

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA, PÓS-
GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Cristina Rosângela do Nascimento Carneiro

**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E QUALIDADE DE VIDA
DE PESSOAS AFETADAS PELA HANSENÍASE EM MUNICÍPIO DA BAIXADA
MARANHENSE**

São Luís
2023

Cristina Rosângela do Nascimento Carneiro

**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E QUALIDADE DE VIDA
DE PESSOAS AFETADAS PELA HANSENÍASE EM MUNICÍPIO DA BAIXADA
MARANHENSE**

Trabalho de Conclusão do Mestrado apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dra. Doralene Maria Cardoso de Aquino

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

São Luís

2023

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Carneiro, Cristina Rosângela do Nascimento.

Caracterização sociodemográfica, clínica e qualidade de vida de pessoas afetadas pela hanseníase em um município da baixada maranhense / Cristina Rosângela do Nascimento Carneiro. - 2023.

106 p.

Orientador(a): Doralene Maria Cardoso de Aquino.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/CCBS, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2023.

1. Doenças negligenciadas. 2. Epidemiologia. 3. Hanseníase. 4. Qualidade de vida. I. Aquino, Doralene Maria Cardoso de. II. Título.

Cristina Rosângela do Nascimento Carneiro

**CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA, CLÍNICA E QUALIDADE DE VIDA
DE PESSOAS AFETADAS PELA HANSENÍASE EM MUNICÍPIO DA BAIXADA
MARANHENSE**

Trabalho de Conclusão do Mestrado apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Doralene Maria Cardoso de Aquino (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Ivan Abreu Figueiredo (1º Membro)
Universidade Dom Bosco

Prof.^a Dra. Nair Portela Silva Coutinho (2º Membro)
Universidade Federal do Maranhão

Aprovado em: 30 de março de 2023

São Luís

Dedico todo o esforço deste trabalho ao meu esposo e aos meus filhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me fazer acreditar que seria possível cursar o mestrado e nunca me deixou perder as esperanças, mesmo diante de tantos obstáculos.

À Universidade Federal do Maranhão, em especial à Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, por ter me permitido participar do Mestrado Profissional em Saúde da Família, e à Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão.

Aos docentes da RENASF/UFMA, pela dedicação e pelos ensinamentos, em especial à Prof.^a Dra. Dorlene Maria Cardoso de Aquino, por me aceitar como orientanda e acreditar no projeto, contribuindo de forma significativa para o meu crescimento profissional.

Ao Prof. Daniel Lemos Soares e acadêmicos do Curso de Enfermagem do Campus UFMA, Pinheiro/MA, pela parceria e colaboração.

À minha família, por estar sempre ao meu lado e pelo apoio incondicional.

À amiga Ivonice Siqueira, por me incentivar a fazer o mestrado.

Aos meus colegas mestrandos, pelo compartilhamento de saberes, pelas emoções e dificuldades durante a jornada.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A hanseníase é uma doença crônica, com alta infectividade, gerando sequelas que afetam a realização das atividades, gerando estigmas que interferem na qualidade de vida. O conceito de qualidade de vida envolve experiências que vão das necessidades elementares, até a sensação de realização e felicidade pessoal. O Brasil é o segundo país com maior número de casos no mundo, tornando a hanseníase um problema de saúde pública. **OBJETIVO:** Analisar as características sociodemográficas, clínicas e qualidade de vida de pessoas afetadas pela hanseníase, em município da Baixada Maranhense. **MATERIAL E MÉTODO:** Estudo epidemiológico descritivo, envolvendo população de indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, notificados como casos de hanseníase em acompanhamento no município de Pinheiro – MA, em 2022. Dados obtidos por aplicação de formulário - Casos de Hanseníase, ficha de Avaliação Neurológica Simplificada e do Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia, análise de dados secundários extraídos das fichas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e prontuários. Coleta realizada de junho de 2022 a janeiro de 2023. Informações digitadas no software Microsoft Excel® e analisadas no programa EPI-INFO, versão 7. **RESULTADOS:** O perfil da amostra apresentou maior frequência no sexo masculino (72,22%), cor/raça pardo (66,67%), elevados percentuais entre analfabetos (27,78%) e renda familiar de R\$ 1.200,00 a 2.400,00 (55,56%). Frequência maior entre as formas multibacilares (61,11%), grau zero de incapacidade física (44,44%), pessoas sem história de hanseníase na família (72,22%) e tempo de doença de menos de um ano (44,44%). O DLQI apresentou comprometimento da qualidade de vida maior no sexo masculino (76,92%), pretos (80%) e pardos (75%), entre os analfabetos (100%) e educação superior incompleta (100%), nas pessoas com renda familiar de R\$ 1.200,00 a 2.400,00 (80%). Comprometimento entre os casos multibacilares (81,82%), grau II (100%), com história de hanseníase na família (80%) e tempo de doença menos de um ano (87,50). Apenas 27,78% do Escore não apresentaram comprometimento da qualidade de vida. Na avaliação das questões/domínios, os resultados demonstraram que todos os participantes foram afetados. O município apresenta parâmetro de endemicidade muito alto, há comprometimento da qualidade de vida das pessoas que vivem com hanseníase, necessidade de melhorias das ações de

vigilância epidemiológica e incentivo às pesquisas com temas que envolvam as doenças negligenciadas, com maior enfoque na atenção e gestão do cuidado em saúde, principalmente na Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Hanseníase. Epidemiologia. Qualidade de Vida. Doenças Negligenciadas.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Leprosy is a chronic disease with high infectivity, it causes sequelae that affect the performance of activities, generating stigmas that interfere with the quality of life. The concept of quality of life involves experiences ranging from basic needs to a sense of fulfillment and personal happiness. Brazil is the second country with the highest number of cases in the world, making leprosy a public health problem. **OBJECTIVE:** To analyze the sociodemographic, clinical, and quality of life characteristics of people affected by leprosy, in a Municipality in Baixada Maranhense. **MATERIAL AND METHOD:** Descriptive epidemiological study, involving population of individuals aged 18 years or over and were notified as cases of leprosy under follow-up in the Municipality of Pinheiro – MA, in 2022. Data was collected by applying a form - Leprosy Cases, Simplified Neurological Assessment form and the Physical Quality of Life Index in Dermatology, analysis of secondary data taken from the National Disease Notification System (SINAN) forms and medical records. Collection carried out from June 2022 to January 2023. Information typed in the Microsoft Excel® software and analyzed in the EPI-INFO program, version 7. **RESULTS:** The sample profile was more frequent in males (72.22%), brown color/race (66.67%), high percentages among illiterates (27.78%) and family income between BRL 1,200.00 and 2,400.00 (55.56%). Higher frequency between the multibacillary form (61.11%), zero degree of physical disability (44.44%), people no history of leprosy in the family (72.22%), and disease duration of less than one year (44.44%). The DLQI showed a greater impairment of quality of life in males (76.92%), black (80%) and brown (75%), among the illiterate (100%) and incomplete higher education (100%), in people with family income between BRL 1,200.00 and 2,400.00 (80%). Commitment between the multibacillary (81.82%), degree II (100%), with a family history of leprosy (80%), and disease duration of less than 1 year (87.50%). Only 27.78% of the Score did not show impairment of quality of life. In the evaluation of questions/domains, the results showed that all were affected. The municipality has a very high endemicity parameter, there is impairment in the quality of life of people living with leprosy, there is a need for improvement in epidemiological surveillance actions and financial incentive for research on topics involving neglected diseases, with greater focus on care and health management, especially in the Family Health Strategy.

