



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

JESSICA RAIANE FREITAS SANTOS

HANSENÍASE ENTRE CONTATOS DE CASOS DE
HANSENÍASE NOTIFICADOS ENTRE OS ANOS DE 2015 A
2017 EM SÃO LUÍS – MA

SÃO LUÍS
2019

JESSICA RAIANE FREITAS SANTOS

**HANSENÍASE ENTRE CONTATOS DE CASOS DE
HANSENÍASE NOTIFICADOS ENTRE OS ANOS DE 2015 A
2017 EM SÃO LUÍS – MA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à banca de defesa do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Doralene Maria Cardoso de Aquino

SÃO LUÍS
2019

SANTOS, Jessica Raiane Freitas.

Hanseníase entre contatos de casos de hanseníase notificados entre os anos de 2015 a 2017 em São Luís-MA / Jessica Raiane Freitas
SANTOS. - 2019. 58 f.

Orientador(a): Doralene Maria Cardoso de AQUINO. Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

1. Contatos de hanseníase. 2. Hanseníase. 3. Vigilância dos contatos. I. AQUINO, Doralene Maria Cardoso de. II. Título.

JESSICA RAIANE FREITAS SANTOS

**HANSENÍASE ENTRE CONTATOS DE CASOS DE
HANSENÍASE NOTIFICADOS ENTRE OS ANOS DE 2015 A
2017 EM SÃO LUÍS – MA**

Trabalho de Conclusão do 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. Dorlene Maria Cardoso de Aquino (Orientadora)
Doutora em Patologia Humana
Universidade Federal do Maranhão

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

Profa. Regina Maria Abreu Mota
Mestre em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Maranhão

“Ao meu Deus Eterno, YHWH, minha rocha inabalável. À Ele seja a honra, a glória e para sempre. Amém!”

AGRADECIMENTOS

Mudaste o meu pranto em dança, a minha veste de lamento em veste de alegria, para que o meu coração cante louvores a ti e não se cale. Senhor, meu Deus, eu te darei graças para sempre.

À minha mãe Rosa Maria Freitas Santos por seu amor, dedicação e exemplo de vida. Exalto aqui seu esforço para criar às minhas irmãs e à mim, pagar as passagens, alimentação e materiais para o curso. Obrigada por ser a melhor mãe do mundo, por ter me ensinado à voar. Esta conquista é sua.

Ao meu pai Humberto Moraes Santos pelo sustento, carinho e apoio incondicional. Desde criança sempre me incentivou a estudar e gostava de me ver lendo os quadrinhos. Minha eterna gratidão por ter me ajudado a superar todas as dificuldades durante a graduação, pelos quilômetros que caminhou comigo na madrugada para que eu sempre fosse a primeira a chegar na aula. Por ter sacrificado sua saúde para trabalhar por mim.

Sou grata às minhas irmãs Keila Roberta Freitas Santos e Roseane Freitas pelo companheirismo, incentivo e amizade. Aos meus amados sobrinhos Amanda Freitas Oliveira Soares, Felipe Freitas Gomes, Davi Freitas Gomes, Lorena Freitas Gomes, Thalisson Freitas Gomes e Humberto Moraes Santos Neto, a chegada de vocês me inspirou a ser uma pessoa melhor.

Ao meu amado filho Samuel Joshua Freitas Santos Trindade, por ser minha força, meu admirador e companheiro, por ter suportado com paciência a minha ausência na maior parte dos seus dias.

À minha amiga e irmã que a universidade me deu Eclésia Kauana dos Santos, grande responsável por eu ter participado desta pesquisa. Minha imensa gratidão e admiração por ti. Aos meus companheiros de pesquisa e de aulas Antonio Ericeira Pinto Neto e Elouise Rayanne de Almeida Vasconcelos pelo companheirismo e amizade.

Aos meus amigos fiéis Edivaldo Pinheiro Menezes Filho, Alessandra da Silva Martins, Ana Claudia Lisboa Serrão, Ana Carolina da Silva e Anne Caroline Pereira Matias. Meu muito obrigada por tornarem esta jornada mais feliz e cheia de risos.

Aos meus amigos que fizeram o final desta jornada menos pesada Fernanda Vale Rocha, Carlos Alberto Campos Jr., Thaiany Ferreira Silva, Felipe Moraes e João

Paulo Almeida de Oliveira. Vocês me ensinaram o verdadeiro sentido de trabalhar em equipe.

À todos os meus colegas da turma de enfermagem cento e quatro, pelos momentos vivenciados, de tensão e de alegria nas aulas. Agradeço também à turma cento e cinco pela calorosa acolhida, vocês moram em meu coração.

Aos meus irmãos da Igreja Evangélica Filadélfia em Panaquatira, pelas orações, compreensão e amizade.

Aos meus companheiros de luta da Associação de Moradores e Amigos da Praia de Panaquatira- AMAPPAN, pela compreensão e incentivo.

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

Agradeço ao Departamento e coordenação do curso de enfermagem pelo comprometimento com o ensino de qualidade e excelência de todos os professores e funcionários.

À todos os pesquisadores do INTEGRANS MA pelo comprometimento com a pesquisa científica e luta pelo controle da hanseníase no Maranhão.

Sou extremamente grata à minha Orientadora Dra. Dorlene Maria Cardoso de Aquino pelos ensinamentos repassados, conversas e paciência.

Às professoras Dra. Maria de Fátima Lires Paiva e Regia Maria Abreu Mota pelas orientações e incentivo.

À Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico do Maranhão- FAPEMA, pelo financiamento desta pesquisa, sem o qual não seria possível realiza-la.

Ao Programa de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal do Maranhão, que me oportunizou vivenciar a pesquisa e expandir meus conhecimentos.

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

“Não me sinto obrigado a acreditar que o mesmo Deus que nos dotou de sentidos, razão e intelecto, pretenda que não os utilizemos.”

Galileu Galilei

RESUMO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de progressão lenta, com alto poder incapacitante, que acomete particularmente a faixa etária economicamente ativa. O domicílio constitui-se um importante ambiente de transmissão da doença, sendo a vigilância de contatos uma medida fundamental para o controle da doença. A pesquisa objetiva estudar a ocorrência de hanseníase entre contatos de casos notificados em São Luís – MA. Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa realizado de agosto de 2018 a julho de 2019, com casos de hanseníase identificados a partir de exame de contatos e notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, em São Luís-MA no período de 2015 a 2017. De 2015 a 2017 foram registrados 7553 contatos e destes 3915 (51,83%) foram examinados, sendo notificados 80 casos diagnosticados por exame de contatos. A taxa de prevalência de hanseníase entre contatos foi 20,43/1000. No perfil sociodemográfico as maiores frequências foram da faixa etária de 15 a 59 anos (55,00%), sexo feminino (58,75%), raça parda (66,25%), escolaridade de ensino médio completo (26,25%) e procedentes da capital do estado (81,25%). Quanto as características clínicas verificou-se predomínio da forma dimorfa (62,50%) e maiores percentuais de casos com baciloscopia não realizada (47,50%), apresentando até cinco lesões de pele (82,50%), Grau de Incapacidade Física igual a 0 (66,25%) e sem nervos afetados (55,00%). Entre os 65 casos procedentes da capital do estado, 20,00% eram do distrito da Cohab, 6,15% do Itaqui Bacanga, 16,92% do Coroadinho, 6,15% da Vila Esperança, 16,00% do Bequimão e 36,00% do Tirirical. O predomínio da forma dimorfa e o tipo multibacilar sugere diagnóstico tardio da doença. A taxa de prevalência apresentada evidencia que se a busca dos contatos intradomiciliares pelos serviços de saúde aumentasse, a detecção de casos novos da doença poderia ser maior.

Palavras-chave: Hanseníase. Contatos. Vigilância

ABSTRACT

Leprosy is a slow-progressing infectious disease with high disabling power that particularly affects the economically active age group. The home is an important environment for disease transmission, and contact surveillance is a fundamental measure for the control of the disease. The objective is to study the occurrence of leprosy among contacts of notified cases in São Luís Descriptive study of quantitative approach conducted from August 2018 to July 2019, with leprosy cases identified from contact examination and notified in the Notification Disease Information System, in São Luís-MA, from 2015 to 2017. From 2015 to 2017, 7553 contacts were registered and from these 3915 (51.83%) were examined, and 80 cases diagnosed by contact examination were notified. The prevalence rate of leprosy among contacts was 20.43 / 1000. In the sociodemographic profile of contacts, the highest frequencies were between the ages of 15 to 59 years (55.00%), female (58.75%) and brown race (66.25%), complete high school education (26, 25%) and coming from the state capital (81.25%). Regarding the clinical characteristics of the cases, there was a predominance of the dimorphic form (62.50%) and higher percentages of cases with un performed bacilloscopy (47.50%), presenting up to five skin lesions (82.50%), Grade of Physical Disability equal to 0 (66.25%) and without affected nerves (55.00%). Among the 65 cases from the state capital, 20.00% were from the Cohab district, 6.15% in Itaqui Bacanga, 16.92% in Coroadinho, 6.15% in Vila Esperança, 16.00% in Bequimão and 36.00% in the Tirirical. The predominance of the dimorphic form and the multibacillary type suggests late diagnosis of the disease. The prevalence rate presented shows that if the search for intradomicilar contacts by health services increased, the detection of new cases of the disease could be higher.

Keywords: Leprosy. Contacts. Surveillance

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BCG	- Bacilo de Calmette- Guerin
D	- Dimorfa
I	- Indeterminada
MA	- Maranhão
MB	- Multibacilar
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PB	- Paucibacilar
PCH	- Programa de Controle da Hanseníase
PNEH	- Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase
PQT	- Poliquimioterapia
SEMUS	- Secretaria Municipal de Saúde
SES	- Secretaria Estadual de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
SVS	- Secretaria de Vigilância em Saúde
SINAN	- Sistema Nacional de Agravos de Notificação
T	- Tuberculóide
V	- Virchowiana

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral	16
2.2 Objetivos específicos	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 Breve histórico da hanseníase	17
3.2 Aspectos clínicos e epidemiológicos	19
3.3 Políticas públicas para o controle da hanseníase	22
3.4 Controle de contatos	24
4 METODOLOGIA	26
4.1 Tipo de estudo	26
4.2 Local do estudo	26
4.3 População e amostra	26
4.4 Técnica e instrumentos da pesquisa	27
4.5 Análise dos dados	27
4.6 Aspectos administrativos e éticos	27
5 RESULTADOS	29
6 DISCUSSÃO	34
7 CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS	
ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de progressão lenta, com alto poder incapacitante, que acomete particularmente a faixa etária economicamente ativa. Por isso é de grande relevância para a saúde pública ((LYON; GROSSI, 2013).

A doença é causada pelo *Mycobacterium leprae* (*M. leprae*) ou bacilo de Hansen, um bacilo gram-positivo em forma de bastonete, álcool-ácido resistente, com grande preferência às células cutâneas e pelas células dos nervos periféricos, especialmente as células de *Schwann*. Sendo um parasita obrigatório pode se multiplicar dentro das células da pessoa infectada. Possui alta infecciosidade e baixa patogenicidade, por isso inúmeras pessoas são infectadas, mas poucas adoecem. Além disso, o bacilo tem alto poder imunogênico, que é responsável pelo seu potencial incapacitante (BRASIL, 2017b).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b), 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.

As Diretrizes para a Vigilância, Atenção e Eliminação da Hanseníase como problema de Saúde Pública, definem como caso de hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais: lesão (ões) e/ou área (s) da pele com alteração (térmica, sensitiva ou dolorosa); ou espessamento de nervo periférico associados à alterações (sensitivas, motoras ou autonômicas; ou presença de bacilos *M.leprae*, confirmada na baciloscopia (BRASIL, 2016).

