de Jesus.

Aspectos que interferem no acompanhamento de contatos de portadores de hanseníase em um município hiperendêmico / Livia Salita Melo de Jesus LAGES. - 2017. 78 f.

Orientador(a): Maria de Fátima Lires PAIVA. Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís- MA, 2017.

1. Contatos de hanseníase. 2. Hanseníase. 3. Vigilância dos contatos. I. PAIVA, Maria de Fátima Lires.
II. Título.

LÍVIA SALITA MELO DE JESUS LAGES

**ASPECTOS QUE INTERFEREM NO ACOMPANHAMENTO DE
CONTATOS DE PORTADORES DE HANSENÍASE EM UM MUNICÍPIO
HIPERENDÊMICO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa do
Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

Nota: _____

Banca Examinadora:

Profa. Maria de Fátima Lires Paiva (Orientadora)
Doutora em Fisiopatologia Clínica e Experimental
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Doralene Maria Cardoso de Aquino
Doutora em Patologia Humana
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Maria Lúcia Holanda Lopes
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Ao Deus Eterno, Senhor dos Senhores, Alfa e Ômega, Reis do Reis. Deus da minha salvação, refúgio e rocha inabalável. À Ele seja a honra, glória, louvor agora e para sempre. Amém!

AGRADECIMENTOS

Como é bom render graças ao Senhor e cantar louvores ao Teu nome, ó Altíssimo; anunciar de manhã o Teu amor leal e de noite a Tua fidelidade. A minha alma está cheia de gratidão ao meu Deus, pois de modo tão imenso me amou. Agradeço por tantos benefícios, consolo, inspiração, força, graça e misericórdia, a Ti toda honra, toda glória e todo o louvor.

À minha mãe Aldalúzia Muniz de Melo (*in memoriam*) por seu tão terno amor, dedicação e exemplo de vida. Sei que fostes cedo demais, no meio da graduação, não foi fácil, mas tua semente está presente e vai florescer. Lembro do seu esforço para criar às minhas irmãs e a mim, pagar a passagem, alimentação e materiais para o curso. Você, mais que ninguém, acreditou em mim. Obrigada por ter sido guerreira e tão forte, amo-te eternamente, essa conquista é sua.

Ao meu pai Adilson Teodoro de Jesus pelo sustento, carinho e ensinamentos. Desde criança ouço suas histórias sobre o valor do estudo e como o senhor conseguiu vencer na vida, seu exemplo foi um estímulo para seguir seus passos. Eu o amo.

Sou grata às minhas irmãs Ester Melo Neiman, Priscila Neiman e Talita Melo de Jesus pelo companheirismo, incentivo e amizade. Aos meus sobrinhos tão amados Gabriel Neiman Ferreira, Mateus Neiman Bogéa, Ingridy Hadassa Neiman Reis e Pedro Baruque de Jesus Monteiro, a vinda de vocês me inspirou a ser uma pessoa melhor.

Ao meu esposo Bruno Lages Gonçalves pelo amor, apoio, paciência e amizade. Obrigada por me amparar nos momentos difíceis, pelos sorrisos e por não me deixar desistir dessa jornada.

Agradeço à toda minha família pelo carinho, em especial à tia Dionere Muniz de Melo pelo amor e cuidado.

À minha sogra Florência Lília Lages pelo acolhimento, zelo e amor.

À minha cunhada Gabriela Lages Gonçalves pela ajuda nessa reta final.

À família Lages pela receptividade, incentivo e torcida.

Às minhas duas irmãs de coração, Vanessa Cunha Bezerra e Fabiane Aparecida Magalhães da Silva, nossa amizade durará eternamente, obrigada por tudo.

Aos amigos que fizeram essa jornada menos pesada, as Mallibus, Nicole Maria Costa e Silva, Sara Raquel da Silva Carneiro, Marcelle Lucena, Rhayra Ane Cutrim

Campos, Vivian Cristina Campos Sodré e Levy Rosa Evangelista, obrigada pela amizade sincera, alegrias, apoio nas dificuldades e paciência. Em especial agradeço à minha amiga Deane Cristina da Rocha Rodrigues pelos conselhos, apoio, ajuda e carinho.

À todos os meus colegas da turma de enfermagem cento e um, pelos momentos vivenciados, de tensão e alegria, nas aulas e estágios.

À Zozildo Filho pelo empréstimo de vários livros e de sua monografia para o meu crescimento acadêmico.

Aos meus irmãos em Cristo da Igreja Evangélica Assembleia de Deus em Vila Celso Coutinho e em Ipem Turu, pelas intercessões, compreensão e amizade.

À Universidade Federal do Maranhão por oportunizar essa grande realização em minha vida com o ensino público de qualidade.

Não poderia deixar de mencionar a importância da Política de Cotas no sistema universitário brasileiro que me proporcionou a experiência de entrar e cursar o curso que sempre desejei.

Agradeço ao Departamento de Enfermagem pelo comprometimento com ensino de qualidade e excelência de todos os professores e funcionários.

Sou muito grata à minha orientadora, a Profa. Dra. Maria de Fátima Lires Paiva, pelos ensinamentos repassados, conversas e paciência.

Às Profas. Dras. Dorlene Maria Cardoso de Aquino e Maria Lúcia Holanda Lopes pelas orientações, compreensão e incentivo.

Aos atores participantes desta pesquisa pela valiosa colaboração que permitiu a execução deste trabalho.

Por fim, agradeço ao apoio de todos quantos me ajudaram de alguma maneira, com uma palavra, um conselho, uma oração. Obrigada!

“Na mente das pessoas a hanseníase continua sendo LEPRO e, como tal continua sendo incurável. Este sentido fundamental está na raiz do preconceito, lepra...não é uma doença, lepra é uma palavra, e palavra não tem cura.”

(FOGOS; OLIVEIRA; GARCIA, 2000, p. 149)

RESUMO

A hanseníase é um problema de saúde pública no Brasil. A vigilância dos contatos é uma das medidas de controle da doença, com foco no diagnóstico precoce, evitando a manutenção da cadeia de transmissão. Em 2015, o município de São Luís- MA apresentou 52,3 casos/100 mil habitantes, situação de hiperendemicidade. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de caráter quantitativo realizado no município de São Luís- MA no período de dezembro de 2016. A pesquisa tem como objetivo identificar os aspectos que interferem no acompanhamento de contatos de portadores de hanseníase. Participaram do estudo quarenta contatos de portadores de hanseníase, dentre estes 57,5% do sexo feminino e 42,5%, masculino. A faixa etária com maior frequência foi de 12- 20 anos de idade (32,5%). O tipo de convívio do contato com o caso índice mais frequente foi intradomiciliar (62,5%). Em relação a renda mensal em salários mínimos, a maior frequência foi de dois salários mínimos (32,5%). Quanto à Forma Clínica do caso índice, 22,5% não souberam informar e 22,5% tinham forma DD. No que se refere à Classificação Operacional do caso índice, 80% eram forma multibacilar e 20% paucibacilar. A maioria dos contatos apresentou uma cicatriz de BCG (77,5%). Em relação aos motivos do não comparecimento, 50% não entenderam que deveriam retornar; 42,5% disseram não ter sido informado sobre o retorno; 2,5% relataram ter dificuldade quanto ao horário e 5% relataram outros motivos. Dessa forma, o controle dos contatos ainda é insuficiente, sendo elo da cadeia epidemiológica da doença. Além disso, os contatos de pacientes com hanseníase frequentemente desenvolvem distúrbios psicológicos e sociais. Dessa forma, existem muitos desafios a serem enfrentados neste campo de estudo.

Palavras-chave: Hanseníase. Contatos de hanseníase. Vigilância dos contatos.

ABSTRACT

Leprosy is a public health problem in Brazil. Surveillance of contacts is one of the measures of disease control, and it has focus on early diagnosis to avoid transmission maintenance. The city of São Luís - MA had 52.3 cases per 100 thousand inhabitants in 2015, this is a hyperendemicity situation. This is a descriptive, explanatory and quantitative study carried out in São Luís-MA during the month of December in 2016. The research aims to identify the aspects that influence the follow-up of contacts of leprosy patients. There were 40 contacts of people with leprosy that participated in this study, among these 57.5% and 42.5% female, male. The study had forty leprosy contacts, 57.5% were female, and 42.5% were male. The most frequent age group was 12-20 years old (32.5%). The contact type of most frequent was intra-household (62.5%). About minimum wages, the highest frequency was two minimum wages (32.5%). Regarding the index case Clinical Form, 22.5% did not know the clinical Form, and 22.5% were DD form. About the index case operational classification, 80% was multibacillary and 20% paucibacillary. The most of contacts had a BCG scar (77.5%). About the absence reasons, 50% did not understand why they should return; 42.5% said that they were not informed about returns; 2.5% had difficulty about the schedule and 5% said other reasons. Thus, the contacts control is still insufficient; this is the chain link of the disease. In addition, the contacts of leprosy patients often develop social and psychological diseases. Then, there are a lot of challenges to be faced in this field of study.

Key words: Leprosy. Leprosy contacts. Contact Surveillance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Estados brasileiros conforme Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em 2015.....	24
Figura 2	Quadro de esquema da vacina de BCG	26
Figura 3	População estudada segundo o sexo. São Luís- MA, 2016.....	31
Figura 4	População estudada segundo faixa etária. São Luís- MA, 2016.....	31
Figura 5	População estudada segundo tipo de convívio com o caso índice. São Luís- MA, 2016.....	32
Figura 6	População dos contatos de portadores de hanseníase conforme renda em salários mínimos. São Luís- MA, 2016.....	32
Figura 7	População estudada segundo o número de pessoas que residem com o contato. São Luís- MA, 2016.....	33
Figura 8	População estudada segundo o grau de parentesco do contato com o caso índice. São Luís- MA, 2016.....	33
Figura 9	População estudada segundo a forma clínica do caso índice. São Luís- MA, 2016.....	34
Figura 10	População estudada segundo a classificação operacional do caso índice. São Luís- MA, 2016.....	34
Figura 11	População estudada conforme situação vacinal de BCG. São Luís- MA, 2016.....	35
Figura 12	População estudada segundo aspectos que interferiram no acompanhamento anual. São Luís- MA, 2016.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	–	antes de Cristo
BCG	–	Bacillus Calmette-Guérin (vacina contra a tuberculose)
BCG- ID	–	Bacillus Calmette-Guérin- Intradérmica (vacina contra a tuberculose)
CEP	--	Código de Endereçamento Postal
CEP	–	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	–	Conselho Nacional de Saúde
CREDESH/UFU-MG	–	Centro de Referência Nacional em Hanseníase/ Dermatologia Sanitária- Minas Gerais
D	–	Dimorfa
DD	–	Dimorfa-dimorfa
DT	–	Dimorfa-tuberculoide
DV	–	Dimorfa-virchowiana
HU-UFMA	–	Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão
I	–	Indeterminada
IB	–	Índice baciloscópio
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<i>M. leprae</i>	–	<i>Mycobacterium leprae</i>
MB	–	Multibacilar
MS	–	Ministério da Saúde
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
OPAS	–	Organização Pan-americana de Saúde
PB	–	Paucibacilar
PQT	–	Poliquimioterapia
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
T	–	Tuberculoide
TT	–	Tuberculoide-Tuberculoide
UBS's	–	Unidades Básicas de Saúde
UFMA	–	Universidade Federal do Maranhão
V	–	Virchowiana
VV	–	Virchowiana- virchowiana

VVs

– Virchowiana- subpolar

WHA

– World Health Assembly – Assembleia Mundial da Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Geral.....	16
2.2 Específicos	16
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
3.1 Breve histórico da hanseníase	17
3.2 Aspectos clínicos e epidemiológicos	18
3.3 Epidemiologia e Políticas Públicas para o Controle da Hanseníase	21
3.4 Controle dos contatos.....	24
4 MATERIAIS E MÉTODOS.....	27
4.1 Tipo de estudo.....	27
4.2 Local do estudo	27
4.3 População e Amostra	27
4.3.1 Critérios de Inclusão	28
4.4 Procedimentos para a coleta de dados	28
4.5 Variáveis do estudo	29
4.5.1 Sociais.	29
4.5.2 Dados econômicos e sociais das famílias.....	29
4.5.3 Grau de Parentesco:.....	29
4.5.4 Forma Clínica.....	29
4.6 Aspectos éticos	29
4.7 Análise dos dados	30
5 RESULTADOS	31
6 DISCUSSÃO	37
7 CONCLUSÃO.....	43
REFERÊNCIAS	44
ANEXOS	53
APÊNDICES	63

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase, embora sendo uma doença milenar, é um grave problema de saúde pública no Brasil. A doença é marcada pelas deformidades, incapacidades físicas e pela repercussão psicológica decorrentes do processo de adoecimento e estigma social (FERREIRA; FERREIRA; MORRAYNE, 2013). No Brasil a hanseníase é endêmica, sendo o segundo país do mundo em número de casos e continua apresentando taxa de prevalência em níveis superiores ao recomendado pela Organização Mundial de Saúde (menos de um caso a cada 10 ou 100mil habitantes). Juntamente com Índia e Indonésia, o Brasil notifica mais de dez mil casos anualmente (OMS, 2016).

A transmissão ocorre principalmente pelas vias aéreas superiores, mas parece estar intimamente relacionada com o contato direto dos sadios com o caso índice e com a resposta imunológica individual (MODLIN, 2010 apud PAIVA, 2013).

O caso índice é definido, segundo o Glossário de Terminologia de Vigilância Epidemiológica – Mercosul (2005), como o primeiro entre vários casos de natureza similar e epidemiologicamente relacionados. De acordo com a Portaria n.º1073/GM, de 26 de setembro de 2000 caso índice é muitas vezes identificado como fonte de contaminação ou infecção (BRASIL, 2001).

Conforme a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (MS) nas Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública de 2016, considera-se caso de hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais, a qual necessita de tratamento com poliquimioterapia (PQT): lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ ou dolorosa e/ou tátil; ou, espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; ou, presença de bacilos *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*), confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biopsia de pele (BRASIL, 2016).

De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde n.º3125 de 7 de Outubro de 2010 (BRASIL, 2010), é considerado contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos cinco anos. Portanto, o contato prolongado de indivíduos sadios, principalmente os familiares, com pacientes, constituem um grupo com alto risco de desenvolvimento da doença uma

vez que a exposição e o convívio constituem uma possível rota de infecção (VAN BEERS et al., 1996; CREE; SMITH, 1998).

Por isso, considera-se o controle dos contatos como um dos pilares para o controle da hanseníase. A ausência de investigação de contatos pressupõe a perda de diagnóstico precoce, conseqüentemente mantendo a cadeia de transmissão do bacilo, com influência determinante na incidência da hanseníase (DESSUNTI et al., 2008).

O risco para o desenvolvimento da hanseníase é cerca de cinco a dez vezes mais alto em famílias com um caso da doença, sendo ainda maior se o doente ainda não iniciou o tratamento, tendo risco aumentado em até dez vezes em situação de mais de um caso no mesmo domicílio (DURÃES et al., 2005; SANTOS et al., 2008).

Dessa forma, o diagnóstico precoce e tratamento adequado contribuem para a diminuição do período de exposição dos contatos com os casos multibacilares (SILVA et al., 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que mais 213.899 pacientes recém-diagnosticados foram notificados em 2014, o que corresponde a uma taxa de detecção de 3,0/100.000 habitantes. Identifica também que 18.869 novos pacientes detectados e notificados em 2014 eram crianças, o que corresponde a 8,8% do número total de pacientes notificados (OMS, 2016).

Em 2015, no Brasil, o coeficiente de detecção de casos novos era de 14,07/100.000 habitantes, o número de contatos registrados era de 97.095, sendo examinados 75.967 destes. No estado do Maranhão 12.526 contatos estavam registrados no ano de 2015, sendo examinados 9.029 destes (BRASIL, 2015).

Por isso, o trabalho com contatos é de importante relevância para minimizar o número de casos de hanseníase, pois, a investigação destes possibilita uma estimativa relativamente mais precisa da incidência, permitindo o diagnóstico precoce e, conseqüentemente, delimitando com exatidão os casos novos (OLIVEIRA et al., 2007).

Primeiramente, a motivação pelo estudo baseou-se na percepção durante a prática assistida das disciplinas “Doenças Transmissíveis e Atenção Básica em Saúde II”, quando identificou-se a existência de pacientes com formas clínicas de elevado potencial de transmissão- possivelmente decorrente do abandono ao tratamento ou da baixa frequência dos contatos intradomiciliares para avaliação dermatoneurológica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS's).

Convém ressaltar, que há poucos estudos realizados no município de São Luís-MA sobre essa perspectiva, e ainda há a necessidade da identificação de fatores que determinam ou influenciam o não comparecimento desses contatos para avaliação, considerando ser este um fator relevante para a identificação precoce dos casos de hanseníase.