Keywords: Leprosy. Epidemiology. Quality of Life. Neglected Diseases.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	–Antes de Cristo
ANS	–Avaliação Neurológica Simplificada
CAAE	–Certificado de Apresentação e Apreciação Ética
CAPS	–Centro de Atenção Psicossocial
CEP	–Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	–Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	–Conselho Nacional de Saúde
COVID-19	–Doença que se manifesta em seres humanos, após a infecção causada pelo vírus SARS-CoV-2
CTA	–Centro de Testagem e Aconselhamento
DAB	–Departamento de Atenção Básica
DLQI-BRA	– <i>Dermatology Life Quality Index</i> - Brasil
DLQI	– <i>Dermatology Life Quality Index</i>
DNSP	–Departamento Nacional de Saúde Pública
EPI-INFO	–Pacote de software de domínio público
ESF	–Estratégia Saúde da Família
FAPEMA	–Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão
FIQ	– <i>Fibromyalgia Impact Questionnaire</i>
GIF	–Grau de Incapacidade Física
IBGE	–Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	–Índice de Desenvolvimento Humano
MA	–Maranhão
MB	–Multibacilar
nº	–Número
ODS	–Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
OMS	–Organização Mundial da Saúde
ONU	–Organização das Nações Unidas
PB	–Paucibacilar
PCDT	–Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase

PNEH	–Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase
PQT	–Poliquimioterapia
PQT – U	–Poliquimioterapia Único
QV	–Qualidade de Vida
QVRS	–Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RENASF	–Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
SAMU	–Serviço Avançado Móvel de Urgência
SARS-CoV-2	–Vírus da família dos coronavírus que, ao infectar humanos, causa a doença chamada Covid-19
SCTIE-MS	–Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde - Ministério da Saúde
SEMUS	–Secretaria Municipal de Saúde
SF-36	– <i>Medical Outcomes Study Short Form Health Survey-36</i>
SINAN	–Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SUS	–Sistema Único de Saúde
TCLE	–Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UF	–Unidade Federada
UFMA	–Universidade Federal do Maranhão
WHO	– <i>World Health Organization</i>
WHOQOL	– <i>World Health Organization to Access Quality of Life</i>

LISTA DE ANEXOS

Anexo A	–Formulário para Coleta de Dados.....	65
Anexo B	–Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada.....	74
Anexo C	–Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI).....	76
Anexo D	–Ficha de Notificação/Investigação.....	78
Anexo E	–Ficha de Notificação.....	79
Anexo F	–Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	81
Anexo G	–Parecer Consubstanciado do CEP.....	83
Anexo H	–Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.....	96

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	Geral.....	16
2.2	Específicos.....	16
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1	História da hanseníase.....	17
3.2	Epidemiologia e aspectos clínicos da hanseníase.....	20
3.3	Diagnóstico e tratamento da hanseníase.....	23
3.4	Qualidade de vida.....	27
4	MATERIAL E MÉTODO.....	29
4.1	Tipo de estudo.....	29
4.2	Local de estudo.....	29
4.3	Critérios de inclusão e exclusão.....	30
4.4	População/amostra do estudo.....	30
4.5	Coleta dos dados.....	30
4.6	Análise dos dados.....	31
4.7	Aspectos éticos.....	32
5	RESULTADOS.....	33
5.1	Artigo.....	33
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
	REFERÊNCIAS.....	57
	ANEXOS.....	64

1 INTRODUÇÃO

O *Mycobacterium leprae* é o bacilo causador da hanseníase, considerada doença crônica e infectocontagiosa, podendo atingir grande número de pessoas, mas nem todos irão desenvolver os sinais e sintomas da doença. Para tanto, deve-se considerar as características do bacilo, o hospedeiro, a endemicidade, o local e outros aspectos (BRASIL, 2019).

Parasita intracelular bacilo álcool-ácido resistente, sendo a única espécie de microbactéria capaz de infectar nervos periféricos, sobretudo as células de Schwann. Em meios de cultura artificiais, o bacilo não tem poder de crescimento, não podendo ser cultivável *in vitro*. O reservatório natural da doença é o homem, considerado como a única fonte de infecção (BRASIL, 2019).

A hanseníase é uma doença que pode acarretar incapacidades físicas (SOUZA, 2018). A OMS define um caso de hanseníase como a pessoa apresentando sinais e sintomas clínicos compatíveis com a doença e que necessita de tratamento específico para a mesma (BRASIL, 2017).

A distribuição geográfica da hanseníase não ocorre de maneira uniforme e apresenta elevada prevalência em regiões com baixo poder socioeconômico (COSTA *et al.*, 2019).

No ano de 2021, 106 países reportaram à Organização Mundial da Saúde (OMS) o total de 140.594 casos novos da doença no mundo. Nesse contexto, a taxa de detecção de casos novos apresentou aumento de 10,2% em comparação com 2020. Em 2021, a Índia foi o país que mais registrou casos novos, cerca de 53,6% do total global. Na região das Américas, houve 19.826 (14,1%) casos notificados; desses, 18.318 (92,4%) ocorreram no Brasil. Assim, o Brasil ocupa o segundo lugar entre os países com maior número de casos no mundo, seguido da Indonésia. Os países que mais reportaram casos novos de hanseníase foram Índia, Brasil e Indonésia, correspondendo a 74,5% do total em todo o mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022).