No Brasil, a classificação dos casos de hanseníase baseia-se na de Madrid (1953), que considera como formas clínicas a Indeterminada (I), Tuberculóide (T), Dimorfa (D) e Virchowiana (V). E para fins operacionais e de tratamento, os casos podem ser classificados em Paucibacilares (casos com até cinco (5) lesões de pele) e multibacilares (casos com mais de cinco (5) lesões de pele) (BRASIL, 2017b).

O diagnóstico é essencialmente clínico e epidemiológico. Deve ser realizado por meio de análise da história e condições de vida do paciente, seguido do exame dermatoneurológico para que possa identificar as áreas de pele e/ou nervos afetados. Além disso, a baciloscopia do esfregaço intradérmico, deve ser utilizada, quando disponível, como exame complementar para a classificação operacional (BRASIL, 2017b)

O tratamento é preferencialmente ambulatorial, utilizando a poliquimioterapia (PQT), que é uma associação de rifampicina, dapsona e clofazimina, na apresentação de blíster que mata o bacilo e evita a evolução da doença. A transmissão da doença é interrompida ainda no início do tratamento, quebrando assim, a cadeia epidemiológica da doença e aumentando as chances de cura, se o tratamento for realizado de forma correta e completa (BRASIL, 2016; CUNHA, et al., 2018).

No Brasil as áreas de maior risco de adoecimento estão concentradas em Rondônia, Pará, Tocantins, Maranhão, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Em 2015 a taxa de detecção geral de casos novos foi de 14,07/100.000 e em 2017 foi de 12,94/100.000. Sendo que o Maranhão apresentou uma taxa de 51,27/100.000 e 44,34/100.000 nos anos de 2015 e 2017 respectivamente (BRASIL, 2015, 2017a).

O domicílio é um importante ambiente de transmissão da doença e a vigilância de contatos torna-se uma medida fundamental para o controle da doença e descoberta de casos novos entre aqueles que convivem ou conviveram com o doente sem tratamento. O Ministério da Saúde considera contato domiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com a pessoa com hanseníase; e contato social toda e qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações familiares ou não, de forma próxima e prolongada (BRASIL, 2017b).

A investigação epidemiológica de contatos consiste em submeter o contato ao exame dermatoneurológico e encaminhá-lo para vacinação BCG-ID caso não haja sinais e sintomas sugestivos da hanseníase, independente da forma operacional do caso índice. Deve-se avaliar a cicatriz vacinal de BCG e seguir as recomendações: na ausência de cicatriz ou com apenas uma cicatriz vacinal deve-se prescrever uma dose, com a presença de duas cicatrizes não deve prescrever nenhuma dose. Em contatos de hanseníase com menos de um ano de idade com história vacinal, não precisam da aplicação de outra dose (BRASIL, 2016).

Todos os contatos não doentes, quer sejam familiares ou sociais, devem ser avaliados anualmente durante cinco anos, 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).

Para Boigny *et al.* (2019), ausência de investigação de contatos pressupõe a perda de diagnósticos precoce, conseqüentemente mantendo a cadeia de

transmissão do bacilo, com influência determinante na incidência e prevalência da hanseníase.

Ramanholo, *et al.* (2018), observou em seu estudo uma baixa completude na realização da avaliação clínica dermatológica, mas sobretudo, a neurológica, que são essenciais para o diagnóstico da doença bem como a indicação da vacina BCG sem considerar a avaliação clínica, caracterizando uma falha operacional na vigilância dos contatos.

Um estudo realizado por Boigny, *et al.* (2019), reconheceu a elevada magnitude da ocorrência de sobreposição de casos de hanseníase em Redes de Contatos Domiciliares em diferentes cenários de endemicidade no Brasil, e revelou, ainda, situações claras de vulnerabilidade social entre as cadeias de transmissão da doença. Nessa perspectiva, outro estudo mostrou que a baixa escolaridade, idade e condições de moradia podem ser fatores de risco para o adoecimento por hanseníase entre os contatos intradomiciliares das formas multibacilares (CUNHA, *et al.*, 2018).

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 (MENDONÇA *et al.*, 2019).

A motivação pelo tema baseou-se na observação feita durante as práticas da disciplina de Doenças Transmissíveis, onde percebeu-se a existência de um período prolongado de tempo de convívio dos contatos com formas clínicas de elevado potencial de transmissão que possivelmente estavam sem tratamento. O que pode estar gerando um ciclo de disseminação, no qual o contágio do contato se torna fortemente favorável, influenciando diretamente no aumento do número de casos e conseqüentemente da prevalência entre contatos domiciliares.

o Maranhão é considerado um estado hiperendêmico por manter uma das maiores taxas de detecção de casos da doença no Brasil. O registro de formas multibacilares e de resistência da doença, reflete diagnóstico tardio, que associado ao caráter hiperendêmico fazem da hanseníase um sério e importante problema de saúde pública em nosso Estado.

Desta forma, os resultados obtidos na pesquisa poderão contribuir para a formulação e implementação de estratégias de controle desse grande problema de saúde pública no município.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Estudar a ocorrência de casos de hanseníase entre contatos de casos notificados em São Luís – MA no período de 2015 a 2017.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os contatos de casos de hanseníase quanto às variáveis sócio demográficas (sexo, idade, raça /cor, escolaridade);
- Estimar a prevalência de hanseníase entre contatos;
- Descrever os casos de hanseníase entre os contatos quanto à forma clínica, classificação operacional, modo de entrada e número de lesões.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Breve histórico da hanseníase

Também conhecida como lepra ou mal de Lázaro, antigamente a enfermidade era associada ao pecado, à impureza, à desonra. Por falta de um conhecimento específico, a hanseníase era muitas vezes confundida com outras doenças, principalmente as de pele e venéreas. Daí o preconceito em relação ao seu portador: a transmissão da doença pressupunha um contato corporal, muitas vezes de natureza sexual e, portanto, pecaminoso (TAVARES; MARQUES; LANA, 2015).

Narrativas religiosas associavam as marcas na carne aos desvios da alma: eram os sacerdotes, e não os médicos, que davam o diagnóstico. No Velho Testamento, o rei Uzziah foi punido por Deus com a doença, por ter realizado uma cerimônia exclusiva aos sacerdotes. Mesmo sendo rei, teve que ir morar numa casa isolada e não foi enterrado no cemitério dos soberanos. Já no Novo Testamento, é marcante o episódio em que Cristo “limpa” um leproso (BÍBLIA SAGRADA, 2009).

Somente em 1873, a bactéria causadora da moléstia foi identificada pelo norueguês Armauer Hansen, e as crenças de que a doença era hereditária, fruto do pecado ou castigo divino foram afastadas. Porém, o preconceito persistiu, e a exclusão social dos acometidos foi até mesmo reforçada pela teoria de que o confinamento dos doentes era o caminho para a extinção do mal (SOUZA, 2012).

No Brasil, até meados do século XX, os doentes eram obrigados a se isolar em leprosários e tinham seus pertences queimados, uma política que visava muito mais ao afastamento dos portadores do que a um tratamento efetivo. Apenas em 1962 a internação compulsória dos doentes deixou de ser regra (OPROMOLLA; LAURENT, 2011).

Quando não eram enviados para leprosários e excluídos da sociedade, os doentes não podiam entrar em igrejas, tinham que usar luvas e roupas especiais, carregar sinetas ou matracas que anunciassem sua presença e, para pedir esmolas, precisavam colocar um saco amarrado na ponta de uma longa vara. Não havia cura e ninguém queria um leproso por perto (TAVARES; MARQUES; LANA, 2015).

Esse estigma, porém, vai muito além da denominação. Associada ao pecado na Antiguidade, a hanseníase hoje evidencia desigualdades sociais, afetando

sobretudo as regiões mais carentes do mundo. Por isso, o preconceito persiste e muitas pessoas ainda acreditam que apenas os pobres adquirem a doença. No entanto, apesar de ser transmitida mais facilmente quando as condições sanitárias e de habitação não são adequadas, a hanseníase não escolhe, nem nunca escolheu, classe social (OPROMOLLA; LAURENT, 2011).

Os doentes de hanseníase eram proibidos de comerem ou dormirem com pessoas saudáveis. Durante algum tempo não lhes era permitido casarem-se com cônjuges que não fossem também doentes. Após a morte dos hansenianos, as suas casas, móveis e roupas eram queimados e seus filhos, se fossem saudáveis, ficavam em lugares cuidados pela comunidade local. Em muitos países, embora isto não tenha sido observado no Brasil, os doentes eram considerados mortos civilmente e não podiam pleitear justiça, contratar serviços, vender produtos e nem deixar herdeiros (EIDT, 2004).

Ainda de acordo com Eidt (2004), a endemia hanseniana evoluía há, aproximadamente, três séculos no Brasil e pouco ou quase nada havia sido feito para conter sua expansão. Foi Emílio Ribas que, no ano de 1912, durante o I Congresso Sul Americano de Dermatologia e Sifilografia do Rio, destacou a importância da notificação compulsória e de se tratar a hanseníase com rigor científico, além do “isolamento humanitário” em hospitais-colônias que não apenas abrigassem os doentes, mas, também, trabalhassem a questão da profilaxia, entre elas, afastar os filhos recém-nascidos saudáveis de seus pais doentes e dar-lhes assistência nos educandários ou preventórios. Este sanitarista aconselhava a ação conjunta do Estado, dos Municípios e da comunidade para resolver a questão da hanseníase em território brasileiro. Nesta época destaca-se o envolvimento de Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, e de Alfredo da Matta, no Amazonas.

O avanço das pesquisas comprovou que a hanseníase nem é uma doença tão contagiosa assim. Terapias foram desenvolvidas e, em 1981, a OMS passou a recomendar a poliquimioterapia. Em muitos países desenvolvidos, a hanseníase já foi erradicada (LYON; GROSSI, 2013).

Desde 1995, o tratamento é gratuitamente oferecido para os pacientes do mundo todo, e, nesse mesmo ano, no Brasil, o termo lepra e seus derivados foram

proibidos de serem empregados nos documentos oficiais da Administração, em uma tentativa de reduzir o estigma da doença (LYON; GROSSI, 2013).

No estado do Maranhão a hanseníase foi introduzida por colonos africanos e europeus. O médico Nina Rodrigues teve um importante papel ao nomear uma zona hanseniana que compreendia a região dos rios Pindaré, Grajaú, Mearim, Itapecuru e Munim, contribuindo ainda com a detecção de casos nas cidades de São Luís, Rosário, Anajatuba, Viana e São Luís Gonzaga (LEANDRO, 2009).

Em 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. O asilo funcionava atrás do cemitério do Gavião, no limite do perímetro urbano sul da capital, localizado próximo ao antigo matadouro de São Luís e era ali que se concentrava centenas de pessoas acometidas por hanseníase que, impedidos pela polícia de circular pelas ruas da capital, ficavam à mercê da caridade pública (LEANDRO, 2009).

Ainda de acordo com Leandro (2009), na década de 1930, após nova “moderna profilaxia”, foi inaugurada a colônia agrícola na Ponta do Bonfim, bem distante do centro da capital, onde tinha capacidade de abrigar mais de trezentos doentes. Atualmente neste mesmo local encontra-se o Hospital Aquiles Lisboa, referência no tratamento de hanseníase no estado.

Atualmente em nosso país, os doentes são tratados gratuitamente na rede pública. Entretanto ainda hoje, por diversos motivos, há dificuldade para a realização do diagnóstico de grande parte de portadores da doença e para a adesão deles ao tratamento (CASTRO; WATANABE, 2009).

3.2 Aspectos clínicos e epidemiológicos

A hanseníase é uma doença crônica infecciosa, de evolução lenta, curável, tendo o bacilo *Mycobacterium leprae* como agente etiológico, também chamado de bacilo de Hansen. O bacilo tem comprimento e largura de 1,5 a 8,0 micron e 0,2 a 0,5 micron, respectivamente, com morfologia em bastonete reto ou um pouco encurvado, tem característica tintorial álcool-ácido-resistente (BAAR) e retém fucsina na parede celular, sendo corado pela técnica de Ziehl-Neelsen, não sendo possível o cultivo em laboratório (SOUZA, 2012).