Sendo assim, a pesquisa pretende investigar os contatos na cidade de São Luís- Maranhão. Logo, os resultados obtidos poderão fornecer ao município informações de suma relevância para contribuir com a formulação e implementação de estratégias de controle desse grave problema de saúde pública.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Identificar os aspectos que interferem no acompanhamento de contatos de portadores de hanseníase em município hiperendêmico.

2.2 Específicos

- Caracterizar os contatos quanto ao sexo, faixa etária e tipo de convívio com o caso índice;
- Descrever aspectos socioeconômicos quanto à renda em salários mínimos;
- Verificar grau de parentesco do contato com o caso índice e situação vacinal de BCG (Bacillus Calmette-Guérin);
- Identificar a forma clínica e classificação operacional do caso índice.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Breve histórico da hanseníase

Desde os tempos remotos, ouve-se falar da “lepra”, existe, inclusive, citações na Bíblia Sagrada sobre esta doença, que era considerada pelo povo hebreu não como uma enfermidade, mas como uma maldição divina (PRENDES, 1963 apud ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014), repercutindo na construção social da estigmatização dos portadores da hanseníase (EIDT, 2000).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), no Egito, foram encontrados relatos sobre a doença em um papiro da época do faraó Ramsés II, por volta de 3000 anos atrás. Da mesma forma, na Índia, China e Japão houveram relatos sobre a doença há mais de 3000 anos. Até então, não se tinha um consenso sobre a origem da lepra, porém, hoje é de concordância que a doença veio da África Oriental e do Oriente Médio e, por meio das migrações, disseminou-se no mundo (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014).

Na Europa moderna, a lepra passou de forma despercebida e acreditou-se no seu desaparecimento. Isso se deu por conta da melhoria das condições socioeconômicas e pelo surgimento de outras doenças, como a peste negra, por exemplo. Em meados do século XVI, a hanseníase foi trazida para o continente americano pelos imigrantes europeus e, mais tarde, também pelos escravos africanos (CASTRO; WATANABE, 2009; OPRMOLLA; LAURENTI, 2011). Durante o período da colonização, a América Latina tornou-se, gradativamente, uma nova área endêmica mundial (EIDT, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), os primeiros casos de hanseníase no Brasil foram notificados em 1600 no Rio de Janeiro, alguns anos depois, em 1737 há referências da existência de trezentos doentes do Mal de Hansen, onde fundou-se o primeiro “Lazareto” - hospital que abrigava os chamados leprosos, atualmente conhecido como hospital Frei Antônio. Neste local as ações tinham caráter muito mais caritativos, de assistência e piedade, do que curativas e/ou terapêuticas (PAIVA, 2013).

Para Maurano (1944), “após a introdução da moléstia por diversos pontos da costa brasileira, correspondentes aos principais centros da Colônia, a infecção teria acompanhado a marcha da colonização” (MAURANO, 1944 apud EIDT, 2004, p. 81).

Durante o período colonial que datam as primeiras ocorrências do Mal de Hansen no Maranhão (MEIRELES, 1994 apud LEANDRO, 2009).

No caso do campo da presente pesquisa, na cidade de São Luís, foi por volta de 1833 a fundação da primeira vila de leprosos que, em 1869, se transformou no Asilo do Gavião ou Hospital do Gavião (SOUSA, 1956 apud ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014). O Asilo funcionava atrás do cemitério do Gavião, no limite do perímetro urbano sul da capital, localizado próximo ao antigo matadouro de São Luís. Ali se concentravam centenas de doentes de hanseníase que, impedidos pelas autoridades policiais de circular pelas ruas da capital, ficavam à mercê da caridade pública. Havia uma política na época de exclusão total do convívio social para com os “leprosos”, estes eram vedados de entrar em igrejas, repartições públicas e as pessoas eram orientadas a não entrar em contato com os doentes e nem ao menos realizar transações comerciais (LEANDRO, 2009).

Na década de 1930, de acordo com Leandro (2009), após a nova política de “moderna profilaxia”, foi inaugurada a colônia agrícola na Ponta do Bonfim, suficientemente distante do centro de São Luís, onde tinha capacidade de abrigar trezentos doentes. Atualmente é denominado de Hospital Aquiles Lisboa, referência no tratamento de hanseníase do estado.

Pelo fato da hanseníase não apresentar surtos epidêmicos, como outras doenças que requerem dos poderes públicos mais atuação e de forma constante, somente no século XX as ações para controle da doença cresceram de forma significativa (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014).

3.2 Aspectos clínicos e epidemiológicos

A hanseníase é uma doença infecciosa e contagiosa, causada pelo *Mycobacterium leprae* - um bacilo álcool-ácido resistente e gram-positivo, em forma de bastonete (LYON; GROSSI, 2013). Denominado também como bacilo de Hansen por ter sido descrito pelo norueguês Amauer Hansen, em 1873. É um parasita intracelular, sendo a única espécie de micobactéria que infecta nervos periféricos, especificamente as células de Schwann. Este bacilo não cresce em meios de cultura artificiais, ou seja, não é cultivável in vitro (BRASIL, 2008).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a transmissão se dá pelas vias aéreas superiores- mucosa nasal e orofaringe, pelo contato íntimo e prolongado.

A pessoa doente sem tratamento elimina o bacilo para o meio exterior infectando, assim, aqueles suscetíveis. Há também a possibilidade de transmissão com alguma área do corpo que não esteja íntegra e entre em contato com o bacilo (OPROMOLLA, 2000).

Vale esclarecer que a hanseníase não é de transmissão hereditária (congênita) e também não há evidências de transmissão nas relações sexuais (BRASIL, 2008).

Estima-se que 90% da população possua defesa natural contra o *M. leprae*, pois, este possui alta infectividade e baixa patogenicidade. Mesmo em situações de alta prevalência da doença, apenas 10% das pessoas adoecem. É necessário ressaltar que o domicílio é indicado como importante espaço de transmissão da doença decorrente do contato íntimo e prolongado, e sabe-se, também, que a susceptibilidade ao bacilo tem influência genética (BRASIL, 2008; OLIVEIRA, 2014).

Devido ao padrão lento de multiplicação do bacilo, de 11 a 16 dias, o período de incubação da doença é também longa: de dois a sete anos, em geral. O que é atípico para uma doença bacteriana. Entre o contato com a pessoa doente e o aparecimento dos primeiros sinais pode levar em média dois a cinco anos (OMS, 2005).

Na maioria das regiões do mundo existe uma incidência maior da doença nos homens do que nas mulheres (OMS, 2016). Pode atingir pessoas de todas as idades, sendo que o início das manifestações costuma ocorrer em pessoas na faixa etária economicamente ativa, indivíduos de 20 a 30 anos de idade. A alta detecção de casos novos em crianças, com redução lenta, demonstra a manutenção da cadeia de transmissão (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014)

As classificações adotadas no Brasil para as formas clínicas são as de Madri (no Congresso Internacional, 1953) e de Ridley e Jopling (ARAÚJO, 2003). Na classificação de Madri, consideram-se as formas: Tuberculoide (T); Virchowiano (V); Indeterminada (I); e, Dimorfa (D). Onde há dois polos estáveis e opostos o (tuberculoide e virchowiano) e dois grupos instáveis (indeterminado e dimorfo), que caminhariam para um dos polos, na evolução natural da doença (SOUZA, 1997; ARAÚJO, 2003).

Por outro lado, Ridley e Jopling, em 1966, adotam uma classificação que leva em consideração a imunidade dentro do espectro do hospedeiro e obedece critérios clínicos e bacteriológicos. São estas: Tuberculoide (TT); os casos borderline ou dimorfos que são subdivididos em dimorfo-tuberculoide (DT); dimorfo-dimorfo (DD); e

dimorfo-virchowiano (DV); e por fim, virchowiano-subpolar (VVs); e virchowiano (VV); (SOUZA, 1997; ARAÚJO, 2003).

Para Souza (1997) os quatro grandes critérios que definem a classificação da doença são: Clínico: aspectos das lesões cutâneas, variando em número, extensão, definição de margens e simetria de distribuição; Bacteriológico: presença ou ausência do *M. leprae*, e seus aspectos morfológicos, variando de numerosos, íntegros e agrupados, raros, fragmentados e ausentes; Imunológico: imunorreatividade à lepromina – reação de Mitsuda, com leitura após 21 a 28 dias. Considera-se a intradermorreação positiva quando na presença de pápula 3mm a 5mm de diâmetro; Histológico: aspectos histopatológicos das lesões, variando de granulomas bem definidos a infiltrado difuso linfo-histiocitário.

Conforme o Ministério da Saúde (2010), foi adotado em 1982 uma classificação operacional mais simplificada para fins de trabalho de campo, baseada na provável população bacilar, e está relacionada às formas clínicas. Os pacientes foram agrupados em Paucibacilares (I e T, até cinco lesões de pele, não contagiante) e Multibacilares (D e V, acima de cinco lesões, forma contagiante), segundo a amostra de resultados da pesquisa de bacilos no esfregaço intradérmicos e associada aos critérios clínicos de classificação de Madri, tendo diferentes tipos de tratamento (SOUZA, 1997; BRASIL, 2010).

A doença afeta, principalmente, a pele e os nervos da face, olhos, braços, mãos, pernas e pés. A pessoa apresenta área(s) e/ou lesão(ões) (manchas esbranquiçadas ou avermelhadas, pápulas, infiltrações, tubérculos e nódulos) com distúrbio de sensibilidade, diminuição ou perda de sensibilidade ao calor, a dor e/ou ao tato em qualquer parte do corpo, com rarefação ou queda de pelos, diminuição ou ausência de suor (BRASIL, 2008).

As lesões da hanseníase geralmente iniciam com hiperestesia (sensação de queimação, formigamento e/ou coceira) no local, que evoluem para ausência de sensibilidade e, a partir daí, não coçam e o paciente refere dormência. Outros sinais e sintomas da hanseníase são: dor e/ou espessamento de nervos periféricos; diminuição e/ou perda de sensibilidade nas áreas dos nervos afetados, principalmente nos olhos, mãos e pés; diminuição e/ou perda de força nos músculos inervados por estes nervos, principalmente nas pálpebras, membros superiores e inferiores (BRASIL, 2008, p. 67).

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico, poucas doenças exemplificam tão bem o valor superior de uma boa anamnese, associado a um exame físico detalhado. O exame é realizado em sua grande parte na atenção básica e deve ser feito com alto grau de acurácia, após uma boa história clínica e epidemiológica, buscando-se identificar sinais clínicos da doença. Uma vez diagnosticado, o caso de hanseníase deve ser classificado operacionalmente para fins de tratamento (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014)

Após o diagnóstico o tratamento deve ser iniciado com a poliquimioterapia, constituída de rifampicina, dapsona e clofazimina, administrada associada, evitando a resistência medicamentosa do bacilo. Existem dois esquemas específicos da PQT, o paucibacilar e o multibacilar. A definição do esquema depende da classificação final do caso (BRASIL, 2002). De acordo com Araújo (2003) e o Ministério da Saúde (2010), para aqueles pacientes que não podem usar os esquemas preconizados, são disponibilizados tratamentos alternativos.

3.3 Epidemiologia e Políticas Públicas para o Controle da Hanseníase

É notório que a hanseníase está intimamente relacionada aos padrões socioeconômicos de pobreza e ainda é um grave problema de saúde pública em vários países do mundo, como já mencionado, inclusive no Brasil (SOUZA, 2012). Por isso, a hanseníase é uma doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória. Os casos diagnosticados devem ser notificados, utilizando-se a ficha de Notificação/Investigação, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação” (BRASIL, 2016, p. 6).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) inclui a hanseníase no grupo das doenças negligenciadas e outras relacionadas com a pobreza por meio da resolução OPAS/ CD49.R19/20092 em: Grupo um- doenças para eliminação como problema de saúde pública; Grupo dois- doenças cuja carga pode ser drasticamente reduzida; Outras- doenças cuja carga deve ser avaliada e ainda é necessário o desenvolvimento de ferramentas, métodos e estratégias de controle (BRASIL, 2013).

Durante as três últimas décadas mais de dezesseis milhões de pacientes foram diagnosticados e tratadas desde a introdução da PQT, dando um salto importante também para o controle da disseminação da hanseníase (SOUZA, 2012; OMS, 2016).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) recomenda os parâmetros de endemicidade para o coeficiente de detecção anual da hanseníase por 100 mil habitantes, que são: < 2,00 - baixo; 2,00 a 9,99 - médio; 10,00 a 19,99 - alto; 20,00 a 39,99 - muito alto; > 40,00 - hiperendêmico.

Para o coeficiente de prevalência por 10 mil habitantes: < 1,0 - baixo; 1,0 a 4,9 - médio; 5,0 a 9,9 - alto; 10,0 a 19,9 - muito alto; ≥ 20,0 – hiperendêmico.

Fazendo um percurso histórico das Políticas Públicas para o controle da hanseníase, verifica-se que em 1986, durante a 44^a Assembleia Mundial de Saúde (WHA), foi apresentada a primeira proposta de eliminação da hanseníase até o ano 2000. Em 1991, na 49^a WHA, a hanseníase foi incluída como problema de saúde pública, além disso, foi estabelecido a meta de menos de um caso por dez mil habitantes, em compromisso assumido pelos cento e vinte e dois países mais endêmicos (BRASIL, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, 2016:

No ano 2000, foi alcançada a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública global, definida pragmaticamente como uma prevalência registrada de menos de um caso de hanseníase por 10.000 habitantes. A Cúpula Internacional de Hanseníase em 2013, realizada em Bangkok, Tailândia, reafirmou o compromisso político em relação à hanseníase. Os honoráveis ministros da saúde ou seus representantes dos países com alta endemicidade de hanseníase assinaram a “Declaração de Bangkok”. Esta exigia a reafirmação do compromisso político, o aumento dos auxílios financeiros e a inclusão de pessoas afetadas pela hanseníase. A Sasakawa Memorial Health Foundation se comprometeu a alocar mais fundos para as atividades de combate à hanseníase a fim de apoiar os países para que honrem esse compromisso (OMS, 2016, p. 1)

A Organização Mundial de Saúde assumiu como estratégias para esse fim, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos casos identificados, utilizando regime de PQT (BRASIL, 2016).

No ano de 2016 foi dado início a um novo ciclo de ações. Foi lançado a Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020, que tem como propósito a detecção precoce da hanseníase e o tratamento imediato para evitar a incapacidades e reduzir a transmissão da infecção na comunidade (OMS, 2016).

A proporção dos casos com Incapacidade Grau 2 (IG2) entre os novos casos de hanseníase e a taxa de IG2 em uma população indicam a eficiência da detecção precoce da hanseníase. Eles também são

indicadores indiretos dos níveis de conscientização sobre os sinais iniciais de hanseníase, do acesso a serviços de hanseníase e das habilidades da equipe de atenção à saúde no diagnóstico da hanseníase (OMS, 2016, p. 1).

O enfoque da estratégia, de acordo com a OMS, será alcançado com a introdução de tipo de tratamento com um tempo menor de duração, o planejamento de atividades de detecção de casos em áreas de alta endemicidade e o destaque no exame dos contatos. Os princípios-chave da Estratégia Global para Hanseníase para os próximos cinco anos (2016-2020) incluem: Detecção precoce de todos os pacientes antes do surgimento de incapacidades; Tratamento imediato com um esquema de PQT uniforme com duração reduzida (nos casos multibacilares), inclusão de pessoas afetadas pela hanseníase; Aprimoramento das pesquisas sobretudo na área de prevenção; Novos meios de diagnóstico, redução do estigma e promoção de parcerias mais amplas (OMS, 2016).

O Brasil ocupa o segundo lugar em números de hanseníase, como já mencionado. Em 2015 o coeficiente de casos novos por cem mil habitantes chegou a 15,52, com um total de 31.064 casos novos (Figura 1).

O Nordeste, mais especificamente o meio-norte, dentre as regiões brasileiras é a que possui os mais altos índices de casos, com coeficientes de detecção com valores médios de 30/100.000 habitantes, em séries históricas que variaram de 19,60/100.000 em 1990 a 35/100.000 em 2008, o que justificou a classificação “muito alta” no período, ainda que tenha tendência decrescente no final do período (BRASIL, 2008, 2009, 2011).

O estado do Maranhão está na 3ª colocação em detecção de casos novos no Brasil, o que reforça a estatística acima. Além disso, no ranking, está em 3º no número de casos em menores de 15 anos de idade e, no geral, mais prevalente do Nordeste (PASSOS et al., 2016).

De acordo com o último relatório situacional da Secretaria de Vigilância em Saúde, de 2011, verifica-se que os municípios mais endêmicos do Maranhão estão localizados no centro do estado. E entre os 217 municípios maranhenses, trinta (equivalente a 14% do total), não tiveram novas notificações em 2010, noventa e oito são considerados hiperendêmicos, dos quais vinte e seis com menos de dez casos novos. São Luís, a capital do estado, apresentou 60,1 casos/100 mil habitantes em 2010, o que a coloca no padrão de hiperendemicidade (BRASIL, 2011).