Em relação ao Grau de Incapacidade Física (GIF), globalmente, foram diagnosticados 8.492 (6%) casos novos com grau II de incapacidade (GIF II). Entre os países que diagnosticaram mais de 1.000 casos novos com GIF II, no momento do diagnóstico, Índia e Brasil foram os únicos com 1.863 e 1.737 casos simultaneamente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022).

A pandemia do novo coronavírus, denominado de SARS-CoV-2, causador da infecção COVID-19, declarada em janeiro de 2020 pela OMS, criou dificuldades para novos diagnósticos e tratamento de pacientes com hanseníase, contribuindo para a subnotificação e o pior prognóstico dos casos no Brasil e no mundo (MENDONÇA *et al.*, 2022). Fato que pode acarretar complicações e agravar a saúde do paciente, suscitar o surgimento de reações e aparecimento de sequelas da doença (SILVA *et al.*, 2021).

O Maranhão é um dos estados da federação que apresenta alta incidência e prevalência de hanseníase (PASSOS *et al.*, 2016). Em 2021, alcançou número de detecção geral de 1.941 casos e taxa de detecção de 27,13/100.000 habitantes, apresentando parâmetro de endemicidade muito alto (BRASIL, 2023). Inserido neste contexto, encontra-se o município de Pinheiro que apresentou taxa de detecção anual na população geral de 23,8/100.000 habitantes, seguindo os parâmetros do estado (MARANHÃO, 2022).

A análise de dados preliminares referentes a 2022 mostram que o Brasil diagnosticou 14.962 casos novos de hanseníase. Entre os estados com maior número de casos novos na população geral está o Maranhão, com 1.860 casos, seguido de Mato Grosso, Pernambuco, Bahia e Pará, com mais de mil casos cada Unidade Federada (UF) (BRASIL, 2023).

A hanseníase é uma doença que gera sequelas, condições que interferem permanentemente na vida das pessoas afetadas, comprometendo a realização das atividades diárias e sobretudo a Qualidade de Vida (QV). O Grau de Incapacidade Física (GIF) é responsável pelas maiores consequências da doença, atingindo diretamente a produtividade na vida laboral, as atividades desenvolvidas no cotidiano e as relações interpessoais, podendo, ainda, desencadear transtornos psicossociais e queda na QV dos portadores da doença, levando a prejuízo de natureza social, econômica e psicológica (GAUDENCI *et al.*, 2015). Por afetar a evolução da doença e a autoestima das pessoas, a QV vem sendo objeto de muitos estudos (COSTA; MENDES, 2020).

De forma geral, a QV se relaciona na maneira como o indivíduo percebe e tem satisfação com a realidade familiar, a sociedade e o ambiente a sua volta (COSTA *et al.*, 2017).

O desenvolvimento da ciência, a descoberta do bacilo e a forma de tratar a hanseníase não foram capazes de eliminar o conceito de “herança” e “castigo” da

lepra descrita na bíblia e que está relacionada ao estigma e à discriminação da doença. O preconceito está diretamente relacionado à exclusão de pessoas afetadas pela hanseníase, interferindo no processo de desenvolvimento individual e levando pessoas a se tornarem invisíveis perante o meio social, a terem cuidados básicos negligenciados e direitos humanos violados, refletindo na capacidade produtiva, na inclusão social e, por conseguinte, na qualidade de vida das pessoas doentes, mantendo a situação de pobreza e exclusão desses indivíduos (LEVANTEZI; SHIMIZU; GARRAFA, 2020).

Seguindo as recomendações da Conferência Nacional para Avaliação da Política de Controle da Hanseníase, o termo hanseníase substituiu oficialmente a denominação lepra, a partir de 1976, com vista a atenuar o estigma do doente e propiciar a integração deste à sociedade (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014).

O estigma associado à hanseníase, assim como a discriminação de pessoas doentes, desafia o diagnóstico precoce e a conclusão oportuna do tratamento. Número elevado de pacientes ainda sofrem exclusão social, quadros depressivos e renda familiar prejudicada em decorrência da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

A hanseníase é uma doença negligenciada e tem relação estreita com a forma de vida dos afetados, a saúde e doença (D'AZEVEDO *et al.*, 2019).

Diante da multidimensionalidade da hanseníase, entende-se a importância de avaliar a qualidade de vida de pacientes acometidos por esta doença, com a finalidade de identificar a influência desta em aspectos diversos do indivíduo e, assim, acrescentar novos conceitos para as ações do cuidado integral aos pacientes (TORRES *et al.*, 2017).

Qualidade de vida, segundo a OMS, é a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores em que se vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (SIMÕES *et al.*, 2016, p. 61).

O interesse em estudar os aspectos relacionados à qualidade de vida de pessoas afetadas pela hanseníase surgiu a partir do acompanhamento de indivíduos vinculados ao serviço de saúde para o tratamento da doença, por meio da observação de estigmas e preconceitos relatados durante o acolhimento e as consultas, além de questões voltadas à percepção do paciente sobre a doença, incapacidades físicas, autoimagem, relações sociais, bem-estar, esporte e lazer.

É por compreender que esses aspectos podem interferir direta ou indiretamente no prognóstico da doença, na adesão ao tratamento e na qualidade de vida dessas pessoas que se definiu o escopo da pesquisa.

Uma vez que as informações sociodemográfica, clínica e de qualidade de vida das pessoas afetadas pela hanseníase constituem o objeto de investigação deste estudo, levantaram-se as seguintes questões norteadoras: quais as características sociodemográficas e clínicas da população estudada? Qual o efeito da hanseníase na qualidade de vida de pessoas afetadas pela doença?

Nesse contexto, o presente estudo torna-se relevante, pois irá abordar questões relacionadas à qualidade de vida das pessoas afetadas pela hanseníase e o quanto o problema de pele afeta o cotidiano das pessoas acometidas, bem como a identificação das características sociodemográficas e clínicas.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar as características sociodemográficas, clínicas e qualidade de vida em pessoas afetadas pela hanseníase, em município da Baixada Maranhense.

2.2 Específicos

- Caracterizar os casos de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas;
- Identificar a qualidade de vida de pessoas em tratamento e acompanhamento para hanseníase nos serviços de saúde;
- Verificar em que variáveis sociodemográficas e clínicas o comprometimento da qualidade de vida é mais frequente.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 História da hanseníase

A hanseníase é doença cuja existência se tem notícia desde a antiguidade; remotamente, já era conhecida há cerca de 3 a 4 mil anos atrás na Índia, China e no Japão. Foram encontrados registros no Egito da época do faraó Ramsés II, em papiros existentes desde 4300 anos a.C. Contudo, em estudos contemporâneos, já é consenso que a origem parece ter vindo da África Oriental e do Oriente Médio e se espalhou com as sucessivas migrações humanas, alcançando outros territórios. Quanto à chegada nas Américas, acredita-se que ocorreu através dos europeus ou pelos norte-africanos (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014).