Apresenta um alto grau de infectividade e baixa patogenicidade, ou seja, infecta muitos indivíduos, no entanto poucos adoecem, pois a maioria apresenta resistência ao bacilo e tem a capacidade de destruí-lo. É capaz de causar sequelas graves e irreversíveis nos indivíduos de acordo com a capacidade de penetração do bacilo nas células nervosas e seu poder imunogênico (BRASIL, 2017b).

A doença se manifesta principalmente por sinais e sintomas dermatoneurológicos, tais como lesões de pele e nervos periféricos, especialmente nos olhos, mãos e pés, sendo o envolvimento dos nervos periféricos a principal característica da doença. Além disso, o indivíduo acometido está suscetível ao aparecimento de deficiências físicas que podem evoluir para deformidades e resultar em isolamento social, improdutividade no trabalho e outros problemas psicológicos (PIRES et al., 2012; BRASIL, 2013).

É definido como caso de hanseníase que necessita de tratamento quando um ou mais dos seguintes sinais são achados: lesão e/ou área de pele com alteração na sensibilidade, nervo periférico com espessamento e baciloscopia ou biópsia da pele com positividade para a presença de bacilos (BRASIL, 2016).

A transmissão se dá através das vias aéreas superiores, orofaringe e mucosa nasal. No entanto, para que a transmissão do bacilo ocorra se faz necessário um contato íntimo e prolongado com a pessoa doente não tratada, cenário que ocorre na convivência domiciliar (ROCHA et al., 2015).

O Ministério da Saúde utiliza a classificação clínica segundo definição no Congresso de Leprologia em Madri no ano de 1953, que classifica a hanseníase em:

- a) Indeterminada (I): é a forma primária da doença, a partir desta pode evoluir para outras formas. Apresenta-se com manchas hipocrômicas, únicas ou múltiplas, com distúrbios de sensibilidade e sem delimitação precisa. Esta forma não apresenta alteração nos nervos;
- b) Tuberculóide (T): caracteriza-se por manchas hipocrômicas na pele com limites precisos ou por lesões em formas de placas hipocrômicas, eritematosas, bem delimitadas, com distúrbio de sensibilidade tátil, térmica e dolorosa e queda de pelos nas áreas de lesão, pode haver comprometimento dos nervos. É o resultado da forma primária em pessoas que apresentam resistência ao bacilo.

- c) Virchowiana (V): caracterizada por lesões disseminadas na pele, eritematosas, múltiplas, simétricas, com infiltração difusa, não delimitadas. Podendo surgir tubérculos, nódulos, pápulas e hansenomas nas áreas de infiltração. À medida que a doença avança, pode apresentar infiltração nas orelhas, formando a chamada face leonina, madarose e manifestações sistêmicas como: comprometimento das mucosas, olhos, ossos, testículos, vísceras e perfuração do septo nasal. Pode haver perda de sensibilidade nas lesões e alterações nos nervos, mas são pouco evidentes. É o resultado da falta de resistência ao bacilo nos indivíduos infectados.
- d) Dimorfa (D): Apresenta características que oscilam entre manifestações das formas tuberculóide e virchowiana. Pode apresentar lesões infiltrativas mal delimitadas, com inúmeros bacilos a lesões na pele bem delimitadas, com pouco ou nenhum bacilo. Apresenta distúrbios na sensibilidade e comprometimento dos nervos frequentes e precoces (BRASIL, 2017b).

O diagnóstico da hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, feito por meio da avaliação da história e situação de vida do paciente e do exame dermatoneurológico (BRASIL, 2017b).

A baciloscopia do esfregaço intradérmico, diagnóstico laboratorial complementar, deve ser aplicado a classificação dos casos em paucibacilar e multibacilar e a positividade independe do critério do número de lesões, além disso, o resultado negativo do exame não exclui diagnóstico de hanseníase. O exame histopatológico também pode ser usado como exame complementar para elucidação diagnóstica, diferenciando a hanseníase histopatologicamente de outras patologias granulomatosas (BRITTON e LOCKWOOD, 2004; LYON e GROSSI, 2014).

Após o diagnóstico a pessoa com hanseníase deve iniciar o tratamento com a poliquimioterapia em regime ambulatorial, nos serviços de atenção primária, independente da forma clínica, devendo ser encaminhada para os serviços especializados ou hospital somente se houver alguma intercorrência clínica ou cirúrgica (BRASIL, 2017b; LYON e GROSSI, 2014).

O tratamento adequado do paciente é uma importante estratégia no controle da endemia, pois ele deixa de ser fonte de infecção assim que inicia o tratamento (BRASIL,2017b).

O Brasil vem se mantendo em segundo lugar mundial no número de casos novos de hanseníase diagnosticados anualmente, sendo superado apenas pela Índia. De acordo com a OMS (2017), 150 países contabilizaram 210.671 casos novos da doença, o que corresponde a 2,8 casos/100.000 habitantes. No Brasil, no mesmo ano, foram detectados 26.875 casos novos, o que expressa 12,9 casos/100.000 habitantes. Entretanto há uma heterogeneidade dos números nas regiões do país, sendo os estados do Mato Grosso, Tocantins, Maranhão, Pará e Piauí os que apresentam os maiores índices de casos da doença (OMS, 2016).

3.3 Políticas públicas para o controle da hanseníase

A hanseníase está intimamente relacionada aos padrões socioeconômicos de pobreza e ainda é um grave problema de saúde pública em vários países do mundo, inclusive no Brasil (BRASIL, 2017b). Por isso, 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).

A mesma foi incluída no grupo das doenças negligenciadas e outras relacionadas com a pobreza pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) 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. 2016).

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 de 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).

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

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

Com o intuito nacional de atingir a meta mundial de controle da hanseníase, o Ministério da Saúde criou em 2002 o Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das Ações para a Eliminação da Hanseníase, que reúne os gestores do Sistema Único de Saúde, os profissionais da saúde e diversos segmentos sociais. Em seguida em 2006, a Secretaria de Vigilância (SVS), elaborou um Plano Estratégico de eliminação da doença a nível municipal de 2006-2010, como a proposta de atingir baixos níveis endêmicos através de ações para o controle da doença em diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde e principalmente as ações da vigilância epidemiológica da hanseníase (BRASIL, 2016).

Com base no PNEH, foi criado o Programa de Controle da Hanseníase (PCH), que tem como objetivo: estabelecer ações articulados e integradas, tendo em vista a horizontalização e descentralização da assistência às pessoas que adoecem. O programa se estabelece através de cinco componentes: Vigilância Epidemiológica; Gestão; Atenção Integral; Comunicação e Educação; Pesquisa (BRASIL, 2016).

As principais ações do PCH de vigilância epidemiológica são: educação em saúde, diagnóstico precoce da doença, tratamento regular da PQT, orientação quanto a realização de autocuidado, detecção precoce e tratamento adequado das reações e neurites, apoio à manutenção da condição emocional e integração social e a vigilância e controle de contatos intradomiciliares; incluindo a aplicação da vacina BCG (BRASIL, 2016).

3.4 Controle de contatos

Contato intradomiciliar é qualquer indivíduo que tenha residido ou resida com o doente de hanseníase nos últimos cinco anos (BRASIL, 2017b). O manual lançado em 2016 pelo Ministério da Saúde com as Diretrizes para a 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 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 (pais, irmãos, avós, tios, etc.). Os contatos familiares recentes ou antigos de pacientes multibacilares ou paucibacilares devem ser examinados, independente do tempo de convívio (BRASIL, 2016).

As ações de vigilância de contatos são realizadas na Atenção Básica, sendo as atividades mais desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família (ESF) e devendo ser programadas e contínuas, com a finalidade de descobrir casos novos de hanseníase. A investigação epidemiológica de contatos consiste em submeter o contato ao exame dermatoneurológico e encaminhá-lo à vacinação BCG, caso não haja sinais e sintomas sugestivos de hanseníase, independente da forma operacional do caso índice (BRASIL, 2016).

Estudos apontam que a principal estratégia para redução da carga em hanseníase e alcance do controle da doença enquanto problema de saúde pública em nível nacional se dá necessariamente pela vigilância e abordagem qualificada de contatos de casos de hanseníase. Entretanto, a vigilância dos contatos tem sido pouco valorizada e até mesmo negligenciada nos serviços de saúde pública que desenvolvem as ações do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH); pois privilegia o espaço para controle da doença e doente, reelegendo a um plano secundário as ações de controle dos contatos (BRASIL, 2018; NETO et al., 2013).

Neto et al. (2013) afirmam que com doente tratado e contato controlado, poderá se avançar no controle e eliminação da hanseníase. No entanto, deixam claro que se devem intensificar as atividades de avaliação dos contatos, aumentando a frequência dessas ações, como estratégia para acompanhar a evolução desses indivíduos, e só

assim será possível extinguir focos ocultos, alimentadores do “iceberg epidemiológico” da endemia hansênica, contribuindo para controlá-los e interromper a cadeia epidemiológica.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa.

Este estudo é um subprojeto do projeto guarda-chuva intitulado “INTEGRAHANS MARANHÃO: abordagem integrada de aspectos clínicos, epidemiológicos (espaço- temporais), operacionais e psicossociais da hanseníase em um município hiperendêmico do Maranhão”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão – FAPEMA, EDITAL FAPEMA N. 31/2016-UNIVERSAL.

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de São Luís, capital do estado do Maranhão e que ocupa uma extensão de 1.097 km² e área de 835 Km². Sua população é composta por 1.014.837 habitantes, sendo 474.995 homens e 539.842 mulheres, dos quais 958.52 residentes em área urbana e 56.315 na área rural (IBGE, 2016).

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS, a rede de serviços de saúde do município conta com um quantitativo de 92 unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) conforme dados encontrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, das quais 54 possuem o Programa de Controle da Hanseníase – PCH. O município de São Luís está dividido em sete Distritos Sanitários: Bequimão, Centro, Cohab, Coroadinho, Itaqui Bacanga, Tirirical e Esperança (SEMUS, 2016).

4.3 População de Estudo

A população compreendeu todos os casos de hanseníase identificados e notificados a partir de exame de contato no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2015 a 2017 no município de São Luís.

4.4 Técnicas e Instrumentos da pesquisa

O estudo foi realizado no período de agosto de 2018 a julho de 2019, com coletas de dados no período de agosto de 2018 a julho de 2019.

Após levantamento bibliográfico sobre o tema junto a BIREME, PUBMED, SCIELO e outras bases de dados, foi realizada avaliação dos dados a partir do banco de dados, já construído, do projeto guarda-chuva "INTEGRAHANS MARANHÃO: abordagem integrada de aspectos clínicos, epidemiológicos (espaço-temporais), operacionais e psicossociais da hanseníase em município hiperendêmico do Maranhão. Inicialmente selecionou-se os casos e as variáveis de interesse (sexo, cor, idade, escolaridade, distrito sanitário de residência, forma clínica, classificação operacional, modo de entrada, número de lesões e grau de incapacidade) e posteriormente, procedeu-se a construção de outro banco numa planilha do Excel.

Inicialmente foi proposto o estudo dos anos de 2010 a 2017, não foram considerados para o estudo os anos de 2010 a 2014 devido à dificuldade em relação ao tempo para realização do estudo.

4.5 Análise dos dados

Os dados coletados foram analisados no programa EPI-INFO, versão 7 (CDC - Atlanta) a partir de estatística descritiva, considerando-se as frequências absolutas e percentuais. Os resultados foram apresentados em forma de tabelas e figuras.