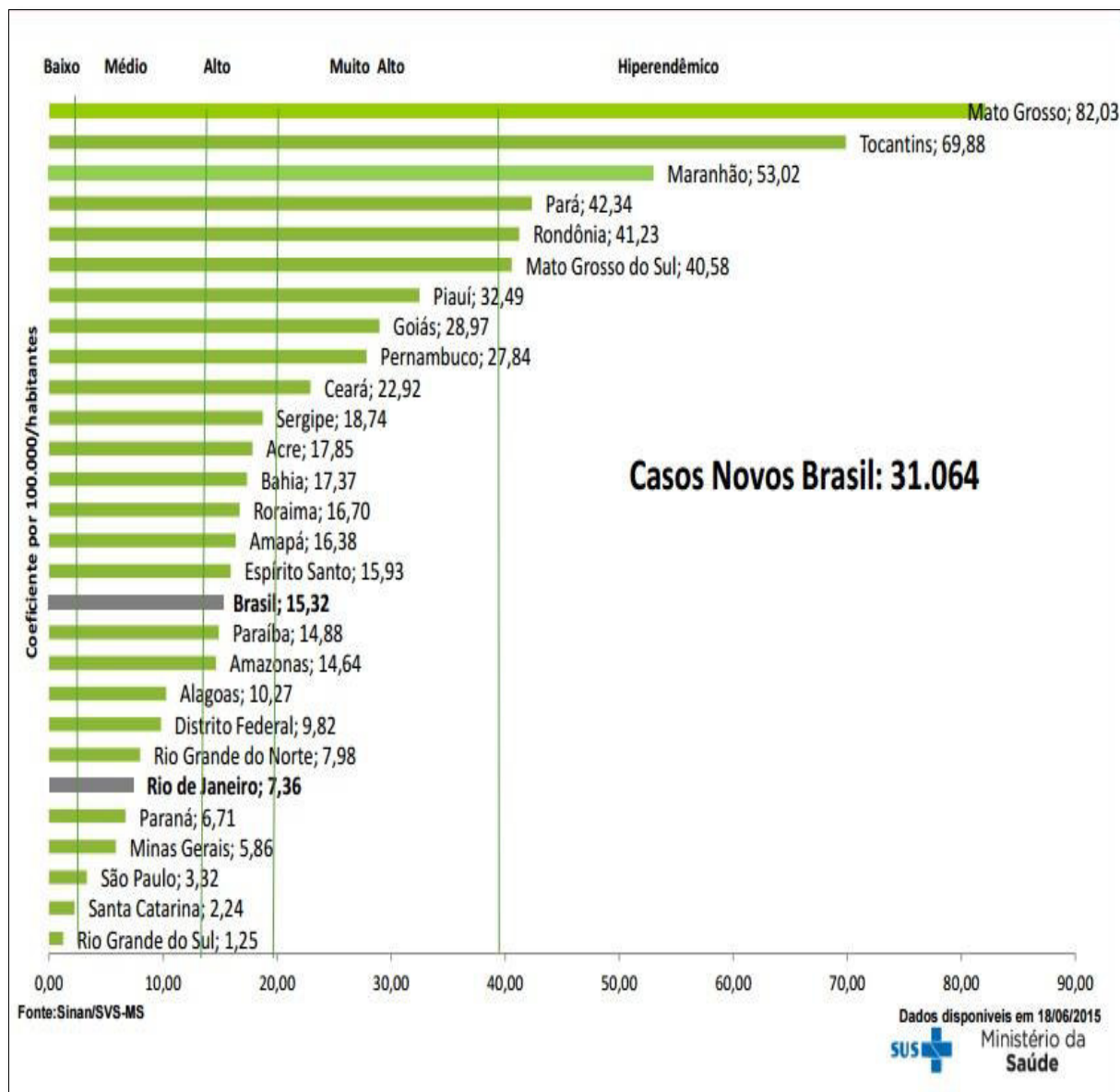


Figura 1: Estados brasileiros conforme coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em 2015 (Fonte: SINAN/SVS-MS, 2015).

3.4 Controle dos contatos

Segundo já mencionado, a definição de contato intradomiciliar consiste em qualquer indivíduo, que tenha residido ou resida com o doente de hanseníase nos últimos cinco anos (BRASIL, 2010). O manual lançado em 2016 pelo Ministério da Saúde com as Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública, traz outras definições, entre elas destaca-se: contato social- trata-se de qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações familiares ou não, de forma próxima e prolongada. Os contatos sociais, que incluem colegas de trabalho e escola, vizinhos, entre outros, devem ser monitorados conforme

o grau e tipo de convivência, ou seja, aqueles que tiveram contato muito próximo e prolongado com o caso. Deve ser dada atenção especial aos contatos familiares do paciente (pais, irmãos, avós, tios etc.). Assim como contatos familiares recentes ou antigos de pacientes multibacilares (MB) e paucibacilares (PB) devem ser examinados, independentemente do tempo de convívio (BRASIL, 2016; PEIXOTO et al., 2011).

Portanto, o contato prolongado de pacientes com indivíduos saudáveis, principalmente os familiares, torna-os um grupo com alto risco de desenvolvimento da doença uma vez que a exposição e o convívio constituem uma possível rota de infecção (VAN BEERS et al, 1996; CREE; SMITH, 1998).

Por conseguinte, a ausência de investigação de contatos pressupõe a perda de diagnóstico precoce, conseqüentemente mantendo a cadeia de transmissão do bacilo, com influência determinante na incidência da hanseníase (DESSUNTI et al., 2008).

A definição do tipo de contato é geralmente pouco clara, buscando-se muitas vezes qualificações como contato íntimo e prolongado; mas o tempo de duração e o grau de intimidade do contato capazes de propiciar a transmissão de infecção e a ocorrência da doença ainda dependerão da susceptibilidade do contactante. A clássica afirmativa da necessidade de um contato íntimo e prolongado parece ser parcialmente verdadeiro quando existem fatores socioeconômicos (DESSUNTI et al., 2008).

Sabendo que os contatos têm papel fundamental na epidemiologia da hanseníase é necessário trazê-los para serem examinados e fazer a profilaxia com a vacinação BCG. Os contatos intradomiciliares do doente de hanseníase devem ser submetidos ao exame dermatoneurológico, e os indivíduos que ao exame for comprovado que já são portadores da doença deverão ser encaminhados para o tratamento específico na unidade básica de saúde mais próxima de sua residência (BRASIL, 2008).

Sugere-se avaliar anualmente, durante cinco anos, todos os contatos não doentes, quer sejam familiares ou sociais. Após esse período os contatos devem ser liberados da vigilância, devendo, entretanto, serem esclarecidos quanto à possibilidade de aparecimento, no futuro, de sinais e sintomas sugestivos da hanseníase (BRASIL, 2016).

A investigação epidemiológica de contatos consiste em: Anamnese dirigida aos sinais e sintomas da hanseníase; Exame dermatoneurológico de todos os contatos

dos casos novos, independente da classificação operacional; Vacinação BCG para os contatos sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação, não importando se são contatos de casos PB ou MB (BRASIL, 2016).

O contato de hanseníase deve ser informado que a vacina BCG não é específica para hanseníase. A vacina BCG-ID (Bacillus Calmette-Guérin-Intradérmica) deve ser aplicada nos contatos examinados sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da investigação, independente da classificação operacional do caso índice e, além disso, depende da história vacinal e/ou da presença de cicatriz vacinal e deve seguir as recomendações ilustradas na Figura 2 (BRASIL, 2016).

Como notou Peixoto et al. (2011), “os contatos intradomiciliares constituem-se grupos de risco, que podem estar se configurando em focos ocultos, alimentadores do ‘iceberg epidemiológico’ da endemia hanseníase, contribuindo para a expansão da doença”.

CICATRIZ VACINAL	CONDUTA
Ausência cicatriz BCG	Uma dose
Uma cicatriz de BCG	Uma dose
Duas cicatrizes de BCG	Não prescrever

Figura 2: Esquema de vacina BCG conforme cicatriz vacinal (Fonte: BRASIL, 2008)

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de caráter quantitativo que foi realizado com contatos de portadores de hanseníase no município de São Luís- Maranhão, avaliados durante a pesquisa e tese intitulada: “Estudo de aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em município hiperendêmico”. Pesquisa realizada pela Professora Doutora Maria de Fátima Lires Paiva, entre outubro de 2009 a outubro de 2011, no Serviço de Dermatologia no ambulatório do Hospital Universitário Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão.

Conforme Lakatos e Marconi (2003), os estudos exploratório-descritivos combinados são estudos que têm por objetivo descrever completamente determinado fenômeno. Assim como, tem por finalidade, fazer o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, avaliação de programas ou isolamento de variáveis.

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada em São Luís- Maranhão, capital do Estado, com uma população estimada, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 1.082.935 habitantes, o que equivale a 15,57% da população total do Estado (6.954.036), e ocupa uma área de 834,785 Km². Está situada ao norte do Estado, onde se limita com o Oceano Atlântico; ao Sul com o Estreito dos Mosquitos, que a separa do continente; a Leste com a Bahia de São José e a Oeste com a Bahia de São Marcos (IBGE, 2017).

4.3 População e Amostra

Em função do tempo para realização da pesquisa, optou-se por trabalhar com cerca de metade da população. Considerando o número da população da pesquisa anterior “Estudo de aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em município hiperendêmico”, quinhentas e noventa e nove pessoas, foram sorteados

cerca de cinquenta por cento, resultando em trezentos contatos, sendo estes convidados a participar da pesquisa.

No início do processo da coleta de dados foram obtidas informações por meio dos protocolos de abordagem e seguimento de contato em hanseníase contidos no banco de dados, de todos os contatos de portadores de hanseníase já avaliados na referida pesquisa. Esses protocolos foram enumerados e assim realizou-se um sorteio aleatório através da tabela de números dos mesmos.

Assim sendo, foram convidados a participar do estudo por meio de correspondência via correios com data pré-agendada para atendimento, os contatos dos pacientes de hanseníase sorteados, conforme modelo em anexo (APÊNDICE A). Aqueles contatos os quais não foi possível localização via correios, a alternativa foi contactá-los via telefonema. Após três tentativas via telefonema, o contato foi considerado como perdido. Foram enviadas trezentas correspondências, conforme endereço encontrado nos protocolos. Das correspondências enviadas, trinta e nove cartas foram devolvidas por motivo de mudança de endereço, três por dados incompletos e/ou falta do CEP (Código de Endereçamento Postal). Da população convocada para o estudo compareceram apenas quarenta contatos, duzentos e vinte e um contatos não compareceram ao convite, embora as correspondências não tenham sido devolvidas por quaisquer dos motivos já citados.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Somente participaram da pesquisa contatos de portadores de hanseníase que atenderam ao convite, com idade igual ou superior a doze anos. Os menores tiveram participação condicionada aos pais e/ou responsáveis autorizarem. Todos tiveram amplo esclarecimento sobre a importância da avaliação dos contatos como mecanismo de interrupção da cadeia de transmissão.

4.4 Procedimentos para a coleta de dados

As informações foram coletadas por meio de um questionário adaptado pela autora desta pesquisa (APÊNDICE B) do Protocolo de Abordagem e Seguimento de Contato em Hanseníase do Centro de Referência Nacional em Hanseníase/ Dermatologia Sanitária- CREDESH- MG. O questionário foi utilizado para identificação

dos fatores que se associam ao não comparecimento dos contatos conforme agendamento, considerando que na pesquisa “Estudo de aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em município hiperendêmico”, após a primeira avaliação os contatos saíram com agendamento para retorno em um ano ou de acordo com o aparecimento de algum sinal ou sintoma da hanseníase.

A caracterização da amostra foi feita pela avaliação das variáveis: sexo, idade, dados socioeconômicos em salários mínimos, grau de parentesco com o portador, tipo de contato, forma clínica, situação vacinal de BCG e classificação operacional dos casos índices.

4.5 Variáveis do estudo

4.5.1 Demográficos: Sexo (Masculino ou feminino); Idade (idade em anos).

4.5.2 Dados econômicos: Renda familiar (em salários mínimos).

4.5.3 Grau de Parentesco: foi utilizado o critério adotado por Durães et al. (2005), para essa classificação, que considera: Consanguíneo 1º Grau - pai, mãe, filhos, irmãos; Consanguíneo 2º Grau – os demais parentes consanguíneos (tios, primos de 1º Grau, sobrinhos); Parentes não consanguíneos – cônjuge, sogro, nora, cunhada; Como parentesco inexistente considerou-se todos aqueles não familiares que residiam no mesmo domicílio do caso índice de hanseníase.

4.5.4 Forma Clínica: utilizou-se a classificação de Ridley e Jopling como forma de classificação, seguindo o Protocolo de Abordagem e Seguimento de Contato em Hanseníase do Centro de Referência Nacional em Hanseníase/ Dermatologia Sanitária- CREDESH- MG, utilizado na pesquisa maior.

4.6 Aspectos éticos

O estudo obedeceu o preconizado na Resolução CNS/MS n.º466/12 sendo apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão sob o parecer n.º 1.843.961 (Anexo A).

Os participantes da pesquisa e/ou seus respectivos representantes legais foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e a forma de participação. Para aqueles que concordaram em participar, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (para maiores de 18 anos e para representantes legais em caso de menores de 18 anos) e do Termo de Assentimento (para adolescentes a partir de 12 anos e menores de 18 anos) (Apêndices C, D e E). Foi garantido o anonimato dos participantes da pesquisa sendo os resultados utilizados somente para fins científicos.

4.7 Análise dos dados

Os dados coletados foram codificados e armazenados em banco de dados usando o Programa Excel versão 12.0 - Office 2010. A análise descritiva consistiu a distribuição de frequências para variáveis pelo Programa Stata, versão 12.0.

5 RESULTADOS

Os dados apresentados são resultados de um estudo epidemiológico descritivo realizado junto ao Serviço de Dermatologia no Ambulatório do Hospital Universitário Presidente Dutra. Dos trezentos contatos previstos para participar do estudo, apenas quarenta compareceram, 13,3% do total convidado (todos provenientes do município de São Luís), no período de 01 a 16 de Dezembro de 2016.

Em relação ao sexo observou-se que a maioria era do sexo feminino (57,5%), sendo a porcentagem de masculino de 42,5% (Figura 3)

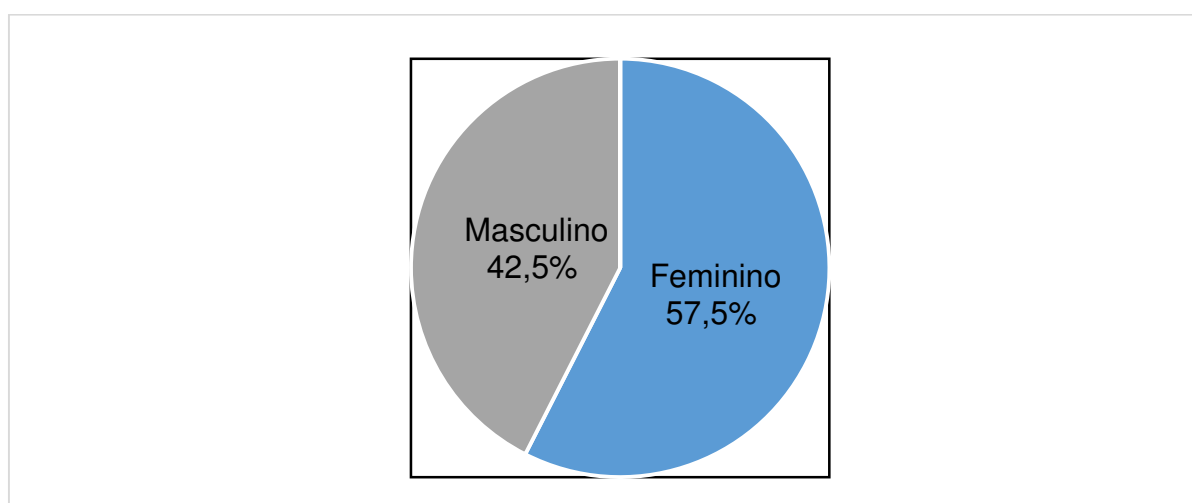


Figura 3 - População estudada segundo o sexo. São Luís- MA, 2016.

Quanto à distribuição da faixa etária para avaliação, a maior frequência foi 12 e 20 anos de idade (32,5%) (Figura 4). Os extremos de idade variaram entre 12 anos e 74 anos idade.