Durante o período de colonização, imigrantes de outros países, como Holanda, França, Espanha e Portugal, podem ter trazido casos de hanseníase para terras brasileiras, formando focos endêmicos da doença por várias gerações. Em 1600, foram descritos os primeiros casos no Rio de Janeiro e, em 1763, a inauguração do Hospital dos Lázaros, primeira instituição construída com a finalidade de isolar e cuidar do doente. As iniciativas para cuidar de pessoas acometidas pela hanseníase tiveram início em Recife, por volta de 1714, com a inauguração de um asilo. Outras cidades brasileiras também criaram instituições de cuidados aos doentes durante os séculos XVIII e XIX, embora o conhecimento científico acerca da hanseníase não permitisse concebê-la como doença tratável e passível de cura, essas instituições tinham caráter caritativo, assistencial e de compaixão aos doentes (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014).

A palavra “lepra” era utilizada desde os escritos da Bíblia como o termo designado para identificar uma gama de dermatoses e, com o passar dos tempos, adquiriu conotação de “impureza”. No Brasil, essa denominação foi substituída pelo termo hanseníase, em homenagem ao médico norueguês Gerhard Hansen, que descobriu em 1873 o agente etiológico, *Mycobacterium leprae*, nomeado como bacilo de Hansen (MARTINS; CAPONI, 2010).

No Brasil, até o início do século XX, todos os hospitais de Lázaros e asilos existentes eram de manutenção particular, na maioria mantidos pela Igreja, pois não existia política de Estado voltada para criação de instituições para leprosos.

Em 1833, em São Luís, no Maranhão, houve a fundação da primeira vila de leprosos, vindo a se transformar, em 1869, no Asilo do Gavião (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014).

Nesse período, a hanseníase começou a ser vista como “enfermidade” digna de atenção tanto da área médica como social, necessitando de conhecimentos científicos e medidas de contenção. Em meados da década de 1920, havia uma epidemia de hanseníase não somente no Maranhão, que tomou a atenção de sanitaristas, pesquisadores e autoridades da saúde, mas em vários outros estados brasileiros. Em 1937, foi fundado, em São Luís, o Leprosário do Bonfim, chamado mais tarde de Aquiles Lisboa (SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008).

No país, houve vários marcos importantes que retrataram as políticas públicas de saúde no controle da hanseníase, como a criação da Comissão de Profilaxia da Lepra, em 1915, e o surgimento, em 1920, durante a Reforma Carlos Chagas, do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), a partir do Decreto nº 3.987, contando com uma Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, regida por um regulamento interno e que, em se tratando da lepra, criava o órgão central para coordenar e implementar a luta profilática em todo país, estabelecendo diretrizes (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014). Em 1923, foi reafirmada a notificação compulsória da hanseníase, por meio do Decreto nº 16.300 (SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008).

Mais tarde, em 1930, ocorreu a revolução e tomada do poder por Getúlio Vargas, criando o Ministério da Educação e Saúde, em que o governo foi significativo para as políticas de saúde em relação à lepra. Houve, ainda, a criação, em 1935, do Plano Nacional de Combate à Lepra, confirmando o modelo de isolamento em leprosários que seria implantado pelos Estados e com abrangência nacional do modelo tripé (leprosário, dispensário e preventório) (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014).

Em 1938, ocorreu, na cidade do Cairo, Egito, a 4ª Conferência Internacional de Lepra, abordando aspectos quanto ao isolamento, à vigilância e ao tratamento dos não internados. Nessa época, o medicamento usado para combater a lepra era o óleo de chaulmoogra, um derivado de plantas utilizado em compressas, cápsulas ou injeções. Outros experimentos com plantas e elementos químicos também foram testados, mas não apresentaram bons resultados, o que somente

ocorreu com a chegada dos antibióticos e sulfas após o ano de 1945 (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014).

A partir de 13 de janeiro de 1949, a internação compulsória de pacientes acometidos pela lepra foi definida por meio da Lei nº 610, que vigorou até 1968. Em julho de 1958, a Repartição Sanitária Pan-Americana concluiu que o isolamento dos doentes deveria ser evitado, sugerindo o diagnóstico precoce e o tratamento (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014).

Em 1978, o Ministério da Saúde alterou o esquema terapêutico da hanseníase, que consistia na administração somente de Sulfa ou com a Clofazimina, para tratamento associado à Rifampicina, indicado para pacientes com formas clínicas Virchowiana e Dimorfa (LOIOLA, 2016).

Na década de 1980, tiveram início no Brasil os Planos Nacionais para a eliminação da hanseníase como problema de saúde, a partir de modificações de normas técnicas e implantação da Poliquimioterapia (PQT) (ALVES; FERREIRA; FERREIRA, 2014).

Na década de 1990, o Brasil passou a utilizar para fins operacionais de tratamento a classificação de acordo com a Organização Mundial da Saúde, em que os doentes passaram a ser classificados em paucibacilares (PB) ou multibacilares (MB) (BRASIL, 2017).

No ano 2000, o Ministério da Saúde incorporou o Programa Nacional do Controle de Hanseníase ao Departamento de Atenção Básica (DAB), objetivando melhorar os indicadores de saúde do país. Esse processo de descentralizar as ações de controle da hanseníase, direcionando-as para as Equipes de Saúde da Família, atendiam às normativas das políticas de saúde para melhoria de acesso, resolutividade e redução das desigualdades que interferem nas condições de saúde da população brasileira (PINHO, 2017).

A hanseníase está na lista das doenças globais incluídas como negligenciadas, uma vez que prevalece em condições de pobreza e contribui para manutenção do quadro de desigualdade social, representando forte entrave aos países em desenvolvimento (CAVALCANTE; LAROCCHA; CHAVES, 2020).

O Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEH) foi instituído pelo Ministério da Saúde em 2004, tendo como meta o redirecionamento do problema de saúde pública da hanseníase no país, realizando a estatística dos casos, traçando ações e parcerias (LOIOLA, 2016). Para o controle da hanseníase,

a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como estratégia principal o diagnóstico precoce e o tratamento de todos os casos oportunamente (BOIGNY *et al.*, 2019).