A taxa da prevalência de hanseníase entre os contatos foi calculada por todos os anos agrupados, utilizando-se a seguinte fórmula: $\text{Número de casos de hanseníase entre contatos} \div \text{número de contatos examinados} \times 1000$, sendo expressa em número de casos/1000

4.6 Aspectos éticos e legais

Em atenção aos aspectos éticos, o estudo obedeceu às diretrizes da pesquisa envolvendo seres humanos descrita na Resolução CNS/MS nº 466/2012.

O projeto maior foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, parecer consubstanciado nº 2.508.780 (anexo 2)

O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Colegiado do Curso de enfermagem.

5 RESULTADOS

No período de 2015 a 2017 foram registrados 7553 contatos de casos de hanseníase e destes, 3915 (51,83%) foram examinados. Nesse mesmo período foram notificados 80 casos de hanseníase diagnosticado a partir do exame de contatos. A taxa de prevalência da hanseníase entre contatos foi de 20,43/1000.

Ao se analisar o perfil sociodemográfico dos casos em contatos, percebeu-se maiores frequências na faixa etária de 15 a 59 anos (55,00%), sexo feminino (58,75%), raça/cor parda (66,25%), escolaridade de ensino fundamental incompleto (43,75%) e procedentes da capital do estado (81,25%) (Tabela 1). A menor idade registrada foi de 3 anos e a maior de 76 anos.

Tabela 1. Casos de hanseníase notificados nos anos de 2015 a 2017, diagnosticados por exame de contato segundo características sociodemográficas. São Luís-MA, 2019.

VARIÁVEIS	N	%
Faixa etária		
00 a 14	28	35,00%
15 a 59	44	55,00%
60 e +	8	10,00%
Sexo		
Feminino	47	58,75%
Masculino	33	41,25%
Raça/cor		
Branca	12	15,00%
Preta	13	16,25%
Amarela	1	1,25%
Parda	53	66,25%
Não registrada	1	1,25%
Escolaridade		
Analfabeto	5	6,25%
Ensino Fundamental incompleto	35	43,75%
Ensino fundamental completo	4	5,00%
Ensino Médio incompleto	5	6,25%
Ensino Médio completo	21	26,25%
Educação superior incompleto	2	2,50%
Educação Superior completo	1	1,25%
Não se aplica	4	5,00%
Não registrado	3	3,75%
Município de residência		
Capital do estado	65	81,25%
Outros municípios da Ilha	9	11,25%
Outros municípios do estado	6	7,50%
TOTAL	80	100,00%

Quanto as características clínicas dos casos, verificou-se predomínio da forma dimorfa (62,50%) e maiores percentuais de casos com baciloscopia não realizada (47,50%), apresentando até cinco lesões de pele (82,50%), Grau de Incapacidade Física igual a 0 (66,25%) e sem nervos afetados (55,00%) (Tabela 2).

Tabela 2. Casos de hanseníase notificados nos anos de 2015 a 2017, diagnosticados por exame de contato segundo características clínicas. São Luís-MA, 2019.

VARIÁVEIS	N	%
Forma clínica		
Indeterminada	7	8,75%
Tuberculóide	17	21,25%
Dimorfa	50	62,50%
Virchowiana	4	5,00%
Não Classificada	2	2,50%
Baciloscopia		
Positiva	4	5,00%
Negativa	37	46,25%
Não Realizada	38	47,50%
Não registrada	1	1,25%
Número de Lesões		
Até 5 lesões	66	82,50%
6 a 10 lesões	12	15,00%
+ de 10 lesões	2	2,50%
Grau de incapacidade no início do tratamento		
Grau 0	53	66,25%
Grau 1	20	25,00%
Grau 2	1	1,25%
Não avaliado	5	6,25%
Não registrado	1	1,25%
Nervos afetados		
0 a 3	68	85,00%
4 a 7	10	12,50%
Mais de 7	1	1,25%
Não registrado	1	1,25%
TOTAL	80	100,00%

Na figura 1 demonstra-se os casos de hanseníase diagnosticados por exame de contato segundo ano de notificação. Dos 80 casos registrados durante o período da pesquisa foram 27,50% em 2015, 30,00% em 2016 e em 2017 (42,50%).

Na figura 2 são apresentados os casos de hanseníase notificados nos anos de 2015 a 2017, diagnosticados por exame de contato segundo forma clínica por faixa etária. Verificou-se, na faixa etária de 00 a 06 anos que a maior frequência foi da Tuberculóide, apresentando ainda a formas Dimorfa e Virchowiana. A Dimorfa apresentou maior frequência nas faixas etárias de 07 a 14 anos e de 15 a 59 anos, e, predominou na faixa de 60 anos e mais.

Na figura 3 são demonstrados os casos segundo grau de incapacidade por faixa etária. O Grau 0 foi mais frequente nas faixas etárias de 00 a 06 anos (75,00%), Grau 1 nas faixa etária de 60 anos e mais (62,50%) e apresentaram Grau 2 apenas a faixa etária de 15 a 59 anos (2,33%). As maiores frequências de Não Avaliado foi de: 00 a 06 anos e 60 anos e mais (25,00%).

Entre os 65 casos procedentes da capital do estado, 20,00% eram do distrito da Cohab, 6,15% do Itaquí Bacanga, 16,92% do Coroadinho, 6,15% do Vila Esperança, 16,00% do Bequimão e 36,00% do Tirirical (Figura 4).

Figura 1. Casos de hanseníase diagnosticados por exame de contato segundo ano de notificação. São Luís-MA, 2019.

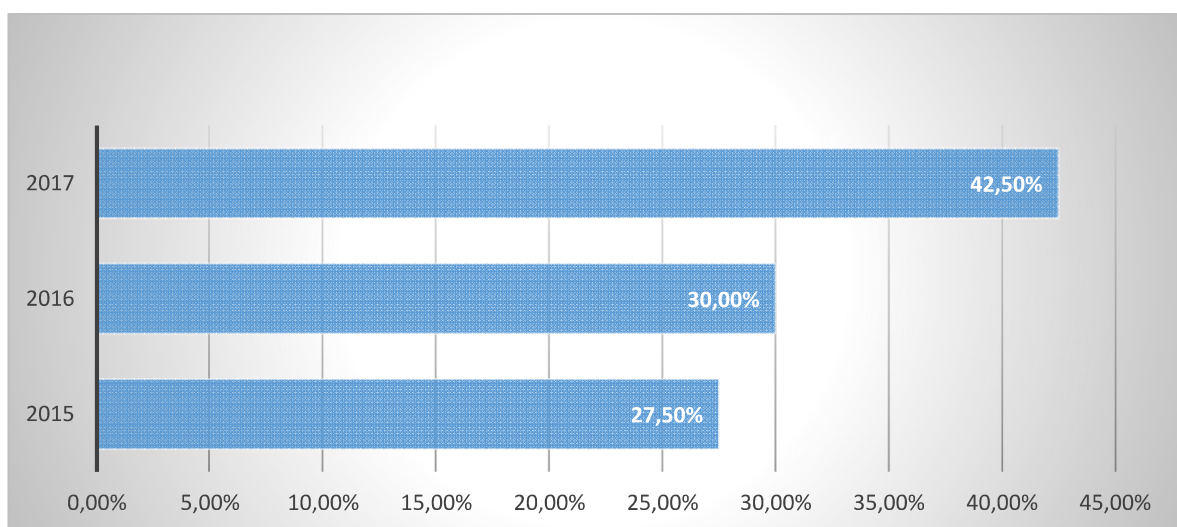


Figura 2. Casos de hanseníase notificados nos anos de 2015 a 2017, diagnosticados por exame de contato segundo forma clínica por faixa etária. São Luís-MA, 2019.

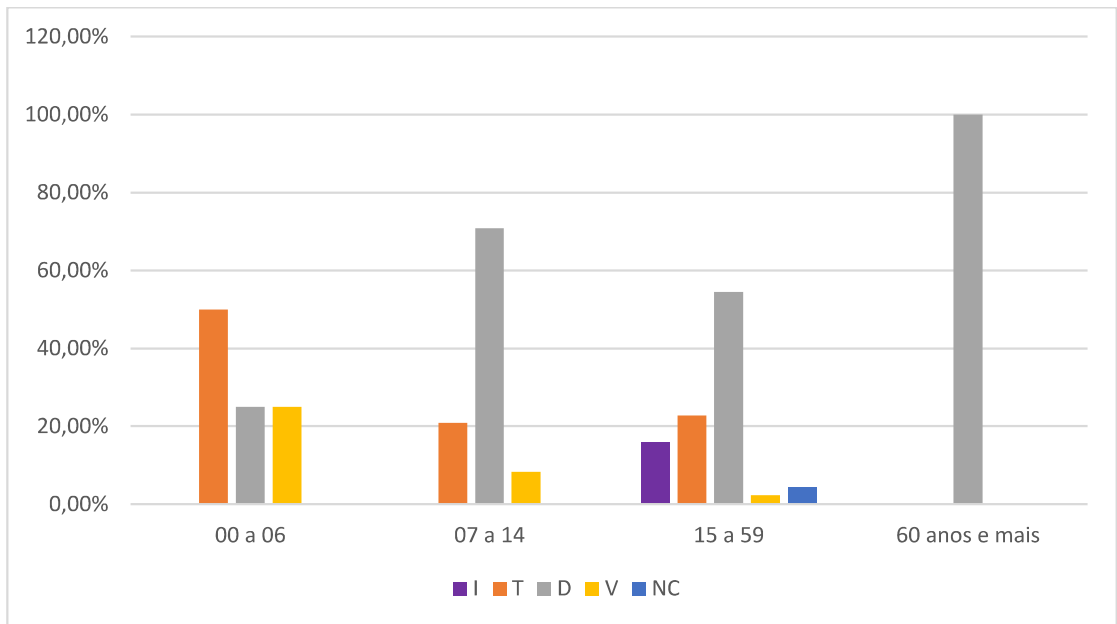


Figura 3. Casos de hanseníase notificados nos anos de 2015 a 2017, diagnosticados por exame de contato segundo grau de incapacidade por faixa etária. São Luís-MA, 2019.