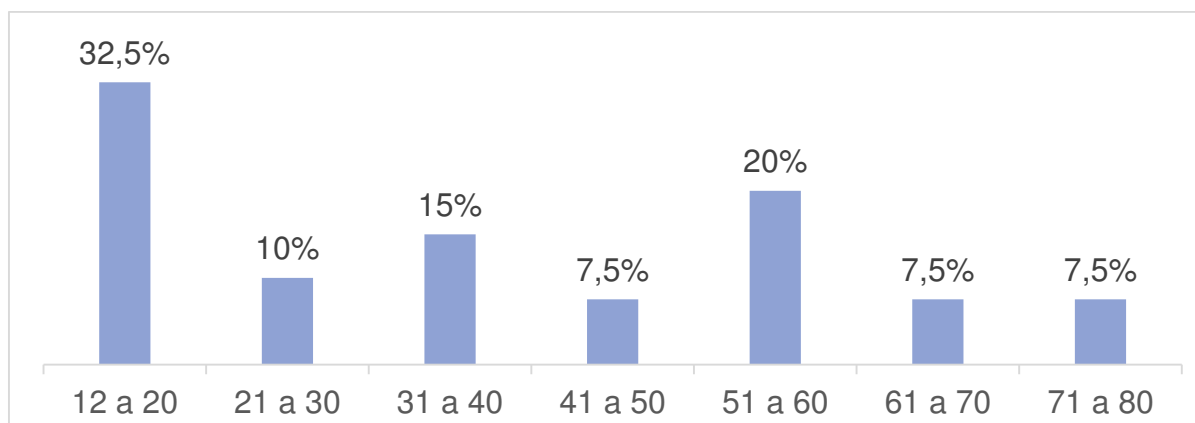


Figura 4 - População estudada segundo o faixa etária. São Luís- MA, 2016.

No que se refere ao tipo de convívio do contato com o caso índice os resultados foram: Convívio Intradomiciliar (62,5%); Intradomiciliar íntimo (17,5%); Extradomiciliar (12,5%); Extradomiciliar íntimo (5%); Ocupacional (2,5%) (Figura 5).

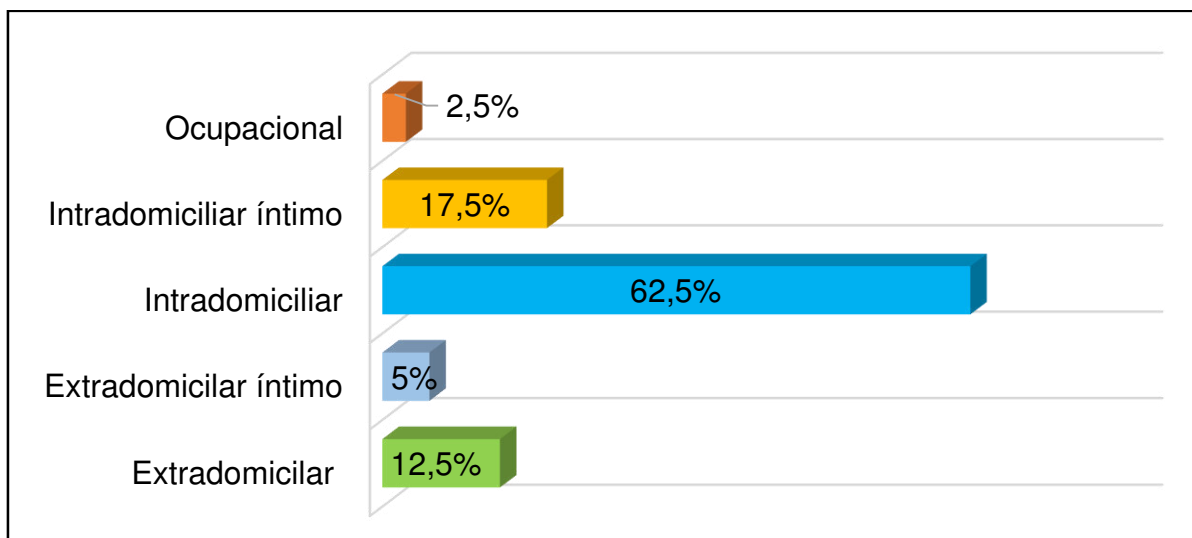


Figura 5 – População estudada segundo tipo de convívio com o caso índice. São Luís-MA, 2016.

Quanto aos aspectos socioeconômicos os resultados foram: Renda mensal de dois salários mínimos (32,5%); Seis salários mínimos (2,5%); Renda abaixo de um salário mínimo (2,5%) (Figura 6).

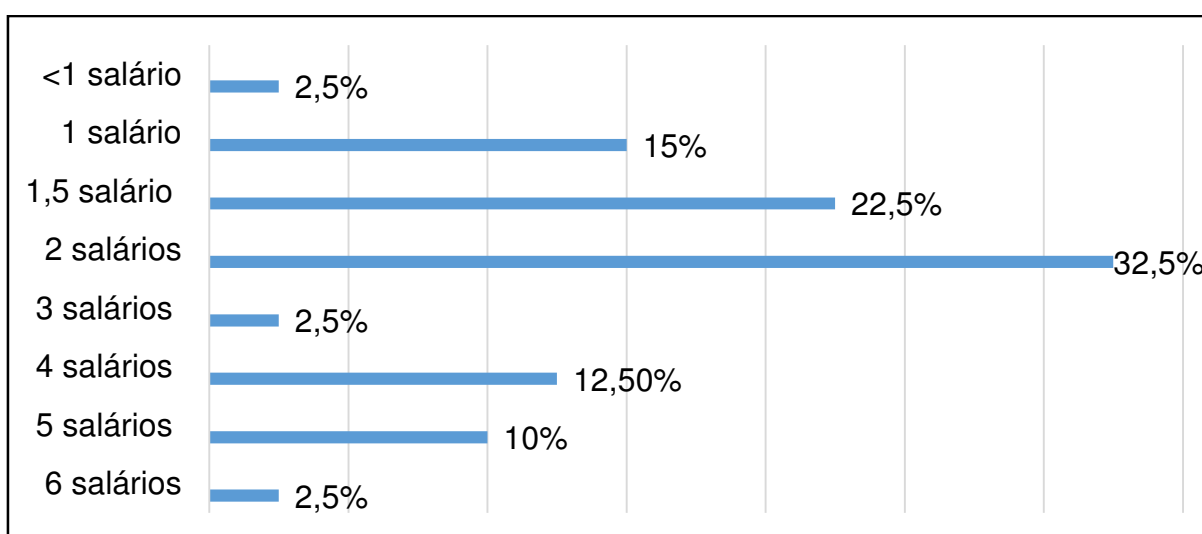


Figura 6 – População estudada conforme renda em salários mínimos. São Luís-MA, 2016.

Em relação ao número de pessoas que residiam com o contato, a maior frequência foi dos que moravam com três pessoas (32,5%), seguido dos contatos que residiam com quatro pessoas (25%), com seis pessoas somam (15%), com duas pessoas (12,5%), com uma pessoa (7,5%), e pessoas que moram sozinhas (2,5%) (Figura 7).

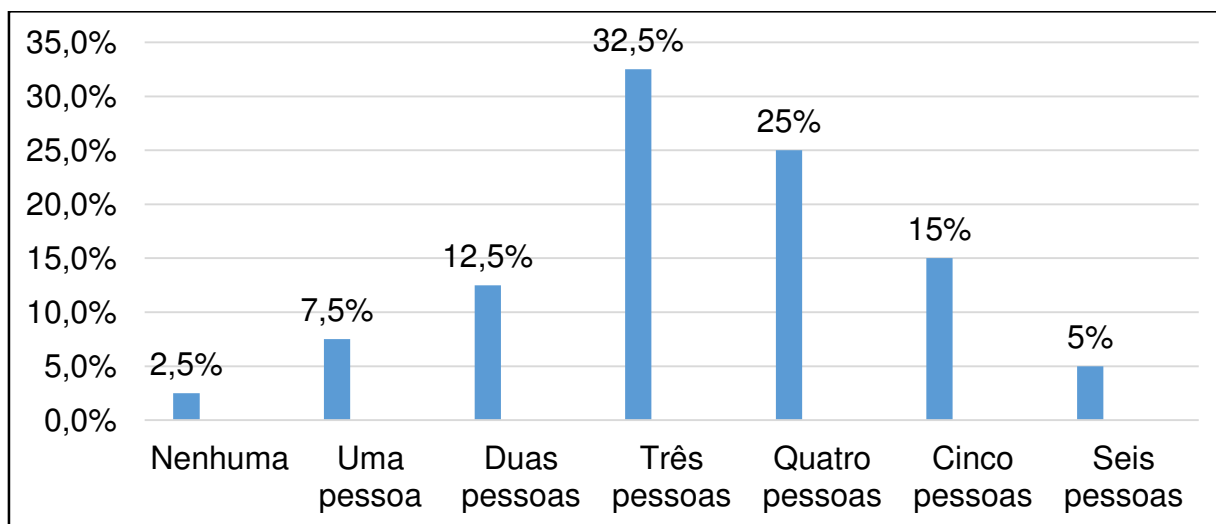


Figura 7 – População estudada segundo o número de pessoas que residem com o contato. São Luís- MA, 2016.

Em relação ao grau de parentesco do contato com o caso índice os resultados são: Parentesco de consanguinidade de primeiro grau (58,98%); Parentes não consanguíneos (20,52%); Parentesco inexistente (12,82%); Consanguíneos de segundo grau (7,69%) (Figura 8).

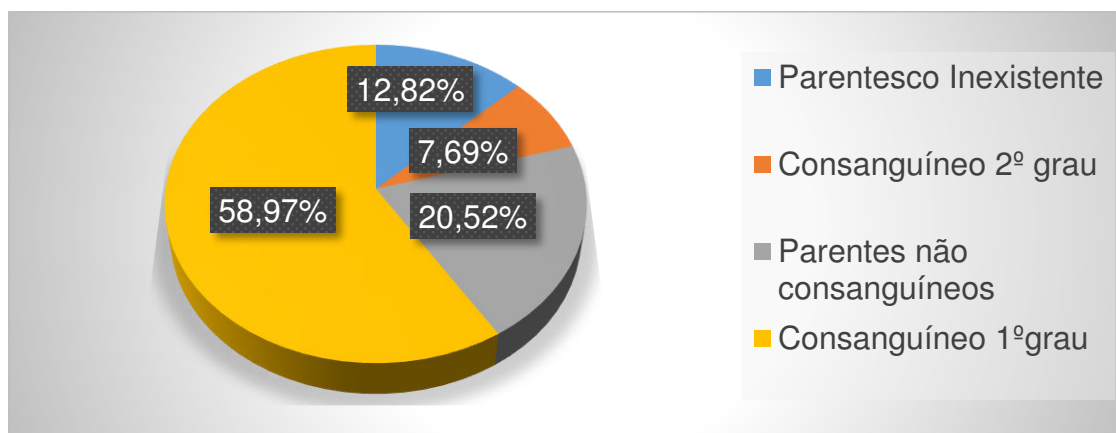


Figura 8 – População estudada segundo o grau de parentesco do contato com o caso índice. São Luís- MA, 2016.

Quanto à Forma Clínica do caso índice, 22,5% dos contatos não souberam informar. A forma clínica DD teve frequência de 22,5%, seguido pela forma T e DT com 15%, cada uma. As formas clínicas menos frequentes foram VV (12,5%), I (7,5%) e DV (5%) (Figura 9).

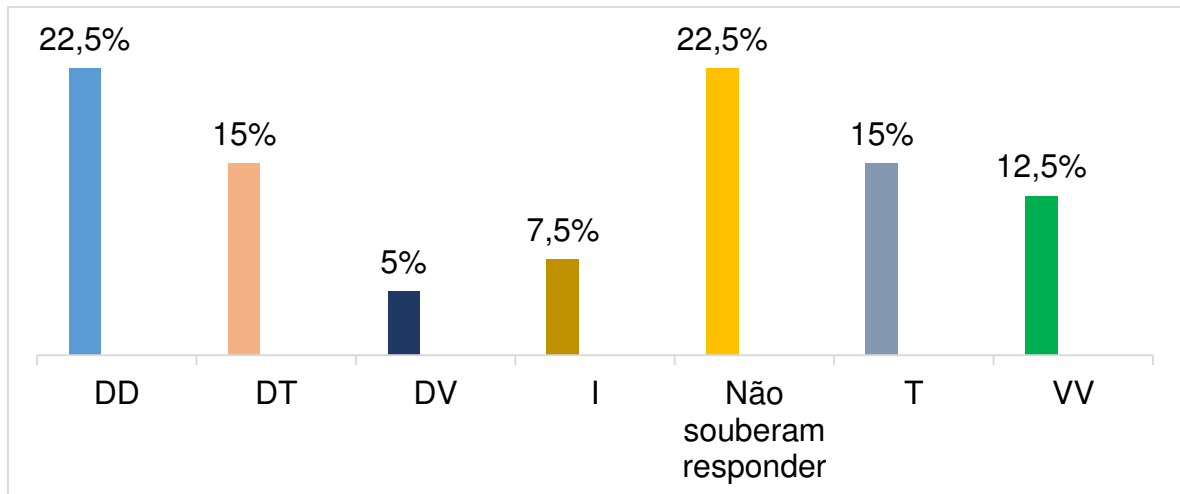


Figura 9 – População estudada segundo a forma clínica do caso índice. São Luís- MA, 2016.

No que se refere à Classificação Operacional do caso índice do contato de portador de hanseníase, 80% foi a forma multibacilar e apenas 20% a forma paucibacilar (Figura 10).

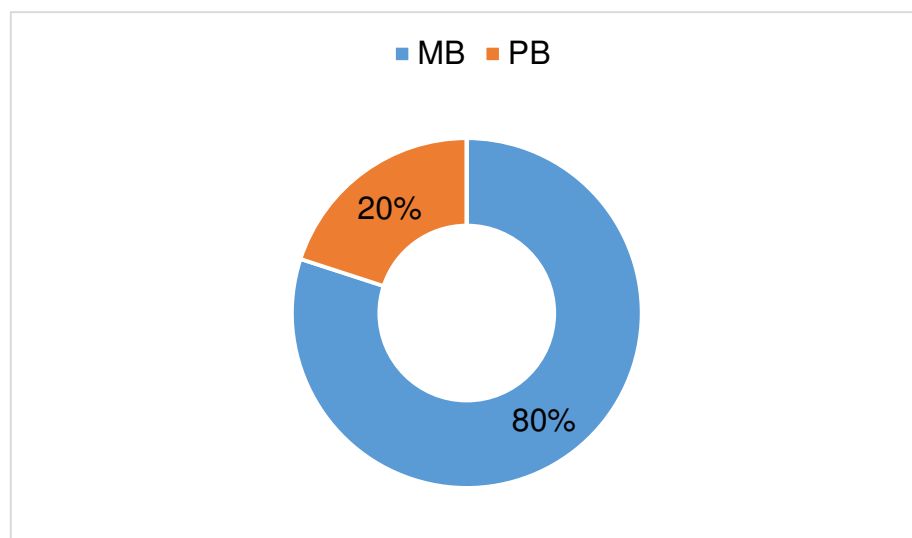


Figura 10 – População estudada segundo a classificação operacional do caso índice. São Luís- MA, 2016.

Quanto à situação vacinal, a maioria dos contatos apresentou uma cicatriz de BCG (77,5%). Apenas 12,5% tomaram a segunda dose da vacina e 2,5% tomaram três doses. A porcentagem de contatos que nunca foram vacinados com a BCG é de 7,5% (Figura 11).

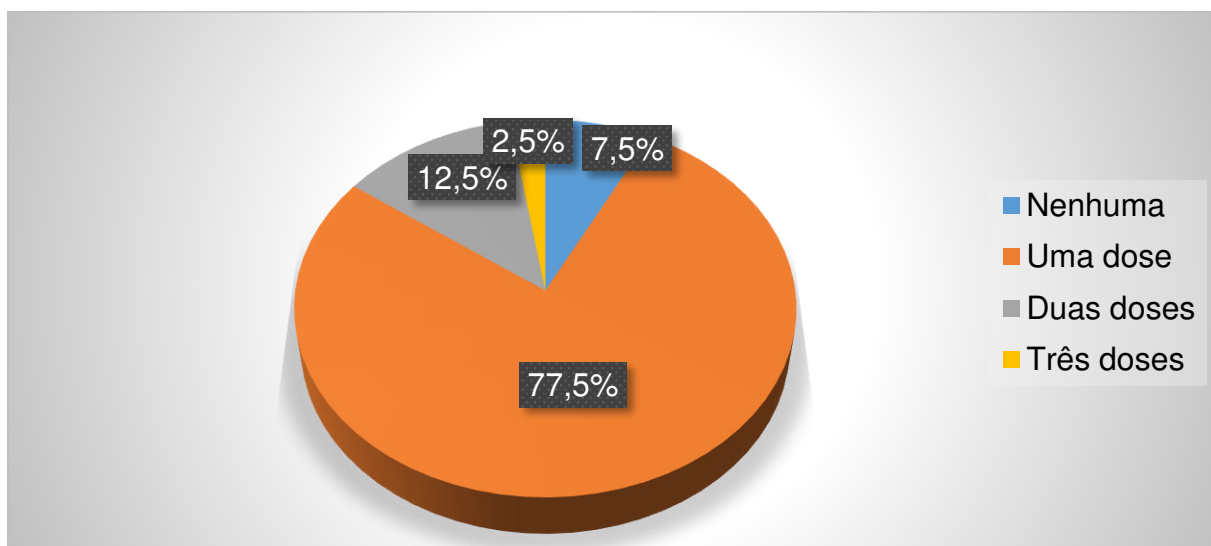


Figura 11s – População estudada conforme situação vacinal de BCG. São Luís- MA, 2016.