3.2 Epidemiologia e aspectos clínicos da hanseníase

A estimativa é que, aproximadamente, 200.000 casos de hanseníase são notificados por ano em todo o mundo, embora sem sinal de diminuição, existindo ainda os casos que não são detectados nem tratados pelos serviços de saúde, ameaçando o controle da doença, pois atuam como reservatórios ocultos da infecção (CAVALCANTE; LAROCCA; CHAVES, 2020).

O Brasil ocupa o segundo lugar em prevalência mundial da doença, atrás apenas da Índia, e o primeiro lugar em números absolutos de casos na América Latina (MENDONÇA *et al.*, 2019). Entre os brasileiros, a distribuição da doença apresenta caráter heterogêneo (SOUZA; LUNA; MAGALHÃES, 2019).

Nos anos de 2012 a 2021, foram diagnosticados 269.086 casos novos de hanseníase no país. Nesse período, a taxa de detecção geral de casos novos apresentou redução de, aproximadamente, 50,0%, passando de 17,17, em 2012, para 8,59 por 100 mil habitantes, em 2021. Desta forma, o parâmetro de endemicidade do país modificou de “alto” para “médio”. Essa alteração no parâmetro também foi observada em 16 Unidades Federadas (UF). Portanto, em 2021, houve redução da taxa de detecção geral, o que pode estar relacionado aos efeitos do número reduzido de diagnósticos, já que os serviços de saúde apresentaram sobrecargas e restrições no período de pandemia da COVID-19, ocorrido no Brasil e no mundo (BRASIL, 2023). Em 2021, o Maranhão alcançou parâmetro de endemicidade muito alto, embora com o reflexo de redução observado no país (BRASIL, 2023).

No Brasil, a Estratégia Nacional para o Enfrentamento da Hanseníase 2019-2022 visava um país sem hanseníase, o objetivo geral era reduzir a carga da doença até o fim de 2022 (BRASIL, 2022b).

A Estratégia Global de Hanseníase 2021-2030 apresenta mudança expressiva na maneira de abordar o enfrentamento da hanseníase no mundo. Anteriormente, as estratégias direcionavam-se para eliminação da doença como problema de saúde pública e alcançou avanços importantes, contribuindo para a

redução da carga global da hanseníase nos últimos 30 anos. Todavia, a nova estratégia concentra o trabalho para interromper a transmissão e o alcance de zero casos autóctones, visando, a longo prazo: zero hanseníase, zero infecção e doença, zero incapacidade, zero estigma e discriminação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022).

Nesse contexto, a hanseníase é uma doença que permanece contemplada na agenda internacional, com o Objetivo 3 de Desenvolvimento Sustentável (ODS), da Organização das Nações Unidas (ONU), com a meta de combater as doenças transmissíveis e tropicais negligenciadas até o ano de 2030, visando promoção do bem-estar e vida saudável (BRASIL, 2021).

As classes sociais menos favorecidas continuam sendo acometidas pela hanseníase, em áreas consideradas historicamente endêmicas, provocando índices elevados de incapacidades físicas, que afetam a capacidade laboral e a vida das pessoas, vinculando o estigma associado à doença hanseníase (CAVALCANTE; LARROCCA; CHAVES, 2020).

Na saúde pública, a hanseníase tornou-se foco de trabalhos e campanhas, devido à magnitude e ao poder incapacitante, sobretudo por abranger indivíduos em idade economicamente ativa (GAUDENCI *et al.*, 2015).

A endemicidade da hanseníase pode ter vários fatores que influem no risco de adoecer, dentre elas, têm-se as condições socioeconômicas desfavoráveis, condições precárias de vida e de saúde, além do elevado número de pessoas convivendo juntas no mesmo domicílio (MENDONÇA *et al.*, 2019).

A transmissão da doença ocorre pelo contato prolongado e íntimo entre pessoas que sejam susceptíveis ou entre aqueles que apresentam predisposição genética e indivíduos multibacilares que não foram tratados, da inalação de micro-organismos expelidos pelas vias áreas superiores ou, do contato direto, que pode ocorrer em proporção reduzida (ANCHIETA *et al.*, 2019).

A doença tem um período de incubação longo, podendo durar, em média, entre dois a sete anos, mas algumas referências relatam tempo de doença de sete meses e também períodos maiores (BRASIL, 2019).

A investigação epidemiológica dos contatos intradomiciliares é importante e tem como finalidade descobrir novos casos da doença entre aqueles que convivem com um caso novo de hanseníase e as possíveis fontes de infecção, uma vez que os contatos intradomiciliares são meios de manutenção da endemia, por serem os

responsáveis pela cadeia que mantém a transmissão da doença. Desta forma, a investigação epidemiológica dos contatos tende a proporcionar a realização de diagnóstico precoce, permitindo a adoção das medidas terapêuticas imediatas e eficazes diante de um possível caso (MENDONÇA *et al.*, 2019).

Em razão da hanseníase ser uma doença que tem várias propriedades e manifestações clínicas, houve a necessidade de se criar uma classificação para a doença e, a partir do VI Congresso Internacional de Hanseníase, em 1953, foi proposto o emprego da classificação de Madri. Até hoje, os serviços de saúde utilizam essa classificação na definição da hanseníase baseada nos critérios clínico, bacteriológico, imunológico e histológico, identificada como PB ou MB (LOIOLA, 2016).

A hanseníase apresenta manifestações clínicas que estão relacionadas à resposta que o paciente irá apresentar ao patógeno e se caracterizam nas seguintes formas (BRASIL, 2019):

- a) Hanseníase Indeterminada: é a forma inicial da doença, podendo evoluir de forma espontânea para a cura, na grande maioria dos casos, normalmente apresenta apenas uma lesão, de cor um pouco mais clara que a pele, com distúrbio da sensibilidade, ou áreas limitadas de pele com aspecto normal e com distúrbio de sensibilidade, pode ser acompanhada de alopecia e/ou anidrose (BRASIL, 2019);
- b) Hanseníase Tuberculoide: forma mais benigna e localizada, presente em indivíduos com alta resistência ao bacilo, apresenta poucas lesões ou lesão única, com limites definidos e pouco elevados, e com ausência de sensibilidade ou dormência local, pode ocorrer comprometimento de troncos nervosos, causando dor, fraqueza e atrofia muscular ou perda total da sensibilidade térmica, tátil e dolorosa, ausência de sudorese e/ou alopecia (BRASIL, 2019);
- c) Hanseníase Dimorfa: chamada também de borderline, tem características laboratoriais e clínicas que podem se aproximar tanto do polo tuberculoide como do virchowiano, apresentando variedade maior de lesões cutâneas em placas e nódulos eritemato-acastanhados, onde as lesões mais características são denominadas pré-faveolares ou faveolares, apresentando áreas deprimidas ao centro e com aspecto de

pele normal, com limites internos nítidos e externos difusos, apresenta acometimento mais extenso dos nervos, ocasionando quadros clínicos de neurites agudas (BRASIL, 2019);