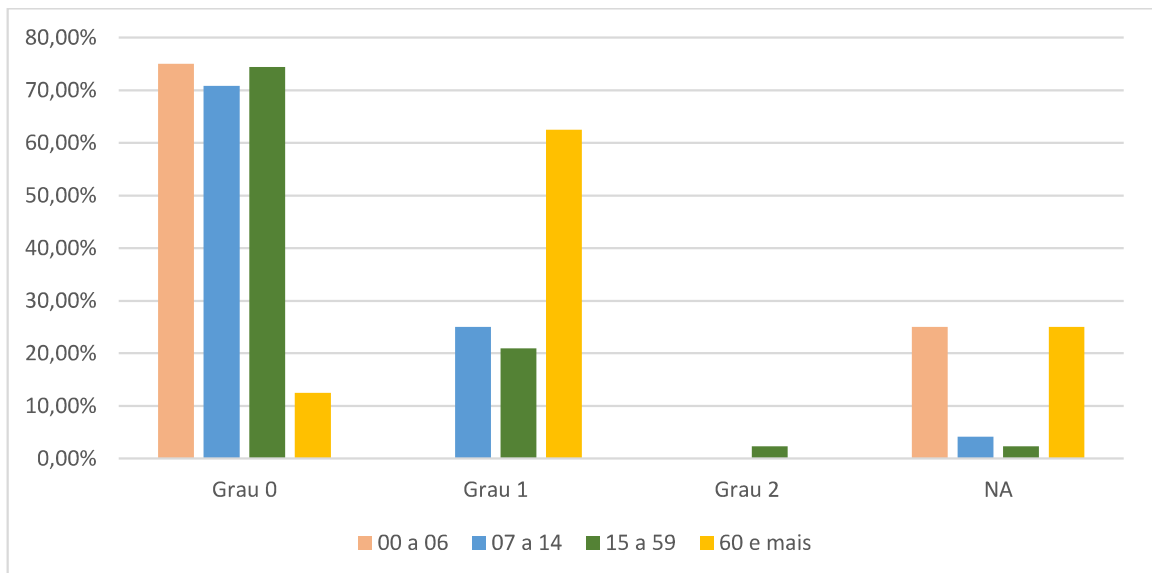
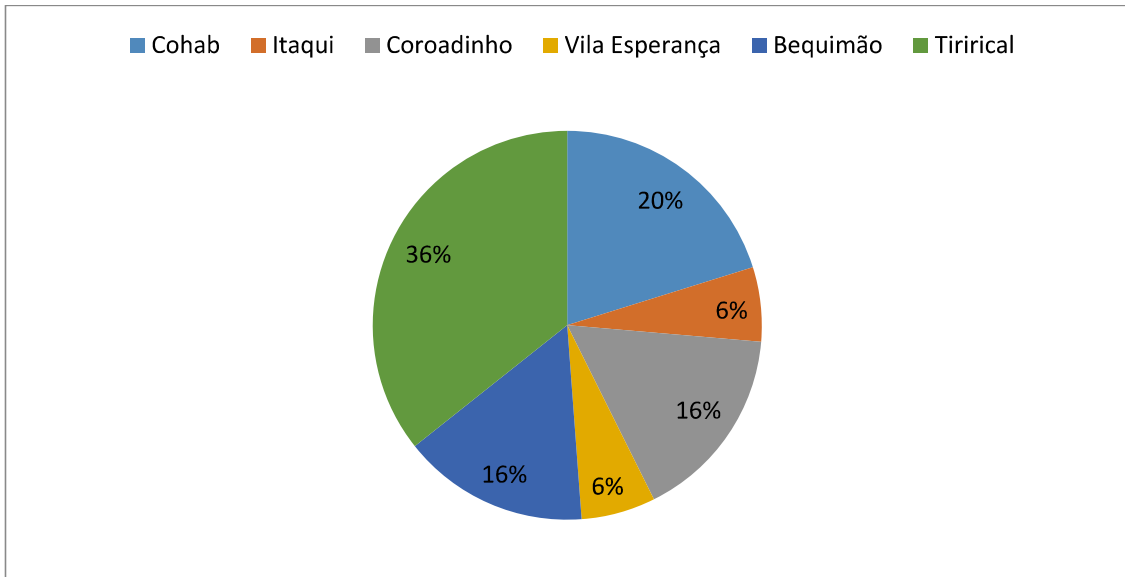


Figura 4. Casos de hanseníase em diagnosticados por exame de contato em residentes no Município de São Luís, segundo distrito sanitário. São Luís-MA, 2019.



6 DISCUSSÃO

Estudos apontam que a principal estratégia para redução da carga em hanseníase e alcance do controle da doença enquanto problema de saúde pública em nível nacional se dá necessariamente pela vigilância e abordagem qualificada de contatos de casos de hanseníase (BRASIL, 2018; DURÃES et al., 2010; LIMA et al., 2014; RAMOS et al., 2014; SMITCHE & AERTS, 2014). Para Neto et al. (2013), a vigilância dos contatos tem sido pouco valorizada e até mesmo negligenciada nos serviços de saúde pública que desenvolvem as ações do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), pois privilegia o espaço para controle da doença e doente, relegando a um plano secundário as ações de controle dos contatos.

Este estudo permitiu identificar dificuldade operacional dos serviços de saúde do município estudado para realizar a vigilância dos contatos domiciliares dos casos de hanseníase diagnosticados no período de 2015 a 2017, pois dos 7553 contatos de casos de hanseníase registrados, apenas 3915 (51,83%) foram examinados, valor acima do apresentado no estudo de Peixoto e cols (2011) em São Luís – MA com 38,4% dos contatos examinados. Esse fator incita preocupação tendo em vista que os contatos domiciliares são considerados grupos com alto risco de adoecer.

Foi identificado neste estudo uma taxa de prevalência de 20,43% de contatos com diagnóstico de hanseníase o que se assemelha ao estudo de Durães e Cols (2005) em estudo realizado no Rio de Janeiro onde a taxa de prevalência foi de 21,65% de contatos doentes. Esses resultados foram superiores aos encontrados por estudos realizados por Peixoto e Cols (2011) em São Luís com 4,9% de contatos com a doença, e também, da pesquisa realizada por Matos (2011) em Vitória-ES, onde a taxa de prevalência da doença foi de apenas 1,65% dos contatos examinados. Outros autores, em estudos de acompanhamento dos contatos por período de 5 anos, relataram valores inferiores aos encontrados nessa pesquisa, onde Souza e Cols (2011), Goulart e Cols (2008) e Matos (2000) apresentaram apenas 1,9%, 2,0% e 3,4% respectivamente em grupos de 2776, 1396 e 670 contatos cada estudo.

No Brasil, no período de 2012 a 2016, 77% dos contatos dos casos novos de hanseníase diagnosticados no país foram avaliados, e, entre as regiões, o Nordeste obteve percentual mais baixo (71,8%). Na comparação entre os sexos, não se observaram grandes diferenças entre os contatos examinados: foram examinados

77,7% dos contatos dos casos de hanseníase registrados em homens e 76,2% dos casos registrados em mulheres (BRASIL, 2018).

Os resultados da pesquisa em relação ao sexo demonstraram que os maiores percentuais (58,75%) são do sexo feminino. Esses dados se assemelham ao estudo de Oliveira (2014), onde a autora relata através de um estudo em Maracaçumé-MA, que o percentual maior (52,7%) de contatos era do sexo feminino. Já em outros estudos, a porcentagem maior foi do sexo masculino (61%) (FERREIRA; MORRAYNE, 2013), o que pode estar relacionada ao fato de a população de São Luís ser constituída em sua maioria por mulheres (IBGE, 2010).

O maior percentual de mulheres pode ser explicado por haver maior preocupação com o corpo e estética entre estas do que entre os homens, e, também pela facilidade de acesso das mulheres as unidades de saúde em função de prioridades que têm origem em outros programas, como a atenção à saúde materna (pré-natal, planejamento familiar), que proporcionam contatos com atendimento de saúde (SOUZA et al., 2018a). Também se relaciona como fator importante à mudança na participação das mulheres no mercado de trabalho, levando a uma maior exposição destas à comunidade e a um aumento de suas possibilidades de contato com portadores da doença. Assim, estes resultados também apontam para uma expansão da endemia. Caso os homens tivessem a mesma procura aos serviços de saúde que as mulheres, possivelmente haveria percentuais iguais de distribuição (LANA, 2015). As desigualdades de gênero apresentam forte influência no processo saúde-doença-cuidado, sendo que os homens se tornam mais vulneráveis ao adoecimento e a formas mais graves, não apenas pela forma de viver a sua masculinidade, mas também à inadequação dos serviços de saúde na identificação e atendimento de suas necessidades específicas de saúde (SOUZA et al., 2018b). Desde 2008, o Brasil tem buscado instituir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, com o objetivo de promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais, políticos e econômicos (BRASIL, 2008). No entanto, as políticas públicas e as práticas de saúde no interior dos serviços são, muitas vezes, divergentes. Além disso, mais do que a medicalização do corpo masculino, torna-se crucial a politização e sensibilização do homem, despertando a consciência das dimensões de vulnerabilidade existentes. Da mesma forma, torna-se estratégico reconhecer a

diversidade e as especificidades da saúde do homem por parte dos gestores e profissionais de saúde, ampliando a visibilidade desta população nos serviços de saúde, incluindo necessariamente a atenção primária (SOUZA et al., 2018b).

O documento relativo à estratégia global para a hanseníase no período de 2016-2020, publicado pela OMS, orienta para a priorização das ações voltadas para as mulheres e para as crianças. (OMS, 2016).

As diferenças nos percentuais entre homens e mulheres apontam para a necessidade de estratégias diferenciadas, que contemplem a diversidade do panorama da hanseníase no país. Apesar dos avanços ao longo dos últimos anos, é necessário garantir a melhoria dos serviços de saúde, principalmente no que tange à atenção básica, com ampliação da descentralização das ações como estratégia fundamental para se reduzir a carga da doença, principalmente nas áreas com maior concentração de casos. Nesse aspecto, é mister priorizar ações de educação em saúde, vigilância de contatos, qualificação do diagnóstico, prevenção e tratamento de incapacidades, com enfoque diferenciado para homens e mulheres.

O presente estudo identificou que 30,00% dos casos de hanseníase diagnosticados por exame de contatos estão em menores de 15 anos, reafirmando o desafio das organizações políticas e de saúde para o controle efetivo da doença. De acordo com Silva et al. (2015), 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.

De acordo com Pires et al. (2014), a hanseníase pode acometer todas as faixas etárias. 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 informação da doença (BRASIL, 2018).

A alta endemicidade da hanseníase possibilita múltiplas exposições da população ao bacilo, inclusive nos primeiros anos de vida. A detecção de casos novos em contatos jovens, e, principalmente, em menores de 15 anos de idade tem relação

direta com o foco de transmissão ativa (SANTOS et al., 2019). A detecção de hanseníase em crianças é considerada um indicador de prevalência da doença na população geral e essa detecção é importante para determinar o nível de transmissão (BRASIL, 2008). O município de estudo é hiperendêmico para a doença, no período da pesquisa foram detectados casos em menores de 15 anos (35%), contudo vale ressaltar que 55% dos contatos doentes tinham idade entre 15 e 49 anos.

Os maiores percentuais na faixa de 15 a 49 anos dos contatos doentes poderia ser explicada, de acordo com o (IBGE, 2010), pelo fato de a população ludovicense ser uma população jovem e como relatam Durães e cols (2010), a idade de adoecimento por hanseníase se situar numa faixa etária mais elevada, devido à cobertura da vacinação BCG ou a características específicas da doença e da endemia na região em estudo.

Como a maioria dos contatos doentes era de adulto jovem em idade produtiva, infere-se que a exposição desses indivíduos pode ter ocorrido na adolescência e início da fase adulta, uma vez que o período de incubação é longo. Alguns autores apresentam diferentes períodos de incubação, Chin (2002) informa um período de nove meses a 20 anos, Brasil (2008) de dois a sete anos e Margarido e Rivitti (2006), Dessunti e cols (2008) de 3 a 5 anos.

Em relação à escolaridade dos contatos os maiores percentuais foram de ensino fundamental incompleto (43,75%) e 6,25% eram analfabetos. A população pesquisada por Carvalho (2012) na microrregião de Almenara no Estado de Minas Gerais obteve percentuais semelhantes ao de nossa pesquisa, onde os maiores percentuais tinha ensino fundamental incompleto (48,2%) e 9,0% eram analfabetos

A pouca escolaridade interfere de forma direta na dificuldade de compreender as informações divulgadas acerca da hanseníase, refletindo inclusive em grande número de desempregados e trabalhadores autônomos, implicando renda mensal baixa, que são fatores associados à falta e abandono da poliquimioterapia (SANTOS et al.,2019).

Com relação à classificação operacional houve predomínio da classificação operacional multibacilar (70,0%) e forma clínica dimorfa entre os contatos com

hanseníase apresentando a percentagem 62,5%. Estes resultados assemelham-se ao relatado por Peixoto e cols (2011) no mesmo município de estudo e diverge dos resultados encontrados por Goulart e cols (2008), e Lobo e cols (2011) onde a maioria dos contatos com hanseníase era paucibacilar. O acompanhamento sistemáticos dos contatos por 5 (cinco) anos, nesses dois últimos estudos, pode ter propiciado a identificação de contatos doentes no início do desenvolvimento da doença, refletindo na acentuada frequência de casos paucibacilares. Sabemos que há um risco maior de transmissão da hanseníase no espaço domiciliar em relação à população geral, chegando a ser 14 vezes maior entre contatos intradomiciliares de casos multibacilares e aproximadamente duas vezes maior entre contatos de casos paucibacilares (ANDRADE; GROSSI, 2008; SMITCHE; AERTS, 2014). É estratégico, portanto, o alcance de boa cobertura e qualidade das ações voltadas para o exame de contatos, a fim de reduzir a carga da doença. Uma vez diagnosticados casos da doença, os serviços de saúde deveriam empreender todos os esforços necessários para a garantia de atenção integral à saúde dentro da longitudinalidade do cuidado, com vistas ao alcance de objetivos que vão além da cura microbiológica da infecção.