Em relação aos aspectos que interferiram no não comparecimento dos contatos para o acompanhamento anual, a maior parte desses contatos (50%), não entenderam que deveriam retornar; 42,5% disseram não terem sido informados sobre o retorno. Dificuldade em relação ao horário (2,5%). Além desses motivos identificados, 5% relataram outros motivos para o não comparecimento, dentre eles estão: Pensar que não havia necessidade já que não teve nenhum sintoma; Ficou aguardando resposta sobre o resultado dos exames; Relatou ter recebido informação que deveria retornar após cinco anos (Figura 12).

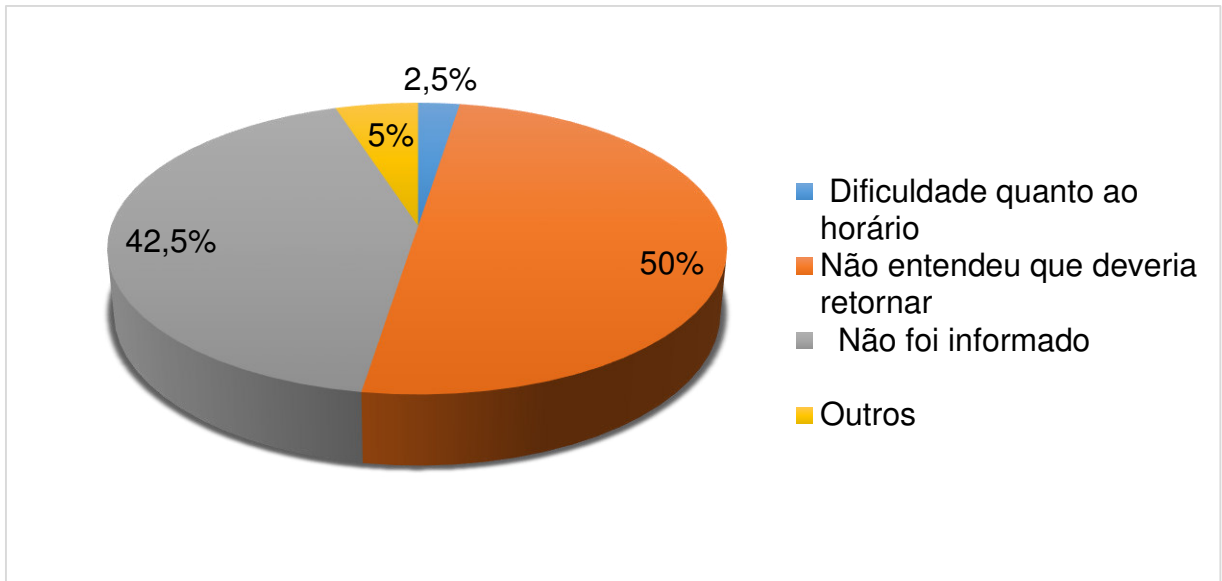


Figura 12 – População estudada segundo aspectos que interferiram no acompanhamento anual. São Luís- MA, 2016.

6 DISCUSSÃO

Apesar dos esforços no sentido de resgatar a população do estudo, verificou-se as dificuldades para atingir a meta de 100%, o que demonstra o quanto é complexo desenvolver as ações de controle de contatos de hanseníase. Como já citado anteriormente, compareceram para a pesquisa apenas 13,3% do total de trezentos contatos de portadores de hanseníase convidados a participar.

Os resultados da pesquisa em relação ao sexo demonstraram que entre os contatos intradomiciliares um maior número de mulheres (57,5%), em relação ao número de homens (42,5%). Dados semelhantes aos encontrados no estudo de Oliveira (2014). A autora relata, a partir de estudo em Maracaçumé- MA, que o percentual maior (52,7%) de contatos era do sexo feminino. No mesmo sentido, em Taubaté- SP, Vieira et al. (2008), relata maior percentual de contatos do sexo feminino (58,5%), análogo ao presente estudo. Por outro lado, em Paracatu- MG, Ferreira; Ferreira; Morrayne (2013), relatam porcentagem maior do sexo masculino entre os contatos (61%).

A hanseníase pode acometer todas as faixas etárias, conforme Pires et al. (2013), no entanto com o aumento do número de casos em menores de 15 anos de idade, o Programa Nacional de Controle da Hanseníase da Secretaria de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde prevê a priorização desses menores para a redução do índice. A alta incidência da hanseníase na infância indica alta endemicidade, falta de informações efetivas de educação em saúde, especialmente na faixa etária de zero a cinco anos, onde há carência de informações sobre a doença.

O presente estudo identificou que 22,5% dos que compareceram estão na faixa etária de 12-20 anos, rechaçando o desafio das organizações políticas e da saúde para o controle efetivo da doença. Silva et al. (2007), destacam que na infância, devido à maior dificuldade diagnóstica, aumentam-se as chances dos indivíduos evoluírem para complicações e deformidades pelo maior tempo para resolução do problema. Porém, é importante reafirmar que a hanseníase pode acometer pessoas de todas as idades.

Na pesquisa de Ferreira; Ferreira; Morrayne (2013), a maioria (21%) dos contatos avaliados no município de Paracatu- MG, encontram-se entre a faixa etária de 21 a 28 anos, divergentes do presente estudo. Oliveira (2014), identificou em seu estudo faixa etária mais frequente de 20 a 39 anos (42,9%).

A OPAS/OMS (1999), inferem que o risco dos contatos adquirirem a hanseníase é maior entre os contatos intradomiciliares chamados de primeira ordem que convivem com o doente sem tratamento. Após estes, estão os contatos intradomiciliares de segunda ordem, que são contatos que conviveram nos últimos cinco anos antes do tratamento. Os contatos extradomiciliares que mantêm uma relação estreita com o doente são, após os anteriores, os que possuem mais riscos de ficarem doentes. Sabendo disso, no tocante ao tipo de convívio dos contatos com os casos índices, foi identificado neste estudo que 62,5% era intradomiciliar.

Carrasco; Pedrazzani (1993), consideram que na convivência intradomiciliar, o contato desempenha um papel fundamental, pois além de estar ligado ao doente afetiva, social e economicamente, compartilham os seus problemas e necessidades. Sendo assim, tem um maior acesso ao mesmo e, conseqüentemente, uma maior participação no tratamento e controle desta doença causadora de sofrimento as pessoas.

Lombardi e Gil Suarez (1997), afirmam que o risco maior de contrair a doença, em ordem decrescente, está entre os contatos familiares de doentes de formas multibacilares; contatos extradomiciliares de doentes de formas multibacilares, e contatos de doentes de formas paucibacilares.

Aproximadamente 25% dos casos novos detectados ao ano são decorrentes do exame de contatos intradomiciliares. Observa-se de modo geral, nos últimos anos uma melhoria neste indicador ainda que seus resultados sejam considerados como regulares (BRASIL, 2014).

Ao analisar a renda familiar dos contatos de portadores de hanseníase deste estudo, constatou-se que a maioria (32%) tinha renda de dois salários mínimos mensais, seguido pelos que tinham renda de um salário mínimo e meio (22,5%). Segundo estudo já mencionado de Ferreira et al. (2013), realizado no município de Paracatu- MG, revela que a maioria dos contatos faltosos (55%) tinham renda também de um salário mínimo e meio a dois, assemelhando-se ao presente estudo. Em Maracáçumé- MA, Oliveira (2014), identificou que a maior parte dos contatos (37,5) tinha renda entre um e dois salários mínimos.

As condições socioeconômicas e culturais têm grande influência na distribuição e na propagação da endemia hanseníase e devem ser utilizados como parâmetro para avaliar a situação de saúde em determinada região pois podem influenciar as formas de enfrentamento dos problemas de saúde (GERHARDT, 2006; SAMPAIO et al.,

2012). Sampaio et al. (2012), relata que nas áreas com piores indicadores socioeconômicos há maior risco de adoecer, pois as pessoas se tornam mais vulneráveis.

De acordo com o grau de parentesco do contato com o caso índice, foi identificado nesse estudo que 58,9% tinham relação de parentesco de 1º grau, semelhantemente, Dessunti et al. (2008), em Londrina- PR, identificou que 40,6% dos contatos eram filhos/as dos casos índices, ou seja, faziam parte da categoria de parentesco de 1º grau. Souza et al. (2011), também tiveram resultado bem menor ao desta pesquisa, relataram em seu estudo que 31,5% tinham parentesco de 1º grau.

Estudos sobre a transmissão da hanseníase demonstram que em comparação à população geral, as pessoas que convivem e têm contato com os doentes estão expostas a um maior risco de adquirir a doença (FELICIANO; KOVACS, 1997). O estudo realizado por Durães e cols (2005) destacou que a vigilância dos contatos deve ser prioridade e com real importância na cadeia epidemiológica da hanseníase, sabendo-se que embora haja outros fatores de risco para a doença, a consanguinidade também está associada à transmissão. O agrupamento familiar de uma doença infecciosa é condição necessária, apesar de não ser suficiente, para se supor que um componente herdado do hospedeiro esteja envolvido.

Quando se analisou a forma clínica dos casos índices dos contatos verificou-se que a forma com maior frequência (22,5%) foi a dimorfa. Já em estudo de Oliveira (2014), foi identificado com maior frequência a forma virchowiana (42,8%). Congênere a este estudo, Leite et al. (2011) identificou maior frequência da forma clínica dimorfa (23,3%), assim como Vieira e cols (2008), relataram maior frequência de dimorfos (49,9%), no entanto, com porcentagem acima do encontrado neste estudo.

Estudos da distribuição familiar da hanseníase demonstram relação entre as formas da doença e a relação de parentesco. Beiguelman (1998, apud Peixoto et al., 2011), relatam que nas famílias em que pai ou a mãe eram virchowianos, os consanguíneos tiveram risco maior para desenvolver o mesmo tipo polar da doença. Assim como o risco de contrair outras formas era maior nos não consanguíneos.

No que tange à classificação operacional do caso índice, 80% dos doentes eram multibacilares. Concordando com este estudo, Matos et al. (1999), relatam um resultado de 72,2% de casos índices multibacilares, com Vieira et al. (2008), 66,6% e Oliveira (2014), 85,7%. Já Leite et al. (2009) em estudo realizado no município de Buriticupu- MA, relatam 35,6% de multibacilares.

Os contatos devem ser examinados independentemente da classificação operacional do caso índice, também é importante salientar que estes têm maior risco de adquirir a doença se o doente não estiver em tratamento (VAN BEERS; HATTA, 1999). Conforme Peixoto et al. (2011), os contatos de paucibacilares têm menor risco de adoecer quando comparado aos contatos de doentes classificados como multibacilares. É importante ressaltar que pacientes multibacilares são capazes de infectar outras pessoas antes mesmo da expressão clínica da doença.

A situação dos contatos em relação à vacina BCG, faz parte das recomendações do Ministério da Saúde para o controle dos contatos. Neste estudo identificou-se que 77,5% de contatos tinham uma cicatriz vacinal, assemelhando-se ao identificado no estudo de Oliveira (2014), onde 83,9% tinham uma cicatriz vacinal e a Leite (2009) em que 60,5% da população estudada receberam a vacina BCG. Já em relação aos contatos que não tinham nenhuma cicatriz vacinal (7,5%), o estudo de Oliveira (2014) e de Souza et al. (2011), detectaram resultados dissonantes com este estudo, 28,6% e 35,2% contatos adoeceram, respectivamente. No estudo de Peixoto et al. (2011), ficou evidenciado que apenas 33,4% foram registrados como vacinados e 66,6% não tinham informação registrada.

A vacina BCG tem um papel importante na potencialização da resposta imune do indivíduo infectado, ela não impede a infecção, porém, age evitando a progressão até o estado de doença. Assim, a eficácia da vacina como um agente de proteção entre os contatos intradomiciliares é real (FINE et al., 1997). Conforme Carrasco; Pedrazzani (1993), a partir da segunda dose, a vacina protege contra o aparecimento de formas multibacilares.

Contatos que não possuem proteção correm um risco 3,7 vezes maior de desenvolver a hanseníase, sendo, portanto, recomendado uma segunda dose como reforço. Dessa forma, faz-se necessário a localização dos contatos para serem examinados e submetidos à vacinação (PAIVA, 2013).

No que está relacionado aos aspectos que interferem no acompanhamento de portadores de hanseníase é imprescindível ressaltar a escassez de estudos sobre tal assunto e ainda mais sobre essa perspectiva. Metade dos contatos da população estudada (50%), relatou que o motivo que os fez não comparecer ao acompanhamento anual foi de que não entenderam que deveriam retornar, 42,5% relatou não ter sido informado sobre o retorno, isso causa uma preocupação em relação a eficácia das informações fornecidas pelo sistema de saúde, a importância

da educação em saúde para a sensibilização e conscientização dos contatos sobre a sua participação no controle da doença.

O estudo de Ferreira; Ferreira; Morrayne (2013), cujo título é: “Os contatos de portadores de hanseníase em Paracatu- MG: perfil, conhecimentos e percepções”; tinha como um dos objetivos identificar quais motivos levaram ao não comparecimento dos contatos ao acompanhamento preconizado. Os contatos foram indagados a partir de uma entrevista semi-estruturada e apontaram: o trabalho (38%), a falta de informação (14%) e a omissão (14%) como os principais empecilhos para o não comparecimento, contrariando o presente estudo. Vieira et al (2008), verificaram que 66,7% dos contatos não compareceram ao serviço de saúde para avaliação dermatoneurológica por motivo de esquecimento; 11,1%, por falta de tempo; 8,3% referiram ter vergonha de comparecer ao serviço de saúde e 13,0% dos contatos recusaram a avaliação, isso denota o desconhecimento da importância do controle da hanseníase.

Na pesquisa realizada no Rio de Janeiro, Gomes (2015) que discorre também sobre os motivos para o não comparecimento ao exame de contatos, verificou-se que 39% dos entrevistados compareceram ao serviço dentro da data prevista. No entanto, o comparecimento com atraso e/ou o não comparecimento devido a dificuldades de liberação no trabalho, correspondem a 56% das justificativas desta categoria.

Contatos que são faltosos em Programas de Controle de Hanseníase configuram-se, segundo alguns estudiosos, como um problema comum e antigo, constantemente relacionado à falta de tempo, recursos financeiros, omissão dos pacientes e desconhecimento, por parte dos contatos, da importância do exame e acompanhamento anual posterior, principalmente em casos índice de forma multibacilar (TEMOTEO et al., 2013).

O atraso para o exame de contatos ou o não comparecimento devido ao não entendimento, esquecimento e/ou omissão do paciente é algo que provavelmente pode estar diretamente relacionado à falta de sensibilização sobre a importância da prevenção da doença. Esses fatores estão relacionados à dificuldade na apreensão do discurso e às informações repassadas.

Apesar dos grandes avanços na terapêutica da hanseníase, o mesmo não ocorreu em relação aos contatos. As ações de controle da hanseníase focalizam o doente, deixando de agir junto aos contatos. Verifica-se o mesmo entre os pesquisadores da área, uma vez que o controle dos contatos de hanseníase recebeu

pouca atenção no processo histórico de controle desta doença no Brasil (PINTO NETO, 2002; DESSUNTI et al., 2008). Moura et al. (2012) relata que a falta de informações sobre a dinâmica da hanseníase torna o indivíduo um ser passivo diante do controle da doença, pois muitos contatos intradomiciliares não comparecem ao serviço de saúde para exame dermatoneurológico, além disso o preconceito/estigma é outro limitante do acesso ao serviço de saúde, decorrente também da falta de informação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notório que a palavra e a doença hanseníase ainda parecem estar envoltas em uma conotação antiga e perversa, o que leva a reflexão do porquê, mesmo com os avanços da ciência, tecnologia e até das interações sociais, ainda é um grande desafio o controle e erradicação da doença. O estigma social que foi construído no decorrer dos anos em relação aos “leprosos”, ainda hoje tem consequências.

Ao se pensar nas dificuldades para o alcance das metas globais, deve-se avaliar ainda vivemos em um modelo biomédico e hospitalocêntrico de saúde, com foco na doença. Por isso, para o tratamento da hanseníase, além da quimioterapia, deve-se utilizar outro método que atenda às demandas da sociedade no que tange à promoção e prevenção da saúde. Para isso, o indivíduo, família e comunidade devem estar inseridos como atores ativos para o combate à disseminação da doença e assim fortalecer os vínculos entre a entidade saúde e a comunidade, além disso, o profissional deve estar ciente do seu papel de educador de saúde.

Ficou claro que uma das dificuldades para a eliminação da hanseníase no Brasil é a pouca valorização do controle dos contatos enquanto elo da cadeia epidemiológica da doença e como atores sociais que estão sujeitos às repercussões negativas que permeiam a história da hanseníase do ponto de vista social e psicológico.

Os problemas socioeconômicos tornam-se agravantes para a falta de informação sobre a necessidade de prevenção da doença, assim como, o desinteresse entre os contatos em comparecer nas unidades de saúde.