- d) Hanseníase Virchowiana: conhecida como lepromatosa, devido à imunidade celular ser nula, o bacilo tem capacidade de se multiplicar mais facilmente, ocasionando maior gravidade e evolução com presença de anestesia das mãos e dos pés; o quadro clínico favorece traumatismos e feridas que podem acarretar atrofia muscular, deformidades, pernas com inchaço e nódulos (hansenomas); lesões de pele caracterizadas por placas com infiltrações, de cor eritemato-acastanhada ou ferruginosa; faces com infiltrações e madarose superciliar e ciliar, pavilhões auriculares com hansenomas, sulcos cutâneos com acentuação e espessamento; acometimento da laringe, com rouquidão e problemas em órgãos internos, podendo envolver o fígado, suprarrenais, baço e testículos, bem como a hanseníase históide, com presença de hansenomas com aparência de queloides ou fibromas, com número elevado de bacilos; também há quantidade maior de troncos nervosos comprometidos (BRASIL, 2019).

A OMS e o Ministério da Saúde fazem orientações importantes quanto a situações em que o indivíduo deve ser encaminhado ao serviço de referência para o controle da hanseníase, podendo aparecer intercorrências clínicas, como recidivas, reações adversas ao tratamento, reações hansênicas, reabilitação motora ou cirúrgica, assim como o esclarecimento de dúvidas sobre o diagnóstico (FINOTTI; ANDRADE; SOUZA, 2020). Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase (PCDT), quando houver dúvida sobre o diagnóstico da doença na Atenção Primária, os pacientes deverão ser referenciados para a Atenção Especializada (BRASIL, 2023).

3.3 Diagnóstico e tratamento da hanseníase

O diagnóstico da hanseníase é, sobretudo, clínico e epidemiológico, realizado com base na história e nas condições de vida do paciente, por meio do exame dermatoneurológico para identificação das lesões ou áreas de pele com

presença de alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos, com alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas (BRASIL, 2019).

Define-se como caso de hanseníase quando se encontra pelo menos um ou mais dos seguintes critérios, conhecidos como sinais cardinais da hanseníase: 1) Lesão(ões) e/ou áreas(s) da pele que apresentam alteração na sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil; 2) Nervo periférico com espessamento, acompanhado de alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; 3) *M. leprae* presente na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biópsia de pele (BRASIL, 2016).

Seguindo critérios definidos pela OMS, após a conclusão diagnóstica a partir do exame clínico e/ou baciloscópico, os casos de hanseníase devem ser classificados para fins de tratamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Os paucibacilares caracterizam-se pela presença de uma a cinco lesões cutâneas e baciloscopia obrigatoriamente negativa. Os multibacilares serão caracterizados pela presença de mais de cinco lesões de pele e/ou baciloscopia positiva (BRASIL, 2022c).

A hanseníase é uma doença integralmente curável, o tratamento é gratuito no Brasil, por meio da Atenção Básica, desde a década de 1980, constituído pela Poliquimioterapia, combinação de medicamentos muito eficazes (BRASIL, 2015).

Após a definição do diagnóstico, o tratamento da hanseníase deverá ser iniciado na primeira consulta, se não houver contraindicações, como alergia à Sulfa ou à Rifampicina, mediante a associação dos medicamentos (Rifampicina, Dapsona e Clofazimina) (BRASIL, 2017).

A partir de 2018, a OMS passou a preconizar o uso dos três medicamentos para o tratamento dos casos de hanseníase, através da Poliquimioterapia Única (PQT-U), independente da classificação operacional (BRASIL, 2022b). O esquema farmacológico é recomendado, seguindo os critérios de faixa etária, peso corporal e classificação operacional. Os casos em adultos PB receberão a PQT-U (Rifampicina + Dapsona + Clofazimina), por seis meses, com uma dose mensal supervisionada de Rifampicina 600mg, Clofazimina 300mg e Dapsona 100mg, além de uma dose autoadministrada com Clofazimina 50mg e Dapsona 100mg, diariamente. Os casos em adultos MB também receberão a PQT-U, o tratamento terá duração de 12 meses (BRASIL, 2022c).

A detecção da hanseníase de maneira precoce, o tratamento imediato para evitar a incapacidade física e a redução da transmissão da infecção na comunidade têm sido estratégia eficaz para eliminação da doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Para tanto, é indispensável a inspeção da integridade da função neural e o grau de incapacidade física em três momentos, sendo na ocasião do diagnóstico, na ocorrência de estados reacionais e na alta por cura do paciente, ou seja, ao término da Poliquimioterapia. Na avaliação da integridade da função neural, é aconselhada a utilização do formulário de Avaliação Neurológica Simplificada, que será preenchido de acordo com a realização do exame neurológico na sequência crânio-podal, compreendendo inspeção, palpação/percussão, avaliação funcional (sensibilidade, força muscular) dos nervos e, a partir daí, poder classificar o grau de incapacidade física do paciente (BRASIL, 2019).

A Portaria SCTIE/MS nº 67, de 7 de julho de 2022, aprovou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase (PCDT), definindo critérios de diagnóstico, tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, abordagem psicossocial para o enfrentamento do estigma e da discriminação, avaliação de contatos, acompanhamento e monitoramento para pacientes acometidos pela hanseníase e os mecanismos de gestão e controle da endemia, no âmbito do SUS (BRASIL, 2022d).

O Brasil, pensando na importância do diagnóstico precoce, é o primeiro país do mundo a incorporar, na esfera do SUS, um teste rápido para detecção de anticorpos anti-M. leprae como instrumento auxiliar nas ações de controle da hanseníase, servindo de apoio na avaliação de contatos, indicando o grupo que deve ser monitorado mais de perto quanto ao surgimento de sinais e sintomas da doença, ou ainda direcionando o encaminhamento à Atenção Especializada para avaliação por um especialista, em caso de alterações suspeitas inconclusivas por profissionais de saúde (BRASIL, 2023).

Posteriormente ao término do tratamento, o paciente é considerado curado e retirado das estatísticas oficiais de casos em acompanhamento. Assim, mesmo que permaneçam com alguma sequela da doença ou episódios reacionais, esses pacientes não são mais considerados como casos ativos de hanseníase (TORRES *et al.*, 2017).