Em relação à classificação clínica, de acordo com Souza (2012) é desejável descobrir o maior número de casos na forma clínica indeterminada, pois apresentam um melhor prognóstico. Contudo, houve baixa proporção desta forma clínica da doença (8,75%), e segundo Silva et al. (2015) estes resultados podem estar relacionados a atrasos no diagnóstico, provavelmente porque os centros de atenção primária falham na detecção de casos no início da doença. No presente estudo a forma dimorfa foi a mais frequente (62,50%), discordando do que foi encontrado por Souza e Rodrigues (2015), em pesquisa realizada no estado da Bahia, no qual a forma tuberculóide representa 30,7% dos diagnósticos. A forma dimorfa acomete pessoas com instabilidade imunológica contra o bacilo, constituindo tais indivíduos um grupo mais sujeito às reações hansênicas, que são uma das principais causas de surgimento de incapacidades físicas em hanseníase (TALHARI, 2014).

Na forma clínica por faixa etária este estudo demonstrou que os indivíduos na faixa etária de zero a sete anos (50%) foram diagnosticados com a forma Tuberculóide da doença que é o resultado da forma primária em pessoas que apresentam resistência ao bacilo. Nesta mesma faixa etária houve 25% de casos da forma clínica Virchowiana e 25% da Dimorfa. A ocorrência da hanseníase em crianças, mesmo

após introdução da poliquimioterapia no país nos anos 1991, reafirma a manutenção de focos ativos de transmissão, com exposição precoce ao *Mycobacterium leprae* (CABRAL; CHIARAVALLOTTI; BARROZO, 2014). Como possíveis explicações para essa situação inserem-se a dificuldade para o diagnóstico clínico, que se acentua nesse período da vida, o estigma relacionado à doença e a fragilidade do processo de promoção e educação em saúde nos territórios (LANA et al., 2007). Estudo realizado em Fortaleza, município com expressiva detecção de casos em crianças, concluiu que as unidades básicas de saúde não apresentam desempenho satisfatório para o diagnóstico nessa população (ALENCAR et al., 2012). Pesquisa semelhante na região do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, evidenciou atuação limitada dos serviços de saúde, que estariam apenas recebendo passivamente a demanda que chega aos serviços, sem estratégias de busca ativa (LANA et al., 2007), favorecendo o diagnóstico de formas mais avançadas e graves da doença.

Houve uma maior frequência da forma tuberculóide (50%) na faixa etária de zero a sete anos, semelhante estudos realizados por Souza, Rocha e Lima (2015) na Bahia que correspondeu a 62,1% dos casos em menores de 15 anos. Para Luna, Moura e Vieira (2013), a presença da forma tuberculóide significa um indicador epidemiológico importante da tendência crescente da hanseníase, caracterizando-se como uma forma de resistência.

Os graus de incapacidade no início do tratamento 0 (zero) e 1 (um) predominaram entre os contatos doentes e tiveram a percentagem de 66,2% e 25% respectivamente. Lastória e Putinatti (2004) obtiveram em pesquisa de busca ativa, resultado em desacordo com o encontrado em nosso estudo, apresentando a totalidade dos casos com grau de incapacidade 0 (zero) (100,0%), onde parte dos participantes era de contatos de casos novos. No entanto, como os resultados dos graus de incapacidade foram detectados no momento do diagnóstico, provavelmente evoluirão para outros graus (SANTOS et al., 2018).

Em relação aos casos de hanseníase diagnosticados por exame de contatos por distrito sanitário, os distritos de Tirirical e Cohab apresentaram as maiores porcentagens de taxa de detecção de novos casos entre contatos, 36% e 20% respectivamente. O que pode ser justificado por estes dois distritos apresentarem maiores números de contatos cadastrados.

Os resultados desta pesquisa reforçam a necessidade de uma detecção mais precoce possível e de um tratamento apropriado, o que irá possibilitar menor exposição do contato intradomiciliar, principalmente nos casos das formas bacilíferas da doença.

.

7 CONCLUSÃO

O estudo permitiu avaliar a situação dos contatos intradomiciliares de casos de hanseníase no município de São Luís, no Maranhão, referente aos anos de 2015 a 2017, apresentando dados que podem subsidiar o aprimoramento das ações dos profissionais de saúde aos contatos de pacientes com hanseníase.

Os resultados clínicos-epidemiológico dos contatos demonstram que a maioria dos contatos era do sexo feminino, de uma faixa etária jovem (15 a 59 anos). Quanto à forma clínica a dimorfa e o tipo multibacilar tiveram maior predominância entre a população. E os distritos sanitários que tiveram mais casos de hanseníase em contatos, foram o distrito do Tirirical e Cohab.

A taxa de prevalência da hanseníase entre os contatos nos anos de 2015 a 2017 foi de 20,43/1000, evidenciando que se a busca ativa dos contatos intradomiciliares for pontual, maiores percentuais serão identificados.

A maioria dos contatos não foi examinada pelo Programa de Controle da Hanseníase, evidenciando uma necessidade de reforçar as ações da vigilância de contatos nos PCH no município.

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

Diante das dificuldades para o alcance das metas globais, deve-se avaliar que ainda vivemos em um modelo biomédico e hospitalocêntrico de saúde, com foco na doença. Assim, para o tratamento da hanseníase, além da poliquimioterapia, faz-se necessário usar novos métodos que atendam às demandas da sociedade no que diz respeito à promoção e prevenção da saúde. Para isso, o indivíduo, família e comunidade devem estar inseridos no combate à disseminação da doença e assim fortalecer os vínculos entre a unidade de saúde e a comunidade, e ainda, o profissional deve conscientizar-se do seu papel de educador em saúde.

. Diante do exposto, cabe a reflexão de que é de suma importância reduzir as fragilidades na vigilância epidemiológica dos contatos para atingir o controle da doença no cenário de endemicidade que o município está inserido. Para Goes et al.

(2018) a melhoria no planejamento dos programas de controle da hanseníase, como horário de funcionamento das unidades flexíveis e outros tipos de estratégias de educação em saúde, contribuiria para aumentar essa procura dos contatos, com isso o aumento das taxas de detecção de novos casos da doença. Além da contribuição para a área de conhecimento da pesquisa, espera-se que este estudo possa estimular discussões entre os gestores, representantes sociais e equipes de saúde do município para que sejam alcançadas novas metas para o controle de contatos e futura eliminação da hanseníase no município

Por fim, o estudo substância que existe uma necessidade de fortificação de ações de vigilância de contatos que possibilite o diagnóstico precoce na população, bem como a intensificação da educação popular em saúde. Desta maneira, sugere-se ao Programa de Controle da Hanseníase no município: uma intensificação das ações educativas, por meio de Blitz educativa, mutirões, mídias, divulgando informações sobre a doença, transmissibilidade, período de incubação especialmente entre contatos; fortalecer as ações de busca ativa dos contatos, bem como o acompanhamento dos contatos, visando melhor completude e fidedignidade das informações e intensificar a capacitação e educação permanente de todos os profissionais da saúde, com enfoque no exame dos contatos e registro dos dados.

REFERÊNCIAS

ALENCAR C.H, RAMOS JR A.N, BARBOSA J.C, KERR L.R, OLIVEIRA M.L, HEUKELBACH J. Persisting leprosy transmission despite increased control measures in an endemic cluster in Brazil: the unfinished agenda. **Lepr Rev.** 2012

ANDRADE AR, GROSSI MA, BUHRER-SEKULA S, ANTUNES CM. Seroprevalence of ML Flow test in leprosy contacts from State of Minas Gerais, Brazil. **Rev Soc Bras Med Trop** 2008; 41:56-9.

BÍBLIA SAGRADA. Traduzida em Português por João Ferreira de Almeida. Revista e Atualizada no Brasil. 2ª ed. Barueri-SP: Sociedade Bíblica do Brasil, 2009. 1664p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.125 de 7 de outubro de 2010. Aprova as Diretrizes para a Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil.** Brasília, 2010. Seção 1.p.55.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase, Estados.** Brasil. 2015.

BRASIL Ministério da Saúde. Diretrizes para a vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico operacional. **Secretarias de vigilância em saúde.** Departamento de vigilância de doenças transmissíveis. Brasília. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Percentual de contatos de casos novos de hanseníase** examinados entre os registrados nos anos das coortes Estados e regiões do Brasil, 2000 a 2016. Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hanseníase. **Guia de Vigilância em Saúde:** volume 1. 1 ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hanseníase. **Boletim epidemiológico** [Internet].;49(4):1-12

BOIGNY, R.N *et al.* Persistência da hanseníase em redes de contatos domiciliar : sobreposição de casos e vulnerabilidade em regiões endêmicas no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** 35 (2) fev 2019.

BRITO, K.K. GONÇALVES *et al.* Práticas e limitações de clientes com hanseníase no cuidar das lesões cutâneas. **Revista de Enfermagem**. Recife. V. 8. N. 1. P.16-21. Jan 2014. Acesso em 19 de Janeiro de 2019.

BRITTON, W.J; LOCKWOOD, D.N.J. Leprosy. **The Lancet**. 2004. V. 363, p.1209-1219.

CABRAL M.W, CHIARAVALLLOTI NETO F, BARROZO LV. Socio-economic and environmental effects influencing the development of leprosy in Bahia, north-eastern Brazil. **Trop Med Int Health**. 2014;19(12):1504-14.

CUNHA, M.H.C.M. *et al.* Fatores de risco em contatos intradomiciliares de pacientes com hanseníase utilizando variáveis clínicas, sociodemográficas e laboratoriais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2018. 71 (1):163-9.

DURÃES, S.M.B. e cols. 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.

EIDT, L.M. Breve história da hanseníase: sua expansão no mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 76-88, Ago. 2004.

FERREIRA, I.L.C.N.S; FERREIRA, I.N; MORRAYNE, M.A. Os contatos de portadores de hanseníase em Paracatu (MG): Perfil, conhecimentos e percepções. **Hansenologia Internationalis**. (Online). 2013.v.37, n.1, p.35-44,

GOES, F.S. et al. Coprevalência de hanseníase em contatos com idade entre 5 a 15 anos no nordeste brasileiro. **Rev. Baiana Enferm**. 2018; 32:e26100.

GOULART, I.M. e cols. Risk and protective factors for leprosy development determined by epidemiological surveillance of household contacts. **Clin Vaccine Immunol** 15: 101-105. 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades, São Luís, IBGE.** 2016. Acesso em 21 de Janeiro de 2019. Disponível em: <https://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=211130&search.co moletas>.

LANA F.C.F, AMARAL E.P, LANZA F.M, LIMA P.L, CARVALHO A.C.N, DINIZ L.G. Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Enferm.** 2007;60(6):696-700.

LANA, F.C.F, TAVARES, A.P,N.; MARQUES, R.C.;. Space occupation and its relationship to the progression of leprosy in the Northeast of Minas Gerais, Brazil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n-2, p.691-702, jun. 2015.

LASTÓRIA, J.C.; PUTINATTI, M.S.M.A. Utilização de busca ativa de hanseníase: relato de uma experiência de abordagem na detecção de casos novos. **Hansen Int** 2004, 29(1): 6-11.

LEANDRO, J.A. A hanseníase no Maranhão na década de 1930: rumo à Colônia do Bonfim. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 2009.

LIMA, T.D.V. **Hanseníase na população escolar de um município hiperendêmico do Maranhão.** 68f. dissertação (Mestrado em Saúde do Adulto e da Criança). Programa de Pós-graduação em Saúde do Adulto e da Criança, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2014.