Embora que não fosse objeto do estudo é importante relatar que dentre os contatos avaliados quatro pessoas adoeceram e foram tratadas, evidenciando a necessidade de um programa efetivo de busca ativa dos contatos. Notou-se que havia um interesse maior em participar na família daqueles que adoeceram, o que parece estar relacionado com o medo dos demais em adoecer ou no entendimento da real importância do exame dos contatos.

Por fim, o conhecimento adquirido nesse estudo é de suma relevância e visa subsidiar estratégias e medidas efetivas para modificar o quadro da doença no município de São Luís.

REFERÊNCIAS

ALVES, E.D.; FERREIRA T.L.; FERREIRA I.N. **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília: NESPROM, 2014. 492 p. ;23cm. – (Coleção PROEXT;1). Disponível em: <<http://www.morhan.org.br/views/upload/hanseniaaseavancoes.pdf>>. Acesso em: 03 Dez. 2016.

ARAÚJO, M.G. Hanseníase no Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop., Uberaba**, v. 36, n. 3, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822003000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1073/GM, de 26 de setembro de 2000. Define Normas Técnicas para a Eliminação da Hanseníase no Brasil**. Brasília/DF, 2001. Disponível em: <http://www.credesh.ufu.br/sites/credesh.hc.ufu.br/arquivos/Portaria_1073.GM_26.09.pdf>. Acesso em: 15 Mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniaase.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. - 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf>. Acesso em: 04 Dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil**. Programa Nacional de Controle de Hanseníase do Ministério da Saúde. Informe epidemiológico, 2008. Ministério da Saúde 2008b. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_novembro.pdf>. Acesso em: 12 Dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase no Brasil: Dados e Indicadores Seleccionados**. 1ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.morhan.org.br/views/upload/caderno_de_indicadores_hanse_brasil_01_a08_atual.pdf>. Acesso em: 5 Dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. **Rev. Saúde Pública. 2010; 44(1)**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/23.pdf>>. Acesso em: 06 Jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.125/GM, de 07 de outubro de 2010. Define ações de controle da hanseníase**. Brasília/DF, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html>. Acesso em: 06 Jan. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema nacional de vigilância em saúde: relatório de situação: Maranhão/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 35 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_nacional_vigilancia_saude_ma_5ed.pdf>. Acesso em 30 Nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema nacional de vigilância em saúde. **Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil: análise de indicadores selecionados no período de 2001 a 2010**. Secretaria de Vigilância em Saúde/MS, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_9_saude_brasil_2010.pdf>. Acesso em: 12 Dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico – Ministério da Saúde. Volume 44 N° 11. Brasília – 2013**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/11955-boletins-epidemiologicos-arquivos>>. Acesso em: 05 Dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. **Situação epidemiológica da hanseníase no Brasil: análise de indicadores selecionados na última década e desafios para eliminação**. Ministério da Saúde, v.44, nº 11. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidemiologico_numero_1_2013.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação geral de hanseníase e doenças em eliminação. **Informe Técnico. “Campanha Nacional de Hanseníase, Geohelmintíases e Tracoma 2014”**. Brasília, Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.suvisa.ba.gov.br/sites/default/files/vigilancia_epidemiologica/doencas_tr>

ansmissíveis/arquivo/2014/06/09/Informe%20Campanha%20Escolares%202014%2022%20abril%20rev%20CGHDE.pdf>. Acesso em: 23 Nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. DataSUS. **Acompanhamento dos Dados de Hanseníase – Maranhão**. 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/hansenia/cnv/hanswuf.def>>. Acesso em: 05 Dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação SINAN**. Coeficiente de casos novos de hanseníase por estado. 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br//tabcgi.exe?db2011/d09.def>>. Acesso em 05 Dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública**: manual técnico-operacional [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 58 p.: Disponível em: <www.saude.gov.br/svs>. Acesso em 01 Dez. 2016.

CARRASCO, M.A.P.; PEDRAZZANI, E.S. Situação epidemiológica da hanseníase e dos seus comunicantes em Campinas. **Rev Esc Enfermagem USP**, 1993; 27(2): 214-228. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nex tAction=lnk&exprSearch=1823&indexSearch=ID>>. Acesso em: 14 Dez. 2016.

CASTRO, S.M.S.de; WATANABE, H.A.W. Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos. **Hist. cienc. saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2,

CREE, I.A.; SMITH, W.C. Leprosy transmission and mucosal immunity: towards eradication. **Lepr. Rev.** (69) p.112-121,1998. Disponível em: <<http://leprev.ilsl.br/pdfs/1998/v69n2/pdf/v69n2a04.pdf>>. Acesso em: 06 Jan. 2017.

DESSUNTI, E.M. e et al. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina-PR em um período de dez anos. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v.61, n. spe, Nov. 2008. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672008000700006&lng=en &nrm=iso>. Acesso em: 06 Dez. 2016.

DURÃES, S.M.B. e et al. Estudo de 20 focos familiares de hanseníase no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil. **An Bras Dermatol.** 2005; 85(3): 339-45. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v85n3/a07v85n3.pdf>>. Acesso em: 06 Set. 2016.

EIDT, L.M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade** v.13, n.2, p.76-88, maio- ago, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/sasoc/article/view/7118/8591>>. Acesso em: 28 Nov. 2016.

EIDT, L.M. **O mundo da vida do ser hanseniano: sentimentos e vivências.** Porto Alegre, 2000. 252f. Diss. (Mestrado)- Faculdade de educação, PUCRS. Disponível em: < http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/teses/EIDT_LETICIA/PDF/EIDT_LETICIA.pdf>. Acesso em: 03 Dez. 2016.

FELICIANO K.V.O, KOVACS M.H. Opiniões sobre a Doença entre Membros da Rede Social de Pacientes de Hanseníase no Recife. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health** 1997;1(2):112-18. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v1n2/0448.pdf>>. Acesso em: 08 Out. 2016.

FERREIRA, I.L.C.S.N.; FERREIRA, I.N.; MORRAYNE, M.A. Os Contatos de Portadores de Hanseníase em Paracatu (MG): Perfil, Conhecimentos e Percepções. **Hansenologia Internationalis.** (Online). 2013, vol.37, n.1, pp. 35-44. ISSN 1982-5161. Disponível em: <<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/hi/v37n1/v37n1a04.pdf>>. Acesso em: 06 Jan. 2017.

FINE, P.E. e et al. Household and dwelling contact as risk factors for leprosy in northern Malawi. **Am J Epidemiol** 1997; 146: 91-102. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9215227>>. Acesso em: 18 Dez. 2016.

FOGOS, A.R.; OLIVEIRA, E.R.A.; GARCIA, M.L.T. Análise dos motivos para o abandono do tratamento: o caso dos pacientes hansenianos da Unidade de Saúde em Carapina/ES. **Hansenologia Internationalis.** 2000;25(2):147-156. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10593#>. Acesso em: 06 Jan. 2017.

GERHARDT, T.E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad Saúde Pública.** 2006; 22 (11): 2449-63. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf> >. Acesso em: 29 Nov. 2016.

GOMES, J.R. “**Desatando nós**” no diálogo entre equipe e usuários: subsídio para a captação de contatos de pacientes portadores de hanseníase do Ambulatório Souza Araújo. Dissertação (Mestrado) do Instituto Oswaldo Cruz, Pós Graduação em Ensino em Biociências e Saúde, 2015. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://157.86.8.8/reports/mestrado_bibcb/juliana_gomes_ioc_mest_2015.pdf>. Acesso em: 29 Nov. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas da população residente em São Luís- Censo de 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=211130&search=maranhao|sao-luis.>>. Acesso em: 19 Jan. 2017.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2003. Disponível em: <http://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india>. Acesso em: 23 Jan. 2016.

LEANDRO, J.A. A hanseníase no Maranhão na década de 1930: rumo à Colônia do Bonfim. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos** vol.16 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000200009>. Acesso em: 09 Dez. 2016.

LEITE, K.K.C. e et al. **Perfil epidemiológico dos contatos de casos de hanseníase em área hiperendêmica na Amazônia do Maranhão**. Cad. Saúde Colet, 2009. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/9799/2/Leite%20K%20K%20C%20Perfil%20epidemiologico....pdf>>. Acesso em: 19 Nov. 2016.

LOMBARDI, C.; GIL SUÁREZ, R.E. Epidemiologia da hanseníase. In: TALHARI, S.; NEVES R.G. Hanseníase. 3ed., Manaus: Tropical, 1997. cap.12, p 127-136.

LYON, S.; GROSSI, M.A.de F. **Hanseníase**. 1ª ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

MATOS, H.J.de e et al. Epidemiologia da hanseníase em coorte de contatos intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987-1991). **Cad Saúde Pública**, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n3/0492.pdf>>. Acesso em: 09 Nov. 2016.

MERCOSUL/GMC/RES N° 33/05. Glossário de Terminologia de Vigilância Epidemiológica – Mercosul. 2005. Disponível em: <http://portalcodgdh.minsaude.pt/index.php/Caso_%C3%ADndice>. Acesso em: 15 Mar. 2016.

MOURA, T.H.M.de M.; COSTA, A.C.I.; RAFAEL, M.E.P.P.; NASCIMENTO, R.D. do.; ANDRADE, M.S.; SILVA, M,R,F, da. Controle dos contatos intradomiciliares de hanseníase em equipes de saúde da família. **Rev APS**. 2012 abr/jun; 15(2): 139-147. Disponível em: < <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1468>>. Acesso em: 06 Dez. 2016.

OLIVEIRA, B.F.A. et al. Acréscimo na detecção de casos de hanseníase como resultado da vigilância de contatos em 15 municípios considerados prioritários do estado do Mato Grosso, Brasil. **Rev. Espaço para a Saúde**. (8)2 , p.11-19, 2007. Disponível em: < <http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-464825>>. Acesso em: 15 mai. 2016.

OLIVEIRA, L.A. **Hanseníase entre contatos domiciliares no município de Maracaçumé- MA, 2014**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 80p. Disponível em: < http://renasf.fiocruz.br/sites/renasf.fiocruz.br/files/dissertacoes/2014_UFMA_Luciana%20Albuquerque%20de%20Oliveira.pdf>. Acesso em: 07 Jul. 2016.

OPROMOLLA, D.V.A. **Noções de Hansenologia**, ed 1. São Paulo. Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000. Disponível em:<http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/OPROMOLLA_DILTOR_nocoos/PDF/apres.pdf>. Acesso em: 04 Dez. 2016.

OPROMOLLA, P.A.; LAURENTI, R. Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, Feb. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Dez. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase** (período do plano: 2006-2010). 2005. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/documentos_tecnicos/estrategia_global-hansenia.pdf>. Acesso em: 09 Dez. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016-2020**: Acelerar a ação para um mundo sem lepra. © World Health Organization, 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/8/9789290225201-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 03 Dez. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Hanseníase Hoje**. Boletim de eliminação da hanseníase das Américas. 1999. Disponível em:

<http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=296&Itemid=422>. Acesso em: 05 Dez. 2016.

PAIVA, M.F.L. **Estudo de aspectos epidemiológicos, clínicos e imunológicos da hanseníase em município hiperendêmico**. São Luís- MA, 2013. Tese (Doutorado em Fisiopatologia Clínica e Experimental, na Área de Hanseníase), Programa de Pós-Graduação em Fisiopatologia Clínica e Experimental - Doutorado Interinstitucional UERJ/UFMA (DINTER), 87 p.

PASSOS, C.E.C.; SILVA, A.R.; GONÇALVES, E.G.R.; NEIVA, F.G.C.; MONTEIRO S.G. Hanseníase no estado do Maranhão: análise das estratégias de controle e os impactos nos indicadores epidemiológicos. Tese do Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão – UFMA. *HYGEIA*, ISSN: 1980-1726 **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**. Maranhão, 2016. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:RfbT6ikLd5gJ:www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/download/30888/18662+&cd=4&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 01 Dez. 2016.

PEIXOTO, B.K.S.; FIGUEIREDO, I.A.; CALDAS, A.J.M.; CORREA, R.G.C.F.; AQUINO D.M.C. Aspectos epidemiológicos dos contatos de hanseníase no Município de São Luís-MA. **Hansen. Int.** 2011;36(1):23-30. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=11559#>. Acesso em: 15 Out. 2016.

PINTO NETO, J.M. e et al. Considerações epidemiológicas referentes ao controle dos comunicantes de hanseníase. *Hansen. Int.*, Ribeirão Preto, 27(1): 23-28, 2002. Disponível em: < http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10618>. Acesso em: 15 Out. 2016.

PIRES, C.A.A. et al. Hanseníase em menores de 15 anos: a importância do exame de contato. **Rev Paul Pediatr** 2012;30(2):292-5. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000200022>. Acesso em: 15 Nov. 2016.

SAMPAIO, P.B. e et al. **Análise Espacial dos casos novos de hanseníase e a correlação com os indicadores socioeconômicos no Município de Vitória, ES no período de 2005 a 2009**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. 2012. Disponível em: <http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_6149_Dissertacao_Poliane%20Sampaio.pdf>. Acesso em: 01 Dez. 2016.

SANTOS, A.S. dos e et al. Fatores de risco para transmissão da Hanseníase. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 61, n. spe, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Ago. 2016.

SILVA, A.M.P. e cols. Relação de contágio entre os contatos intradomiciliares e portadores de hanseníase no município de Petrolina-PE, Brasil. **Rev. Enfermagem, UFPE On Line**, 2011. Disponível em:

<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=11&ved=0CCEQFjAAOAo&url=http%3A%2F%2Fwww.ufpe.br%2Frevistaenfermagem%2Findex.php%2Frevista%2Farticle%2Fdownload%2F1557%2F3186&ei=ZDBsULuLD488wSz k4GQCA&usq=AFQjCNFbiF5UQE7Z_HCUPuLxnXq87CYZ2Q>. Acesso em: 03 Dez. 2016.

SILVA, A.R.; PORTELA, E.G.; MATOS, W.B.; SILVA, C.C.; GONÇALVES, E.G. Hanseníase no município de Buriticupu, Estado do Maranhão: busca ativa na população estudantil. **Rev Soc Bras Med Trop** 2007; 40:657-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822007000600012>. Acesso em: 05 Dez. 2016.

SOUZA, C.S. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. **Medicina, Ribeirão Preto**, 30: 325-334, jul./set. 1997. Disponível em:

<http://www.fmrp.usp.br/revista/1997/vol30n3/hanseniasse_formas_clinicas_diagnostico_diferencial...pdf>. Acesso em: 05 dez. 2016.

SOUZA, D.O.B. e et al. Vigilância de contatos de hanseníase: perfil clínico e epidemiológico dos contatos que adoeceram em um Centro Nacional de Referência, no período de 2002 a 2010. **Hansen. Int.** 2011; 36(Suppl. 1)(0):184. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=11487#>. Acesso em: 05 Dez. 2016.

SOUZA, L.R. de. **Condicionantes sociais na delimitação de espaços endêmicos de hanseníase**. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. doi:10.11606/T.5.2012.tde-07122012-162848 Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-07122012-162848/pt-br.php>>. Acesso em: 07 Dez. 2016.

TEMOTEO, R.C. de A. SOUZA, M.M. de.; FARIAS, M. do C.A.D.de.; ABREU, LC.de.; MARTINS NETTO, E. **Hanseníase: avaliação em contatos intradomiciliares**. Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Cajazeiras, PB, 2013. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/18>>. Acesso em: 05 Dez. 2016.

VAN BEERS, S.M.; MADELEINE Y.L.W.; KLATSER P.R. The epidemiology of Mycobacterium leprae: Recent insight. **FEMS Microbiol. Letters**. (136) p. 221-230,

1996. Disponível em:

<<http://femsle.oxfordjournals.org/content/femsle/136/3/221.full.pdf>>. Acesso em: 06 Jan. 2017.

VANE BEERS, S.M.; HATTA, M.; KLATSER, P.R. Patient contact is the major determinant in incident leprosy: implications for future control. **Int J Lepr Other Mycobact Dis.**, 1999 Jun;67(2):119-28. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10472363>>. Acesso em 06 Dez. 2016.

VIEIRA, C.S.de C.A. e cols. Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com hanseníase. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 61, n. spe, Nov. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Dez. 2016.

ANEXOS

ANEXO A: PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COLEGIADO DO CURSO DE ENFERMAGEM



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM

PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

1. TÍTULO: ASPECTOS QUE INTERFEREM NO ACOMPANHAMENTO DE CONTATOS DE PORTADORES DE HANSENÍASE EM UM MUNICÍPIO HIPERENDEMICO.
2. ALUNO(A): LIVIA SAUTA MELO DE JESUS LAGES
3. ORIENTADOR(A): MARIA DE FÁTIMA LIRES PAIVA
4. INTRODUÇÃO: Breve com exposição do desafio do controle epidemiológico da hanseníase.
5. JUSTIFICATIVA: Foca o imperativo epidemiológico.
6. OBJETIVOS: alcançáveis e visam os aspectos socioeconômicos e demográficos.
7. PROCESSO METODOLÓGICO: Adequada ao objetivo do estudo e orienta a execução da pesquisa.
8. CRONOGRAMA: atende ao planejamento da pesquisa.
9. TERMO DE CONSENTIMENTO: atende a finalidade do estudo e as orientações de Bioética da pesquisa com seres humanos.
10. NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA: De acordo com as orientações do Colegiado do Curso e a ABNT.
11. CONCLUSÃO DO PARECER: Favorável a aprovação.

São Luís, 10 de junho de 2016

Rosilda Silva Dias

Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 13/06/2016.
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em / / .
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / / .

Lena Maria Barros Fonseca
Prof.^a Dr.^a Lena Maria Barros Fonseca
Coordenadora do Curso de Enfermagem

ANEXO B: PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO EXPEDIDO PELO COMIC

		UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA COMISSÃO CIENTÍFICA – COMIC – HU-UFMA	
PARECER DE AUTORIZAÇÃO			
Financiamento		Finalidade do projeto	
<input checked="" type="checkbox"/> Recurso Próprio <input type="checkbox"/> Fomento Público Nacional <input type="checkbox"/> Fomento Público Internacional <input type="checkbox"/> Fomento Privado Nacional / Ind. Farmacêutica <input type="checkbox"/> Fomento Privado Internacional / Ind. Farmacêutica		<input checked="" type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Residência Multiprofissional <input type="checkbox"/> Residência Médica <input type="checkbox"/> Residência Buco Maxilo <input type="checkbox"/> Iniciação Científica <input type="checkbox"/> Dep. Acadêmico <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Serviço/HU-UFMA <input type="checkbox"/> Outros/ Multicêntrico	
		Nº do Protocolo: 23523.003171/2016-62 Data de Entrada: 17/06/2016 Nº do Parecer: 81/2016 Parecer: APROVADO	

I - IDENTIFICAÇÃO:

Título: ASPECTOS QUE INTERFEREM NO ACOMPANHAMENTO DE CONTATOS DE PORTADORES DE HANSENÍASE EM UM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO		
Pesquisador Responsável: Maria de Fátima Lires Paiva		
Maior Titulação: Doutorado		
Equipe Executora: LÍVIA SALITA MELO DE JESUS LAGES		
Unidade onde será realizado: <input type="checkbox"/> HUPD <input type="checkbox"/> HUMI <input type="checkbox"/> CEPEC <input type="checkbox"/> Biobanco <input checked="" type="checkbox"/> Anexos		
Sector de realização: Dermatologia		
Cooperação estrangeira: <input type="checkbox"/> (não)	Multicêntrico: <input type="checkbox"/> (não)	Coparticipante: <input type="checkbox"/> (não)

II - OBJETIVOS

- **Geral:** Estudar os aspectos que interferem no acompanhamento de contatos de portadores de hanseníase em município hiperendêmico.
- **Específicos:**
 - Caracterizar os contatos quanto ao gênero, faixa etária e tipo de convívio com o caso índice;
 - Identificar aspectos socioeconômicos, demográficos dos sujeitos da pesquisa;
 - Verificar grau de parentesco do contato com o portador;
 - Determinar a forma clínica e classificação operacional do contato

III – CRONOGRAMA: Início da coleta: setembro-2016

Final do estudo: janeiro-2017

IV - NÚMERO ESTIMADO DA AMOSTRA: 300

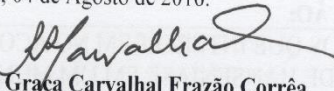
V - RESUMO DO PROJETO: A hanseníase representa, ainda, um grave problema de saúde pública no Brasil, pois a doença é marcada pelas deformidades, incapacidades físicas e pela repercussão psicológica decorrentes do processo de adoecimento. O risco para o desenvolvimento da hanseníase é cerca de cinco a dez vezes mais alto em famílias com um caso da doença, sendo ainda maior se o doente ainda não iniciou o tratamento, tendo risco aumentado em até 10 (dez) vezes em situação 4 de mais de um caso no mesmo domicílio. O diagnóstico precoce e tratamento adequado contribuem para a diminuição do período de exposição dos contatos com os casos multibacilares. Estudos mostram que o trabalho com contatos é de importante relevância para solucionar esse problema, pois mostram que a investigação dos comunicantes possibilita uma estimativa relativamente mais precisa da incidência, permitindo o diagnóstico precoce e, conseqüentemente, delimitando com exatidão os casos novos. O objetivo do estudo é estudar os aspectos que interferem no acompanhamento de contatos de portadores de hanseníase em município hiperendêmico. Além disso caracterizar os contatos quanto ao gênero, faixa etária e tipo de convívio com o caso índice, identificar aspectos socioeconômicos, demográficos dos sujeitos da pesquisa, verificar grau de parentesco do contato com o portador, determinar a forma clínica e classificação operacional do contato. Financiamento próprio

VI – PARECER: Aprovado.

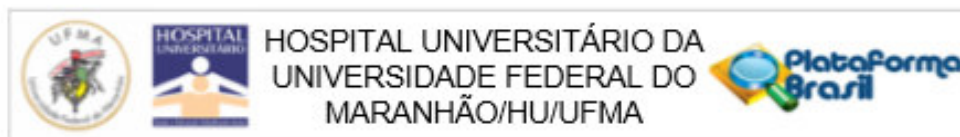
A aprovação representa a autorização para a coleta de dados no âmbito do HU-UFMA, fundamentado na Resolução 001/CAHU/UFMA De 03 de agosto de 2007, entretanto o início da coleta de dados está condicionado à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HU-UFMA em atendimento à Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares, considerando que os aspectos éticos não são avaliados pela COMIC.

Após o término da pesquisa, o pesquisador deverá encaminhar o relatório final (resumo, cópia em CD) à Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP-HU-UFMA).

São Luís, 04 de Agosto de 2016.


Prof. Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
 Gerente de Ensino e Pesquisa-GEP/HUUFMA

ANEXO C: PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO EXPEDIDO PELO CEP



Continuação do Parecer: 1.843.961

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estudar os aspectos que interferem no acompanhamento de contatos de portadores de hanseníase em um município hiperendêmico.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar os contatos quanto ao gênero, faixa etária e tipo de convívio com o caso índice.
- Identificar aspectos socioeconômicos, demográficos dos sujeitos da pesquisa.
- Verificar grau de parentesco do contato com o portador.
- Determinar forma clínica e classificação operacional do contato

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

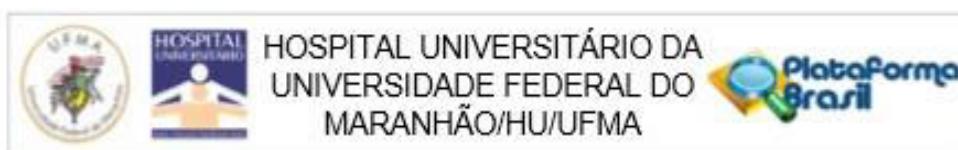
O pesquisador refere que "os riscos apresentados durante a realização deste estudo são mínimos e relativos, tais como":

- "Desconforto durante a conversa por telefone (caso não haja resposta por correios) com o participante, que poderá ser minimizado com a explicitação dos possíveis incômodos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados, e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas. O contato será encaminhado a uma equipe multiprofissional (Enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social) caso apresente algum desconforto durante ou após a pesquisa."
- "Risco de quebra de sigilo a partir de informações médicas dos participantes. No transcorrer do trabalho não serão mencionados nomes, endereços e nem prontuários dos participantes, os resultados serão utilizados apenas com o fim de pesquisa."
- "Risco de constrangimento relacionado à realização do exame. Este será minimizado com informação detalhada do exame, o qual será realizado individualmente, em sala fechada."

Benefícios:

Segundo o pesquisador pode-se considerar como benefícios da pesquisa: "A possibilidade do diagnóstico da Hanseníase ainda em fase inicial, quando a doença não se manifestou ou assim que ela se manifeste por meio do exame clínico e avaliação dermatoneurológica, visando o tratamento no tempo adequado, prevenindo as reações hansênicas e os danos neurais graves que podem levar a incapacidades, gerando estigma social. Além disso, o estudo trará maior conhecimento da doença em questão".

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.543.921

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estudar os aspectos que interferem no acompanhamento de contatos de portadores de hanseníase em um município hiperendêmico.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar os contatos quanto ao gênero, faixa etária e tipo de convívio com o caso índice.
- Identificar aspectos socioeconômicos, demográficos dos sujeitos da pesquisa.
- Verificar grau de parentesco do contato com o portador.
- Determinar forma clínica e classificação operacional do contato

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O pesquisador refere que "os riscos apresentados durante a realização deste estudo são mínimos e relativos, tais como":

- "Desconforto durante a conversa por telefone (caso não haja resposta por correios) com o participante, que poderá ser minimizado com a explicitação dos possíveis incômodos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados, e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas. O contato será encaminhado a uma equipe multiprofissional (Enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social) caso apresente algum desconforto durante ou após a pesquisa."
- "Risco de quebra de sigilo a partir de informações médicas dos participantes. No transcorrer do trabalho não serão mencionados nomes, endereços e nem prontuários dos participantes, os resultados serão utilizados apenas com o fim de pesquisa."
- "Risco de constrangimento relacionado à realização do exame. Este será minimizado com informação detalhada do exame, o qual será realizado individualmente, em sala fechada."

Benefícios:

Segundo o pesquisador pode-se considerar como benefícios da pesquisa: "A possibilidade do diagnóstico da Hanseníase ainda em fase inicial, quando a doença não se manifestou ou assim que ela se manifeste por meio do exame clínico e avaliação dermatoneurológica, visando o tratamento no tempo adequado, prevenindo as reações hansênicas e os danos neurais graves que podem levar a incapacidades, gerando estigma social. Além disso, o estudo trará maior conhecimento da doença em questão".

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

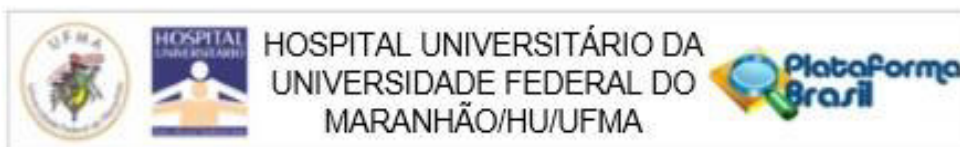
Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.043.001

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo relevante que tem como objetivo principal estudar os aspectos que interferem no acompanhamento de contatos de portadores de hanseníase um município hiperendêmico. Os resultados obtidos poderão contribuir para possibilitar uma estimativa relativamente mais precisa da incidência, permitindo o diagnóstico precoce e, conseqüentemente, delimitando com exatidão os casos novos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Termo de Assentimento, autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3).

O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

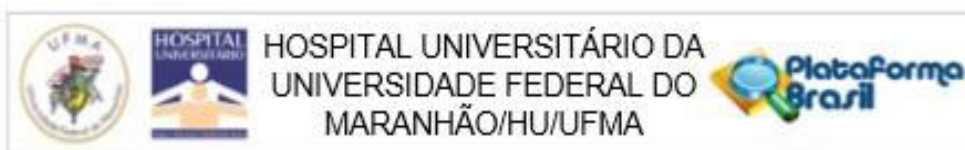
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto. Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.843.961

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_795205.pdf	21/11/2018 18:29:11		Aceito
Outros	CartaRespostaFINAL.pdf	21/11/2018 18:25:11	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PAIS_RESPONSAVEIS_NAO_PARTICIPANTES.pdf	21/11/2018 18:23:24	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodeassentimento.pdf	21/11/2018 18:20:14	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEFINAL.pdf	21/11/2018 18:19:33	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinal.pdf	21/11/2018 18:18:28	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinal.doc	21/11/2018 18:17:47	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	21/11/2018 18:13:51	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito
Folha de Rosto	FDRLivia.pdf	19/09/2018 00:49:58	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	16/09/2018 15:05:12	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito
Outros	termocompromissoutilizacaodedados.pdf	16/09/2018 15:02:06	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito
Outros	Pareceromic.pdf	16/09/2018 14:29:29	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito
Outros	responsabilidadefinanceira.pdf	16/09/2018 14:24:24	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito
Outros	termodeanuencia.pdf	16/09/2018 14:22:32	Maria de Fátima Lires Paiva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

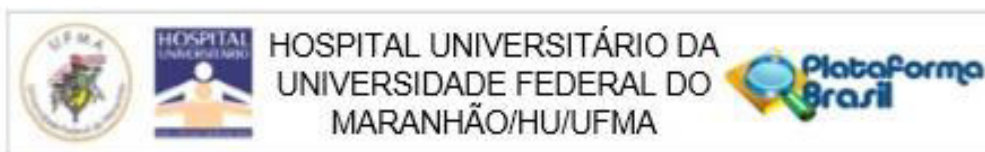
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 1.843.861

SAO LUIS, 30 de Novembro de 2016

Assinado por:
Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 E-mail: cep@huufma.br

ANEXO D: PROTOCOLO DE ABORDAGEM E SEGUIMENTO DE CONTATO EM HANSENÍASE



PROTOCOLO DE ABORDAGEM E SEGUIMENTO DE CONTATO EM HANSENÍASE – CÓD _____

DADOS GERAIS DO CONTATO			
Nome:			
Mãe:			
Data nascimento	/ /	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Data da abordagem
Endereço:			CEP
Ponto de referência:			
Município:	Fones:		

INFORMAÇÕES DO CASO ÍNDICE			
Caso índice:			CÓD:
Grau de Parentesco:		Tempo de exposição (meses):	Idade na abordagem:
Caso índice já foi tratado anteriormente: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, de / / a / / , local			
Classificação Operacional	Tipo de contato	Forma clínica	
<input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> Intradomiciliar <input type="checkbox"/> Intradomiciliar-intimo <input type="checkbox"/> Ocupacional <input type="checkbox"/> Extradomiciliar <input type="checkbox"/> Extradomiciliar-intimo <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Ts <input type="checkbox"/> DT <input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> DV <input type="checkbox"/> Vsp <input type="checkbox"/> VV <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> DTR <input type="checkbox"/> DDR <input type="checkbox"/> DVR <input type="checkbox"/> HNPT <input type="checkbox"/> HNPDT <input type="checkbox"/> HNPDD	

PROCEDIMENTOS NA ABORDAGEM E ACOMPANHAMENTO			
Profilaxia BCG: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		Administração BCG: 1ª dose / / 2ª dose / /	
1º Exame dermatoneurológico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim / /			
Observações:			
2º Exame dermatoneurológico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim / /			
Observações:			
3º Exame dermatoneurológico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim / /			
Observações:			
4º Exame dermatoneurológico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim / /			
Observações:			
5º Exame dermatoneurológico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim / /			
Observações:			
Mitsuda			
Abordagem <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Término <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Administração / / /	Leitura / / /	Administração / / /	Leitura / / /
<input type="checkbox"/> Negativo ___mm		<input type="checkbox"/> Negativo ___mm	
<input type="checkbox"/> Positivo ___mm		<input type="checkbox"/> Positivo ___mm	
<input type="checkbox"/> Flutuante		<input type="checkbox"/> Flutuante	
<input type="checkbox"/> Ulcerado		<input type="checkbox"/> Ulcerado	
<input type="checkbox"/> Perdeu Leitura		<input type="checkbox"/> Perdeu Leitura	
<input type="checkbox"/> Uso de corticóide		<input type="checkbox"/> Uso de corticóide	

APÊNDICES

APÊNDICE A - MODELO DE CARTA UTILIZADA PARA CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Convidamos você que participou da pesquisa de contatos de portadores de hanseníase iniciada a partir de 2010 (2010, 2011 e 2012), para comparecer no serviço de ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário Presidente Universitário- HUPD, localizado na Rua das Hortas- 114, Centro - São Luis- MA. No dia _____, às _____ hs, para participar de uma nova pesquisa.

O objetivo desta pesquisa é determinar o que leva algumas pessoas a não comparecer para o acompanhamento anual. Se alguém apresentar algum sinal da doença será examinado e encaminhado ao centro de saúde de referência ou à Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência, onde realizar-se-á exames laboratoriais para confirmação do diagnóstico e tratamento, caso seja necessário.

Caso não possa comparecer na data proposta acima, favor entrar em contato nos números: (98) 98841-4694- Livia Salita ou (98) 99102-6265- Natália Mesquita.