LOBO e cols. Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase através de exame de contato no município de Campos dos Goytacazes, RJ. **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, 2011 jul-ago;9(4):283-7.

LUNA, I.C.F; MOURA, L.T.R; VIEIRA, M.C. Clinical epidemiological profile of leprosy in children under 15 years in the city of Juazeiro- BA.Rev. Bras. Promoc. Saúde, Fortaleza, v.26, n.2, p.208-215, RJ. **Rev. Bras. Clín. Med.** abr/jun. 2013.

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

MATOS, B.Mde. **Avaliação Epidemiológica dos Contatos de Hansenianos Tratados na Unidade de Saúde de Maruípe entre 2005 e 2010**. Monografia (Bacharel Fisioterapia). Faculdade Estácio de Sá – Vitória- ES. 2011. 48p.

MENDONÇA, M. A; ANDRADRE, Y.N.L., et al. Perfil epidemiológico dos contatos intradomiciliares de casos de hanseníase em capital hiperendêmica do Brasil. **Rev.Pesqui.Cuid.Fundam.(online)**;11(4):873-879, jul.-set. 2019.

MONTEIRO, L.O. et al. Leprosy trends in Tocantins, a hyperendemic State in the North of Brazil, 2001-2012. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n-5, p.971-980, maio 2015.

MONTEIRO, T.B.M. et al. Aspectos clínicos e sociodemográficos dos contatos domiciliares de casos de hanseníase. *Rev. Enferm. UFPE (online)*, Recife, 12(3):635-41, mar., 2018.

MOURA, T.H.M de M, et al. Controle dos contatos intradomiciliares de hanseníase em equipes de saúde da família. **Rev. APS**. 2012 abr/jun; 15(2):139-147.

NETO JMP, CARVALHO HT, CUNHA LES, et al. Análise do controle dos contatos intradomiciliares de pessoas atingidas pela hanseníase no Brasil e no estado de São Paulo de 1991 a 2012. **Hansen Int**. 2013.

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, 80 p.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Estratégia mundial de eliminação da lepra 2016-2020: Acelerar a ação para um mundo sem lepra**. Brasil, 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

PEIXOTO, B.K.S. e cols. Aspectos epidemiológicos dos contatos de hanseníase no Município de São Luís-MA. **Hansen Int**, 2011; 36(1), p. 23-30.

PIRES, C.A.A. et al. Leprosy in children under 15 years: the importance of early diagnosis. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v.30, n-2, p.292-295, 2011.

RAMANHOLO, Helizandra Simoneti Bianchini, *et al.* Vigilância de contatos intradomiciliares de hanseníase: perspectiva do usuário em município hiperendêmico. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2018. 71 (1):163-9.

ROCHA, M.C.N. et al. Deaths with leprosy as the underlying cause recorded in Brazil: use of data base linkage to enhance information. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n-4, p. 1017-1026, abr.2015.

SANTOS, G.R.B. et al. Prevalência de hanseníase em São Luís-Maranhão entre os anos de 2013 a 2015. **J.nurs.health**. 2018

SANTOS, K.C.B. et al. Estratégias de controle e vigilância de contatos de hanseníase: revisão integrativa. *Rev. Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v.43. n.121, p.576-591, ABR-JUN, 2019.

SESMA. Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão. Superintendência de Epidemiologia e controle de doenças. Programa de Controle da hanseníase. **Relatório da Secretaria de Estado da Saúde**, São Luís, 2015.

SEMUS. Secretaria Municipal de Saúde. **Guia de Distritos**. Prefeitura de São Luís, 2016. Acesso em 23 de Janeiro de 2019. Disponível em: https://www.saoluis.ma.gov.br/subportal_subpagina.asp?site=1265.

SILVA, A.R. et al. **Controle de doenças infecciosas e parasitárias**. São Luís: UFMA/SVS/MS/SES/SEMUS, 2015.

SINAN/SVS/MS. **Registro ativo**: número e percentual casos novos de hanseníase: número, coeficiente e percentual, faixa etária, classificação operacional, sexo, grau de incapacidade, contatos examinados, por estados e regiões, Brasil, 2015.

SMITCH, W.C; AERTS, A. Role of contact tracing and prevention strategies in the interruption of leprosy transmission. **Lepr. Rev.** 2014 Mar; 85(1):2-17.

SOUZA, L.R. Condicionantes sociais na delimitação de espaços endêmicos de hanseníase, 327f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva)- Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, 2012.

SOUZA E.A., FERREIRA A.F., BOIGNY R.N., ALENCAR C.H., HEUKELBACH J., MARTINS M.F.R., et al. Vulnerabilidade programática no controle da hanseníase: padrões na perspectiva de gênero no estado da Bahia, Brasil. **Cad.Saúde Pública**. 2018a.

SOUZA E.A., FERREIRA A.F., BOIGNY R.N., ALENCAR C.H., HEUKELBACH J., MARTINS M.F.R., et al. Hanseníase e gênero no Brasil: tendências em área endêmica da região Nordeste, 2001-2014. **Rev Saude Publica**. 2018b.

ANEXOS

ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO EXPEDIDO PELO CEP



UFMA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.508.780

período de 2010 a 2017. Trata-se de um estudo que utilizará vários desenhos de estudo: transversal, avaliativo, descritivo e ecológico. Será desenvolvido no município de São Luís, de agosto de 2017 a outubro de 2019, com coleta de dados de outubro de 2017 a agosto de 2019. A população compreenderá todos os casos novos de hanseníase (casos referência) residentes no município de São Luís, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, no período de 2010 a 2017. Serão incluídos ainda, contatos domiciliares dos casos de hanseníase. Também farão parte do estudo os profissionais da ESF do município, cuja unidade tenha o programa de Controle da Hanseníase implantado. Serão aplicados formulários para identificação das variáveis sociodemográficas, epidemiológicas e clínicas dos casos e seus contatos. Para os casos referências, também será realizada a avaliação neurológica simplificada e a avaliação do estigma e a restrição à participação social. Os profissionais da ESF serão investigados quanto ao seu desempenho em relação à vigilância de contatos de hanseníase e os determinantes de baixa cobertura. A estrutura das unidades básicas de saúde para a atenção à hanseníase será avaliada a partir da investigação dos profissionais. A avaliação da qualidade da atenção à hanseníase na rede pública de saúde será realizada considerando a estrutura, processo e resultado. A distribuição geoespacial dos casos de hanseníase se dará por meio de estudo ecológico sobre tendências espaciais, observacional e descritivo com análise multitemporal e variáveis agregadas por Distritos Sanitários (DSs). Para a análise dos padrões espaço-temporais de transmissibilidade e diagnóstico de casos de hanseníase, por detecção de agrupamentos e Risco Relativo (RR), será estruturado Banco de Dados Geográfico (BDG) com a definição da coordenadas geográficas do centróide de cada unidade de análise, a partir do Sistema de Informação Geográfica (SIG). O estudo obedecerá às diretrizes da pesquisa envolvendo seres humanos descritas na Resolução CNS/MS nº 466/2012. Financiamento FAPEMA pelo Edital Universal. Introdução: A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, transmissível, causada pelo *Mycobacterium leprae* e que se manifesta por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos. A predileção do bacilo por nervos periféricos é responsável por distúrbios neurológicos que podem resultar em incapacidades físicas e deformidades (BRASIL, 2016; SALES et al, 2013). A doença manifesta é classificada em quatro formas clínicas: Indeterminada (I), Tuberculóide (T), Dimorfa (D) e Virchowiana (V) que, para fins operacionais de tratamento são agrupadas em Paucibacilares (I e T) e Multibacilares (D e V) (ARAÚJO, 2003; BRASIL, 2016). O Ministério da Saúde do Brasil define como caso de hanseníase, uma pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais, a qual necessita de tratamento com poliquimioterapia (PQT): a) lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil; ou b) espessamento de nervo periférico, associado

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA **Município:** SAO LUIS

Telefone: (98)21-09-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@fufma.br



UFMA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.908.780

a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; ou c) presença de bacilos *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biópsia de pele (Brasil, 2016). Em relação ao diagnóstico, o mesmo é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado a partir da história clínica e das condições sociodemográficas. Inclui-se o exame dermatoneurológico para a identificação de lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico). Quando disponível, faz-se o exame baciloscópico por meio do esfregaço intradérmico, o qual é utilizado como exame complementar para a classificação dos casos PB ou MB (BRASIL, 2010). Na hanseníase, os danos neurais estão entre os principais fatores que contribuem para incapacidade física, o que faz necessário monitoramento sistematizado (BARBOSA, et. al. 2014; MONTEIRO, et.al., 2014). Se no momento do diagnóstico o paciente já apresentar alguma deformidade física instalada, esta pode ficar como seqüela permanente no momento da alta (MONTEIRO, et.al., 2014). Por isso, concomitante ao tratamento farmacológico, medidas de avaliação e prevenção das incapacidades físicas e atividades de educação para a saúde, devem ser desenvolvidas para prevenir ou evitar sequelas permanentes (BRITO, et. al. 2014; EIDT, 2004). Assim, o enfoque abordado pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que faz parte da "família" de classificação desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), substituiu o enfoque negativo da deficiência por uma perspectiva positiva, considerando não só as atividades que a pessoa que apresenta alterações de função e/ou da estrutura do corpo pode desempenhar, mas sua participação social (BRASIL, 2008). A CIF define que funções e estruturas do corpo, atividades e participação social são componentes importantes do estado de saúde de um indivíduo. Esses termos são assim definidos: Funções do corpo: funções fisiológicas dos sistemas do corpo (inclusive psicológicas); estruturas do corpo: partes anatômicas do corpo (órgãos, membros e seus componentes); atividade: execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo; participação: envolvimento em situações da vida diária (BRASIL, 2008). No que se refere à terapêutica medicamentosa, as Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública regulamentam que o tratamento deve ser realizado em regime ambulatorial, como um direito assegurado e obrigatório de gratuidade a todos os doentes com hanseníase. A administração de medicamentos associados enfraquece o bacilo e evita a evolução da doença. O seguimento previne o aparecimento de incapacidades e máis-formações causadas pela doença, levando à cura. A medicação é realizada de acordo com a classificação do doente, sendo este um fator fundamental na seleção do esquema a ser praticado. No caso de crianças, a dose do medicamento é ajustada de acordo com o peso e a idade (BRASIL, 2016). A transmissão da

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)21-09-1250

E-mail: cep@hu.ufma.br



UFMA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer 2.508.780

hanseníase se dá por meio das vias aéreas superiores (mucosa nasal e orofaringe) onde, uma pessoa doente e em sua forma multibacilar, infecta outras pessoas ao eliminar o bacilo no meio externo. Para que essa transmissão ocorra é necessário que haja um contato direto e prolongado entre o paciente não tratado e o indivíduo exposto (LYON, GROSSI, 2013; BRASIL, 2010). A vigilância de contatos se constitui uma das medidas para o controle da doença e tem por finalidade a descoberta de casos novos entre aqueles que convivem ou conviveram, de forma prolongada com o caso novo de hanseníase diagnosticado (caso índice). Considerase contato domiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase. Contato social é qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações familiares ou não, de forma próxima e prolongada. Os contatos sociais, que incluem vizinhos, colegas de trabalhos e de escola, entre outros, devem ser investigados de acordo com o grau e tipo de convivência, ou seja, aqueles que tiveram contato muito próximo e prolongado com o paciente não tratado. Atenção especial deve ser dada aos contatos familiares do paciente (pais, irmãos, avós, tios etc.) (Brasil, 2016). Como ocorre em outras doenças infecciosas, a conversão da infecção em doença, depende de interações entre fatores ambientais, individuais do hospedeiro e do próprio bacilo (BRASIL, 2010). No Brasil, as áreas de maior risco de adoecimento estão concentradas em Rondônia, Pará, Tocantins, Maranhão, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Em 2015, a taxa de detecção geral de casos novos de hanseníase no País foi de 14,07/100.000. O Maranhão ocupou o 3º lugar no Brasil e o 1º na região nordeste, apresentando uma taxa de detecção de 51,27/100.000 (BRASIL, 2015). A Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020 visa acelerar a ação rumo a um mundo sem hanseníase e está pautada em três pilares: O primeiro pilar se concentra em questões, parcerias, políticas e estratégias de governança; O segundo pilar inclui atividades essenciais na área médica e epidemiológica; Os aspectos socioeconômicos e de integração compõem o terceiro pilar (OMS, 2016). Para o controle da hanseníase é recomendado uma prestação integrada de serviços de saúde básicos no nível de Atenção Primária à Saúde, tendo como principal estratégia a integração de todos os componentes essenciais das atividades de controle da hanseníase ao Sistema de Atenção Primária. Isso inclui os serviços de referência, promoção e fortalecimento de estratégias inovadoras sustentáveis, prevenção de ocorrência e agravos de incapacidades, promoção da utilização de reabilitação baseada na comunidade, dentre outras (OPAS, 2010). Para acompanhamento e avaliação das políticas de controle e atenção integral à hanseníase no Brasil, o PCH estabeleceu indicadores com base nos parâmetros do MS para realizar o monitoramento e avaliação do programa, e a partir dos resultados, classificar a situação dos serviços de saúde (BRASIL, 2016). O processo avaliativo instaurado para realizar o

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@hu.ufma.br



UFMA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.508.780

monitoramento do PCH e mensurar sua efetividade, é caracterizado como uma das funções prioritárias destinada aos gestores, em todas as esferas de governo, para auxiliar no processo de tomada de decisão, com o intuito de torná-lo mais efetivo e racional, principalmente no que diz respeito aos municípios endêmicos e hiperendêmicos da hanseníase (CARVALHO, 2012). A avaliação de programas de saúde envolve um conjunto de ações técnicooperacionais ou técnico-científicas que visam atribuir valor de eficácia, efetividade e eficiência e, conseqüentemente, aplicabilidade de ações intervencionistas com base nos problemas e lacunas encontrados (MINAYO, 2005; CARVALHO, 2012). A ênfase em pesquisa para apoiar o controle da hanseníase, constitui-se um dos princípios orientadores da Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020 e, a pesquisa básica destinada a estudar a transmissão da hanseníase e desenvolver novas ferramentas de diagnóstico, os esquemas profiláticos e as novas pesquisas terapêuticas e operacionais com participação de todos os parceiros para identificar estratégias de implementação e intervenções inovadoras deve ser estimulada (OMS, 2016). A Epidemiologia aborda o processo saúde-doença em grupos de pessoas, que podem variar de pequenos grupos até populações inteiras (MENEZES, 2011). Dessa forma, abordar questões de saúde que afetam direta, ou indiretamente, determinado grupo social, requer a abordagem do lugar onde esse grupo se encontra, o espaço geográfico. É sob essa perspectiva que a Geografia tem contribuído muito com a ciência epidemiológica. Para Junqueira (2009), a necessidade de melhor abordar e interpretar os fenômenos de saúde tem feito uma maior aproximação entre a Geografia da Saúde e os processos de globalização, o que vem resultando em um novo paradigma, em que a saúde se relaciona diretamente com a qualidade de vida, índice de desenvolvimento humano e acesso a infraestrutura. Neste sentido, observa-se que a análise da distribuição espacial de diferentes doenças infectocontagiosas, tem se constituído como um processo de grande importância para a busca de soluções na saúde pública/coletiva, contribuindo, assim, para a implementação de estratégias de combate e intervenção no melhor uso dos recursos humano, socioeconômico e ambiental. Assim, definiram-se como objeto de estudo, os aspectos clínicos, epidemiológicos (espaçotemporais), operacionais e psicossociais da hanseníase

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar os aspectos operacionais, epidemiológicos (espaço-temporais), clínicos e psicossociais que influenciam a atenção à saúde para o controle da hanseníase em município de alta endemicidade no estado do Maranhão, no período de 2010 a 2017.

Endereço: Rua Barão de Itapary, nº 227
Bairro: CENTRO
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: dep@fu.ufma.br



UFMA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer 2.508.780

Objetivo Secundário:

- Caracterizar os padrões e tendências de aglomerados espaço-temporais dos casos de hanseníase diagnosticados;
- Verificar o desempenho das equipes da Estratégia Saúde da Família em relação à vigilância de contatos de hanseníase e os determinantes de baixa cobertura da avaliação de contatos;
- Caracterizar os aspectos clínicos (perfil clínico geral, comprometimento neural, episódios reacionais, limitação de atividade) de casos com hanseníase;
- Avaliar a estrutura e atributos essenciais da atenção primária no município do estudo (padrões de acesso, utilização e integralidade) relacionados à rede de atenção à saúde dos casos com hanseníase;
- Analisar o estigma e a restrição à participação social nos casos de hanseníase;
- Caracterizar o perfil demográfico, de formação, ocupacional e laboral de profissionais que atuam na rede pública de saúde do município;
- Caracterizar a estrutura dos serviços de saúde e as ações específicas voltadas para a atenção à hanseníase;
- Verificar a adequação da estrutura e das ações voltadas para hanseníase;
- Analisar os indicadores de qualidade dos serviços de atenção à hanseníase no município do estudo;
- Estimar prevalência de hanseníase entre contatos de hanseníase.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Segundo os pesquisadores, para os casos diagnosticados como hanseníase, os riscos referem-se ao exame dos olhos que poderá gerar algum desconforto quando formos tocar a córnea com o fio dental; a sensação será de um cisco caindo no olho. Poderá também haver uma sensação de choque ou dor, quando formos examinar os nervos do braço e pernas. O paciente poderá ficar com vergonha pois terá que ser examinado apenas com roupas íntimas. Além do risco da quebra de confidencialidade dos dados. Para minimizar estes riscos, o exame físico será realizado por profissionais com experiência e em local que garanta a privacidade do paciente. Os pacinetes serão identificados apenas pelo número de notificação e as fichas com as informações dos mesmos ficarão guardadas em armários com chave. Para os contatos, os riscos referem-se ao desconforto do exame físico, vergonha e quebra de confidencialidade. Estes, serão minimizados da mesma forma descrita para os pacientes. Quanto aos profissionais de saúde, poderá haver algum desconforto emocional ao responder os questionários e risco de quebra de

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SÃO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@hucfma.br



UFMA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.508.780

confidencialidade. Para minimizar estes riscos, será garantido que as fichas com as informações dos mesmos ficarão guardadas em armários com chave e que, as informações só serão conhecidas pelos pesquisadores do projeto, mantendo-se o anonimato dos profissionais participantes do estudo.

Benefícios:

Segundo os pesquisadores, sendo identificados problemas relacionados a hanseníase, o participante será encaminhado aos profissionais que ajudarão a resolver os problemas identificados, o que pode evitar, diminuir ou tratar as complicações relacionadas à doença. Para os contatos com sintomatologia sugestiva de hanseníase, o benefício será diagnóstico precoce e tratamento da doença. Para os profissionais de saúde, os benefícios estão relacionados à reflexão sobre sua prática o que poderá contribuir para mudança se houver necessidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante, pois traz contribuições efetivas aos serviços, ao ensino, a produção do conhecimento na área temática relacionada ao problema e aos usuários, especialmente no que tange a prevenção, tratamento, reabilitação e controle da hanseníase, além da promoção da saúde daqueles que estão vivendo com a doença e ainda fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Autorização do gestor, Folha de rosto, Cronograma com etapas detalhada, Orçamento financeiro detalhado, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Termo de Assentimento (TA) 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 nº 466/12 e suas

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Telefone: (98)21 09-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



UFMA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.508.780

complementares.

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.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_954432.pdf	29/01/2018 21:34:50		Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	29/01/2018 21:33:34	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Integrahans.docx	20/01/2018 14:02:08	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_atual.docx	20/01/2018 14:01:17	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAMenor9a12anos.docx	20/01/2018 13:30:46	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAMenor13a17.docx	20/01/2018 13:28:45	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Outros	TCLEresponsaveldomenor.docx	20/01/2018 13:27:18	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Outros	TCLEMAIOR18anos.docx	20/01/2018 13:23:15	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito
Outros	TCLEprofissionais.docx	20/01/2018 13:19:48	Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



UFMA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO



Continuação do Parecer: 2.508.780

Outros	declaracaosemus.pdf	20/01/2018 13:18:12	Rita da Graça Carvalho Frazão Correia	Aceito
Outros	anuenciamunicipal2.pdf	20/01/2018 13:17:22	Rita da Graça Carvalho Frazão Correia	Aceito
Outros	anuenciasemus1.pdf	20/01/2018 13:16:49	Rita da Graça Carvalho Frazão Correia	Aceito
Declaração do Patrocinador	termooutorga.pdf	20/01/2018 13:16:00	Rita da Graça Carvalho Frazão Correia	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	20/01/2018 13:11:17	Rita da Graça Carvalho Frazão Correia	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_anuencia_DorleneAguino.pdf	04/07/2017 18:13:16	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_ANUENCIA_RITACARVALHAL.pdf	04/07/2017 18:12:47	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_utilizacao_dados_DorleneAguino.pdf	04/07/2017 18:12:13	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_compromisso_RitaCarvalho.pdf	04/07/2017 18:08:19	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Compromisso_utilizacao_dados_TODOS.pdf	04/07/2017 18:07:58	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Anuencia_TODOS.pdf	04/07/2017 18:03:34	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_CEP.pdf	03/07/2017 22:34:23	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 22 de Fevereiro de 2018


Assinado por:
DYEGO JOSÉ DE ARAÚJO BRITO
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@hu.ufma.br

ANEXO B: PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COLEGIADO DO CURSO DE ENFERMAGEM.

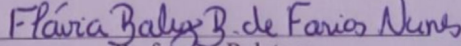


UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

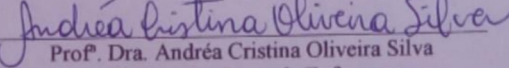
PARECER DO COLEGIADO DE CURSO
PROJETO DE TCC

1. **TÍTULO:** Hanseníase entre contatos de casos de hanseníase notificados entre os anos de 2015 a 2017 em um distrito sanitário de São Luís-MA
2. **ALUNA (O):** Jessica Raiane Freitas Santos
3. **ORIENTADOR (A):** Doralene Maria Cardoso de Aquino
4. **INTRODUÇÃO:** Bem construída. Apresenta adequadamente o objeto de estudo.
5. **JUSTIFICATIVA:** Contextualiza o objeto de estudo e aponta a importância do estudo para necessidade de qualificação da avaliação dos contatos dos casos de hanseníase.
6. **OBJETIVOS:** Bem definidos conforme a temática proposta.
7. **PROCESSO METODOLÓGICO:** Apresenta todos os elementos necessários para o alcance dos objetos e está vinculado ao projeto de pesquisa "INTEGRAHANS MARANHÃO: abordagem integrada de aspectos clínicos, epidemiológicos (espaço-temporais), operacionais e psicossociais da hanseníase em município hiperendêmico do Maranhão".
8. **CRONOGRAMA:** Descreve todas as atividades conforme descrito no processo metodológico coerente com o período de execução proposto.
9. **TERMO DE CONSENTIMENTO/ASSENTIMENTO:** Elaborado a partir da Resolução 466/12
10. **NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA:** Adequado
11. **CONCLUSÃO DO PARECER:** Favorável à aprovação.

São Luís, 31 de maio de 2019.


 Professora Relatora

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 05/06/19.
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em ____/____/____.
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia ____/____/____.


 Prof.ª Dra. Andréa Cristina Oliveira Silva
 Coordenadora do Curso de Enfermagem