Att,

São Luis, __ de _____ de 2016



Prof.ª Maria de Fátima Lires Paiva
Prof.ª Dra. Responsável pela pesquisa

**APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO APLICADO AOS CONTATOS DOS CASOS DE
HANSENÍASE**

DADOS GERAIS DO CONTATO			
Nome:			
Mãe:			
Data de nascimento ___/___/___	Idade:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Data de abordagem: ___/___/___
Grau de escolaridade:		Profissão:	
Renda familiar per capita:			
Com quantas pessoas reside:			
Endereço:			
			CEP:
Ponto de referência:			
Município:		Fones:	
INFORMAÇÕES DO CASO ÍNDICE			
Caso índice			CÓD:
Grau de Parentesco:		Tempo de exposição (meses):	Idade na abordagem:
Caso índice já foi tratado anteriormente: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, de ___/___/___ a ___/___/___, Local _____			
Classificação Operacional	Tipo de contato		Forma Clínica
PB <input type="checkbox"/> MB <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intradomiciliar <input type="checkbox"/> Intradomiciliar-íntimo <input type="checkbox"/> Ocupacional <input type="checkbox"/> Extradomiciliar <input type="checkbox"/> Extradomiciliar-íntimo <input type="checkbox"/> Ignorado		<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> Ts <input type="checkbox"/> DT <input type="checkbox"/> DD <input type="checkbox"/> DV <input type="checkbox"/> Vsp <input type="checkbox"/> VV <input type="checkbox"/> TR <input type="checkbox"/> DTR <input type="checkbox"/> DDR <input type="checkbox"/> DVR <input type="checkbox"/> HNPT <input type="checkbox"/> HNPDT <input type="checkbox"/> HNPDD
PROCEDIMENTOS NA ABORDAGEM E ACOMPANHAMENTO			
Profilaxia BCG: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3		Administração BCG: 1ª dose ___/___/___ 2ª dose: ___/___/___	
1º Exame dermatoneurológico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ___/___/___			
Observações:			
2º Exame dermatoneurológico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ___/___/___			
Observações:			
3º Exame dermatoneurológico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ___/___/___			
Observações:			
3º Exame dermatoneurológico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ___/___/___			
Observações:			
4º Exame dermatoneurológico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ___/___/___			
Observações:			
5º Exame dermatoneurológico: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim ___/___/___			
Observações:			
Mitsuda			
Abordagem <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Término <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	

SITUAÇÃO DE COMPARECIMENTO DO CONTATO	
<input type="checkbox"/>	Em acompanhamento
<input type="checkbox"/>	Não compareceu ao acompanhamento anual
<input type="checkbox"/>	Adoeceu- PACIENTE ___/___/___
<input type="checkbox"/>	Adoeceu- PACIENTE co-prevalência ___/___/___
MOTIVOS QUE DIFICULTARAM O RETORNO PARA AVALIAÇÃO	
<input type="checkbox"/>	Dificuldade quanto ao horário de atendimento
<input type="checkbox"/>	Não entendeu que deveria retornar
<input type="checkbox"/>	Dificuldade financeira para o transporte
<input type="checkbox"/>	Mudança de endereço por viagem
<input type="checkbox"/>	Outros. Qual?
Observações:	

APÊNDICE C: TCLE**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título da pesquisa: Aspectos que interferem no acompanhamento de contatos de portadores de hanseníase em um município hiperendêmico.

Pesquisadora: Livia Salita Melo de Jesus Lages

Orientadora: Profa. Doutora Maria de Fátima Lires Paiva

O objetivo desta pesquisa é determinar o que leva algumas pessoas a desenvolverem a doença hanseníase (Mal de Hansen). Estamos convidando você e a sua família para participarem deste estudo, porque vocês residem em uma região onde a hanseníase é comum. Se alguém apresentar algum sinal da doença será examinado e encaminhado ao centro de saúde de referência ou à Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência, onde realizar-se-á exames laboratoriais para confirmação do diagnóstico e tratamento, caso seja necessário.

Esta pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

PROCEDIMENTOS

Abaixo estão descritos os procedimentos a serem seguidos para aqueles que concordarem em participar do estudo:

- 1 Responder um questionário referente às condições de sua moradia e de sua saúde;
- 2 Será feita análise de cicatriz vacinal pelo BCG e encaminhamento para vacinação, caso seja necessário.

RISCOS

Os riscos apresentados durante a realização deste estudo são mínimos e relativos, tais como:

- Desconforto durante a conversa por telefone (caso não haja resposta por correios) com o participante, que poderá ser minimizado com a explicitação dos possíveis incômodos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados, e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas. O contato será encaminhado a uma equipe multiprofissional (Enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social) caso apresente algum desconforto durante ou após a pesquisa.
- Risco de quebra de sigilo a partir de informações médicas dos participantes. No transcorrer do trabalho não serão mencionados nomes, endereços e nem prontuários dos participantes, os resultados serão utilizados apenas com o fim de pesquisa.

BENEFÍCIOS POTENCIAIS

Sua participação neste trabalho lhe proporcionará como benefício a possibilidade do diagnóstico da hanseníase ainda em fase inicial, quando a doença não se manifestou ou assim que ela se manifeste por meio do exame clínico e avaliação dermatoneurológica, visando o tratamento no tempo adequado, prevenindo as reações hansênicas e os danos neurais graves que podem levar a incapacidades, gerando estigma social. Além disso, o estudo trará maior conhecimento da doença em questão.

TEMPO DE PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação neste estudo será de um ano a contar do primeiro dia dessa avaliação. Diante de qualquer sinal e/ou sintoma de hanseníase procure o serviço de saúde, onde será feito exames que comprovem o desenvolvimento da doença. Se o diagnóstico for positivo, você será encaminhado à um serviço de referência para tratamento e acompanhamento.

CONFIDENCIALIDADE DO ESTUDO

O registro de sua participação neste estudo será confidencial. Nós guardaremos os registros de cada indivíduo, em sala trancada, e somente os profissionais trabalhando na equipe terão acesso a estas informações. Cada indivíduo receberá um número a ser utilizado para sua identificação. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação do sujeito não será revelada. Resultados serão relatados de forma sumarizada e o indivíduo não será identificado.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

Sua participação é **voluntária. Não há penalidade para caso decida não participar deste estudo.** Também não será penalizado se decidir desistir de participar, em qualquer época. O tratamento para hanseníase não será diferente caso você adoeça ou decida participar ou não desta pesquisa.

Outrossim, informamos que os participantes e acompanhantes desta pesquisa receberão ressarcimento por eventuais despesas que ocorrerem decorrentes da pesquisa, ficando comprometido o pesquisador responsável, citado acima, por esta reparação. Caso apresente algum dano, diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação, terá direito a assistência integral gratuita, pelo tempo que for necessário.

ESCLARECIMENTOS

É necessário que você e o pesquisador responsável pela pesquisa assinem e rubriquem todas as páginas deste termo ao seu término que consta de duas vias, sendo que uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável.

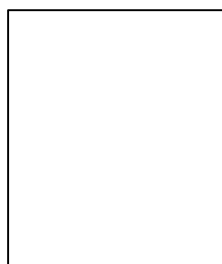
Você pode fazer perguntas a respeito desse estudo, sempre que você achar necessário. Se você quiser mais esclarecimentos a respeito, ou se surgir alguma dúvida, entre em contato coma a Profa. Dra. Maria de Fátima Lires Paiva, no Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, pelo telefone (3272-9670) ou Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário/UFMA, situado à Rua Barão de Itapary, nº 227, quarto andar, Centro, São Luís-MA. CEP- 65020-070, ou pelo telefone (98) 2109-1250.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e poderei modificar a decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome e Assinatura do sujeito da pesquisa

Nome e Assinatura do pesquisador responsável

Impressão digital para aqueles
que não sabem escrever



COMPROMISSO DO INVESTIGADOR

Eu discuti as questões acima apresentadas com os indivíduos participantes no estudo ou com o seu representante legalmente autorizado. É minha opinião que o indivíduo tenha entendido os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esse projeto.

São Luís – MA, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE D: TCLE DE AUTORIZAÇÃO PARA PAIS/RESPONSÁVEIS NÃO PARTICIPANTES

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE AUTORIZAÇÃO
PARA PAIS/RESPONSÁVEIS NÃO PARTICIPANTES**

Título da pesquisa: Aspectos que interferem no acompanhamento de contatos de portadores de hanseníase em um município hiperendêmico.

Pesquisadora: Lívia Salita Melo de Jesus Lages

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Lires Paiva

O objetivo desta pesquisa é determinar o que leva algumas pessoas a desenvolverem a doença hanseníase (MH). Estamos convidando o menor sob sua responsabilidade e a sua família para participarem deste estudo, porque vocês residem em uma região onde a hanseníase é comum. Se alguém apresentar algum sinal da doença será examinado e encaminhado ao centro de saúde de referência ou à Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência, onde realizar-se-á exames laboratoriais para confirmação do diagnóstico e tratamento, caso seja necessário.

Esta pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

PROCEDIMENTOS

Abaixo estão descritos os procedimentos a serem seguidos para aqueles que concordarem em autorizar a participação do estudo:

- 1 Responder um questionário referente às condições de sua moradia e de sua saúde;

- 2 Será feita análise de cicatriz vacinal pelo BCG e encaminhamento para vacinação, caso seja necessário.

RISCOS

Os riscos apresentados durante a realização deste estudo são mínimos e relativos, tais como:

- Desconforto durante a conversa por telefone (caso não haja resposta por correios) com o participante e/ou responsável, que poderá ser minimizado com a explicitação dos possíveis incômodos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados, e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas. O contato será encaminhado a uma equipe multiprofissional (Enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social) caso apresente algum desconforto durante ou após a pesquisa.
- Risco de quebra de sigilo a partir de informações médicas dos participantes. No transcorrer do trabalho não serão mencionados nomes, endereços e nem prontuários dos participantes, os resultados serão utilizados apenas com o fim de pesquisa.

BENEFÍCIOS POTENCIAIS

“A participação do menor sob sua responsabilidade poderá proporcionar como benefício a ele a possibilidade do diagnóstico da hanseníase ainda em fase inicial, quando a doença não se manifestou ou assim que ela se manifeste por meio do exame clínico e avaliação dermatoneurológica, visando o tratamento no tempo adequado, prevenindo as reações hansênicas e os danos neurais graves que podem levar a incapacidades, gerando estigma social. Além disso, o estudo trará maior conhecimento da doença em questão.

TEMPO DE PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A participação do menor sob sua responsabilidade neste estudo será de um ano, a contar do primeiro dia dessa avaliação. Diante de qualquer sinal e/ou sintoma de hanseníase procure o serviço de saúde, onde será feito exames que comprovem o desenvolvimento da doença. Se o diagnóstico for positivo, o menor sob sua responsabilidade será encaminhado à um serviço de referência para tratamento e acompanhamento.

CONFIDENCIALIDADE DO ESTUDO

O registro da participação do menor sob sua responsabilidade neste estudo será confidencial. Nós guardaremos os registros de cada indivíduo, em sala trancada, e somente os profissionais trabalhando na equipe terão acesso a estas informações. Cada indivíduo receberá um número a ser utilizado para sua identificação. Se qualquer relatório ou publicação resultar deste trabalho, a identificação do sujeito não será revelada. Resultados serão relatados de forma sumarizada e o indivíduo não será identificado.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A participação do menor sob sua responsabilidade é voluntaria. Não há penalidade caso ele decida não participar do estudo. Ele também não será penalizado se decidir desistir de participar, em qualquer época. O tratamento para hanseníase não será diferente caso o menor sob sua responsabilidade adoeça ou decida participar ou não desta pesquisa.

Outrossim, informamos que os participantes e acompanhantes desta pesquisa receberão ressarcimento por eventuais despesas que ocorrerem decorrentes da pesquisa, ficando comprometido o pesquisador responsável, citado acima, por esta reparação. Caso apresente algum dano, diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação, terá direito a assistência integral gratuita, pelo tempo que for necessário.

ESCLARECIMENTOS

É necessário que você e o pesquisador responsável pela pesquisa assinem e rubriquem todas as páginas deste termo ao seu término que consta de duas vias, sendo que uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável.

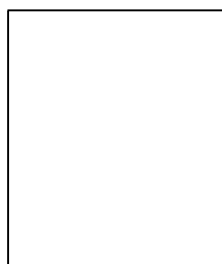
Você pode fazer perguntas a respeito desse estudo, sempre que você achar necessário. Se você quiser mais esclarecimentos a respeito, ou se surgir alguma dúvida, entre em contato coma a Profa. Dra. Maria de Fátima Lires Paiva, no Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, pelo telefone (3272-9670) ou Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário/UFMA, situado à Rua Barão de Itapary, nº 227, quarto andar, Centro, São Luís-MA. CEP- 65020-070, ou pelo telefone (98) 2109-1250.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e poderei modificar a decisão de que o menor sob minha responsabilidade participe, se assim o desejar. Declaro que concordo que o menor sob minha responsabilidade participe desse estudo. Recebi uma via deste termo assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome e Assinatura do Responsável

Nome e Assinatura do pesquisador responsável

Impressão digital para aqueles
que não sabem escrever



COMPROMISSO DO INVESTIGADOR

Eu discuti as questões acima apresentadas com os indivíduos participantes no estudo ou com o seu representante legalmente autorizado. É minha opinião que o indivíduo tenha entendido os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esse projeto.

São Luís – MA, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE E: TERMO DE ASSENTIMENTO PARA PARTICIPANTES DA
PESQUISA MENORES DE 18 ANOS DE IDADE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

TERMO DE ASSENTIMENTO

Título da pesquisa: Aspectos que interferem no acompanhamento de contatos de portadores de hanseníase em um município hiperendêmico.

Pesquisadora: Lívia Salita Melo de Jesus Lages

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima Lires Paiva

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Aspectos que interferem no acompanhamento de contatos de portadores de hanseníase em um município hiperendêmico”. Seus pais permitiram que você participe. Queremos saber se você ou alguém da sua família desenvolveram a hanseníase, pois vocês residem em uma região onde a hanseníase é comum. Se alguém apresentar algum sinal da doença será examinado e encaminhado ao centro de saúde de referência ou à Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência, onde será realizado exames para confirmação do diagnóstico e tratamento, caso seja necessário. Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu, não terá nenhum problema se desistir.

Esta pesquisa foi avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

PROCEDIMENTOS

Abaixo estão descritos os procedimentos a serem seguidos se você concordar em participar da pesquisa:

- 1 Responder um questionário referente às condições de sua moradia e de sua saúde;
- 2 Será feita análise de cicatriz vacinal pelo BCG e encaminhamento para vacinação, caso seja necessário.

RISCOS

Os riscos apresentados durante a realização deste estudo são pequenos, tais como:

- Desconforto durante a conversa por telefone (caso não haja resposta por correios) com o participante, que poderá ser minimizado com a explicitação dos possíveis incômodos e riscos decorrentes da participação na pesquisa, além dos benefícios esperados, e apresentação das providências e cautelas a serem empregadas. O contato será encaminhado a uma equipe multiprofissional (Enfermeiro, psicólogo, médico, assistente social) caso apresente algum desconforto durante ou após a pesquisa.
- Risco de quebra de sigilo a partir de informações médicas dos participantes. No transcorrer do trabalho não serão mencionados nomes, endereços e nem prontuários dos participantes, os resultados serão utilizados apenas com o fim de pesquisa.

BENEFÍCIOS POTENCIAIS

Sua participação neste trabalho lhe proporcionará como benefício a possibilidade de descobrir se está com Hanseníase ainda no início, quando a doença não se manifestou ou assim que ela se manifeste por meio do exame clínico e avaliação dermatoneurológica, visando o tratamento no tempo adequado, prevenindo que você piore. Além disso, o estudo trará maior conhecimento sobre a doença.

TEMPO DE PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A sua participação neste estudo será de um ano a contar do primeiro dia dessa avaliação. Diante de qualquer sinal e/ou sintoma de hanseníase seus pais serão orientados a levar você ao serviço de saúde, onde será feito exames que comprovem

o desenvolvimento da doença. Se você estiver doente, você será encaminhado à um lugar especializado e cuidarão de você.

CONFIDENCIALIDADE DO ESTUDO

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as crianças ou adolescentes que participaram da pesquisa.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

Sua participação é **voluntária. Não há penalidade para caso decida não participar deste estudo.** Também não será penalizado se decidir desistir de participar, em qualquer época. O tratamento para hanseníase não será diferente caso você adoença ou decida participar ou não desta pesquisa.

Caso seus pais tenham algum prejuízo nessa pesquisa, eles receberão nossa ajuda. Caso apresente algum dano ou problema por ter participado, você terá direito a total auxílio sem que seus pais paguem nada, pelo tempo que você precisar.

ESCLARECIMENTOS

É necessário que você e o pesquisador responsável pela pesquisa assinem e rubriquem todas as páginas deste termo ao seu término que consta de duas vias, sendo que uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável.

Você pode fazer perguntas a respeito desse estudo, sempre que você quiser. Se você quiser mais esclarecimentos a respeito, ou se surgir alguma dúvida, entre em contato coma a Profa. Dra. Maria de Fátima Lires Paiva, no Depo. de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, pelo telefone (3272-9670) ou Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário/UFMA, situado à Rua Barão de Itapary, nº 227, quarto andar, Centro, São Luís-MA. CEP-65020-070, ou pelo telefone (98) 2109-1250.

Eu _____ aceito participar da pesquisa “Aspectos que interferem no acompanhamento de contatos de portadores de hanseníase em um município hiperendêmico. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir que ninguém vai ficar furioso. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma via deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do menor

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Impressão digital para aqueles que
não sabem escrever