Assegurar que todas as pessoas do território ou fora dele tenham igual oportunidade de serem diagnosticadas e tratadas, requer a inclusão da vigilância das ações de controle da hanseníase na Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), ação estratégica para o controle eficaz e eficiente da doença (PEREIRA *et al.*, 2019).

A Atenção Básica, pela ESF, constitui a porta de entrada preferencial das Redes de Atenção à Saúde, na qual ocorre vínculo, acolhimento, responsabilização dos trabalhadores de saúde com usuários e família. Deste modo, espera-se que, no diagnóstico precoce, os sinais e sintomas clínicos da hanseníase possam ser identificados, visando prevenção de incapacidades e deformidades resultantes da doença quando não tratada ou diagnosticada tardiamente (AQUINO *et al.*, 2015).

Contudo, o aumento contínuo de casos de hanseníase se deve principalmente às fragilidades associadas ao diagnóstico tardio, com destaque para características da própria população (condições socioeconômicas e negligência com a própria saúde), e aquelas relacionadas aos serviços de saúde (pouca disponibilidade e difícil acesso da população) e dos sistemas de vigilância em saúde (detecção passiva) (SOUZA; LUNA; MAGALHÃES, 2019).

Essas fragilidades resultam em baixa proporção de cura de doentes, contribuindo para manutenção da transmissão, evolução com incapacidades físicas permanentes, estados reacionais e resistência aos medicamentos. Ademais, o percentual de contatos examinados é um indicador positivo da capacidade dos serviços de saúde em realizar as ações e a vigilância dos contatos de casos, de forma a aumentar a detecção oportuna de novos casos (PEREIRA *et al.*, 2019).

Em 2022, com o aperfeiçoamento das estratégias e ações de controle da hanseníase, espera-se melhoria das práticas de assistência e vigilância de forma integrada, visando redução da carga da doença em todo o país (BRASIL, 2023).

A hanseníase permanece sendo um problema de saúde pública e está relacionada a estigmas e preconceitos que podem acarretar problemas biopsicossociais, assim como alterações das necessidades humanas fundamentais, interferindo diretamente na qualidade de vida das pessoas. O estigma conferido aos pacientes portadores de hanseníase pode vir a gerar atitudes preconceituosas e excludentes, podem surgir até dentro dos laços familiares, gerando repercussões graves na vida pessoal, como sofrimento psicológico e tentativas de esconder a doença para evitar rejeição (PALMEIRA *et al.*, 2020).

3.4 Qualidade de vida

Após o início do tratamento, em decorrência do diagnóstico tardio, alguns indivíduos com hanseníase podem apresentar incapacidades que interferem na qualidade de vida, diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social, problemas psicológicos, entre outros fatores (TORRES *et al.*, 2017).

Trabalhos que trazem evidências sobre o perfil dos portadores de hanseníase e a qualidade de vida destes podem colaborar para aperfeiçoar as medidas de eliminação da doença, alinhar os esclarecimentos, facilitando o diagnóstico precoce para evitar as incapacidades, aumentando as estratégias de adesão ao tratamento, propiciando maior controle da hanseníase no país (SIMÕES *et al.*, 2016).

Conceituar qualidade de vida é tão amplo quanto o conceito de saúde, preconizado pela OMS, e pode estar influenciado por diversos fatores. Existem definições de qualidade de vida que estão relacionadas a princípios fundamentais, como: poder socioeconômico, capacidade funcional, nível de satisfação, disposição física, estado emocional, interação social, atividade intelectual e também relacionado à autoproteção de saúde (SIMÕES *et al.*, 2016).

Avaliar a qualidade de vida é essencial para o planejamento e acompanhamento do tratamento, assim como para a identificação dos fatores preditores de qualidade de vida, o desenvolvimento de estratégias para promoção de bem-estar e a prevenção de saúde mental do paciente (TORRES *et al.*, 2017).

Por esse motivo, todas as estratégias voltadas para a prevenção e o tratamento de deficiências e deformidades causadas pela hanseníase são essenciais, para que as pessoas acometidas melhorem a qualidade de vida (D'AZEVEDO *et al.*, 2019).

Entender as aceções sociais e culturais da hanseníase permite aos profissionais aproximação e envolvimento maior com a realidade do sujeito doente, visando orientar as práticas em saúde no levantamento das reais necessidades dos usuários, de modo a superar as limitações do tratamento físico-biológico, considerando toda problemática social agregada à hanseníase (SILVA *et al.*, 2020).

Nesse contexto, não é possível abordar a hanseníase de forma fragmentada, pois existe situação delicada entre a saúde social, a mental e a física que estão fortemente arraigadas nessa enfermidade. Por este motivo, a equipe

multidisciplinar é importante, pois os profissionais deverão ter a preocupação de compreender e oferecer assistência de forma integral que agregue valores, entendimentos, conhecimentos, e os preconceitos que cada paciente percebe na vida diária (GAUDENCI *et al.*, 2015).

O desenvolvimento de instrumentos que possibilitem avaliar o bem-estar e a qualidade de vida já é pensado e discutido no meio científico. Essas medidas objetivas de mensuração da qualidade de vida podem ser usadas como adjuvantes da análise de intervenções tanto terapêuticas como sociais (SIMÕES *et al.*, 2016).

Esses instrumentos são divididos em dois grupos: o primeiro é composto por instrumentos genéricos que possuem a finalidade de analisar a força de uma doença sobre a vida do indivíduo, podendo ser aplicados em diferentes populações, destacando como exemplo o *World Health Organization to Access Quality of Life* (WHOQOL), *Medical Outcomes Study Short Form Health Survey-36* (SF-36) e outros; no segundo grupo, têm-se os instrumentos específicos e com capacidade de avaliar, de forma pontual, determinados aspectos da qualidade de vida em saúde, apresentando maior sensibilidade na detecção de melhora ou piora do aspecto estudado, neste grupo, têm-se vários questionários validados, como exemplo o *Dermatology Life Quality Index* (DLQI) e o *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ) (ARAÚJO, 2010).

Portanto, a literatura indica diversos questionários padronizados e, neste estudo, optou-se por utilizar o *Dermatology Life Quality Index – Brasil* (DLQI-BRA), na versão traduzida e validada para a língua portuguesa, sendo considerado o primeiro questionário a abordar qualidade de vida em dermatologia (ARAÚJO, 2010).

O Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI) é um instrumento de avaliação que pode ser usado para verificar a carga física, psicológica e social de distúrbios relacionados à dermatologia. O DLQI apresenta-se como ferramenta simples e eficaz para medir e comparar o impacto causado pelas doenças dermatológicas no indivíduo (AMATYA; JHA; SHRESTHA, 2020).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, realizado de junho de 2022 a janeiro de 2023. Faz parte de um projeto da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), cujo título é: Aspectos Clínicos, Sociodemográficos, Epidemiológicos e Operacionais da Hanseníase em Município Hiperendêmico da Baixada Maranhense, que tem financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA), Processo UNIVERSAL - 01135/19.

4.2 Local de estudo

A pesquisa foi desenvolvida no município de Pinheiro, localizado na Mesorregião Norte do Estado do Maranhão (MARANHÃO, 2018), considerado a Microrregião da Baixada Maranhense, apresentando os municípios de Palmeirândia, Bequimão e Presidente Sarney como limítrofes, com população estimada de 84.160 (oitenta e quatro mil, cento e sessenta) habitantes, área territorial de 1.512.969 km² e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,637 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021).

O município apresenta uma Rede Assistencial de Saúde composta por dois Hospitais (um regional e outro da rede materno-infantil), um Centro de Especialidades Médicas, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Laboratório de Análises Clínicas, um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Serviço Avançado Móvel de Urgência (SAMU), além de Unidades de Saúde da Família (17 Equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF), conforme dados encontrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2022e). O Programa de Controle da Hanseníase está implantado em todas as ESF e funciona de forma descentralizada, dentro das áreas de abrangências das equipes (BRASIL, 2019) onde foi realizado o estudo.

4.3 Critérios de inclusão e exclusão

Incluíram-se no estudo todos os casos de hanseníase, residentes no município de Pinheiro - MA, com idade igual ou superior a 18 anos, notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), de janeiro a dezembro de 2022, que estavam em tratamento ou acompanhamento nas Unidades de Saúde do referido município.

Excluíram-se aqueles que, após duas tentativas para coleta de dados, não compareceram ao serviço de saúde, não foram localizados ou foram transferidos.

4.4 População/amostra do estudo

No período de janeiro a dezembro de 2022, notificaram-se 34 casos de hanseníase, em pessoas com idade igual ou superior a 18 anos. Destes, 11 não compareceram, quatro não foram localizados e um foi transferido. A amostra não probabilística foi constituída por 18 casos (53% dos casos notificados em 2022) (BRASIL, 2022a).

4.5 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada de junho de 2022 a janeiro de 2023, utilizando-se dos seguintes instrumentos: Formulário - Casos de Hanseníase, contendo dados sociodemográficos, clínicos e epidemiológicos (Anexo A); Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) (Anexo B); e Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI-BRA) (Anexo C). As variáveis de estudo incluíram informações sociodemográficas (sexo, cor/raça, escolaridade e renda familiar), clínicas da doença (classificação operacional, grau de incapacidade física, história de hanseníase na família e tempo de doença), os escores do DLQI-BRA e o comprometimento da Qualidade de Vida. Considerou-se tempo de doença o período compreendido entre o início dos primeiros sinais e sintomas relatados pelo participante até a data do diagnóstico.

No momento do comparecimento do paciente à Unidade, identificado pelo cartão de agendamento e/ou retorno para seguimento do tratamento, realizou-se a

abordagem para a pesquisa. As informações foram coletadas a partir da abordagem direta dos participantes e registros no prontuário médico e das fichas de notificação e investigação do SINAN (Anexos D e E).

A coleta de dados teve início após esclarecimentos sobre a pesquisa e anuência formal, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo participante (Anexo F). Para os analfabetos, após os esclarecimentos, a anuência foi realizada pela inclusão da impressão dactiloscópica do participante.

As atividades desenvolvidas seguiram rigorosamente as medidas sanitárias estabelecidas para o controle da pandemia da COVID-19.

4.6 Análise dos dados

Após a coleta de dados, as informações foram digitadas no software Microsoft Excel® e analisadas no programa EPI-INFO, versão 7 (CDC – Atlanta), a partir de estatística descritiva, expressas frequências absolutas e relativas.

A Qualidade de Vida foi avaliada pela aplicação do Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI). O questionário DLQI compreende 10 perguntas, cada uma com quatro respostas possíveis pontuadas de 0 a 3, cobrindo a última semana de vida do paciente. A soma dessas pontuações é calculada como o total de pontos do DLQI.

As pontuações variam de 0 (sem impacto sobre qualidade de vida) a 30 (maior nível de impacto). O somatório das respostas possibilita a análise dos dados segundo os intervalos 0-1 = nenhum efeito na vida do paciente; 2-5 = pequeno efeito na vida do paciente; 6-10 = efeito moderado na vida do paciente; 11-20 = efeito grande na vida do paciente; 21-30 = efeito muito grande na vida do paciente.

Para verificar em que variáveis sociodemográficas e clínica o comprometimento na Qualidade de Vida foi mais frequente, os resultados do DLQI foram agrupados em “Sem comprometimento” (Escores 0 a 1) e “Com comprometimento” (Escores 2 a 30).

4.7 Aspectos éticos

O projeto maior foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Pinheiro - MA (SEMUS) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), conforme parecer nº 5.565.810 e Certificado de Apresentação e Apreciação Ética (CAAE), nº 29278620.4.0000.5086 (Anexo G).

5 RESULTADOS

Os resultados e a discussão desse estudo estão apresentados em formato de artigo científico, conforme as normas do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), Universidade Federal do Maranhão, e seguiram as instruções para publicação pela Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Qualis B1 (Anexo H).

5.1 Artigo

Hanseníase: características sociodemográficas, clínicas e qualidade de vida de pessoas afetadas em município do Maranhão

Leprosy: sociodemographic and clinical characteristics and quality of life of affected people in a municipality of Maranhão, Brazil

Lepra: características sociodemográficas, clínicas y calidad de vida de personas afectadas en municipio del Maranhão, Brasil

Cristina Rosângela do Nascimento Carneiro

Dorlene Maria Cardoso de Aquino

RESUMO

Objetivo: Analisar as características sociodemográficas, clínicas e qualidade de vida em pessoas afetadas pela hanseníase, em município da Baixada Maranhense. **Método:** Estudo epidemiológico descritivo, indivíduos a partir de 18 anos, notificados em Pinheiro - MA, Brasil, em 2022. Coleta por formulário - Casos de Hanseníase, Avaliação Neurológica Simplificada, DLQI - BRA, prontuários e notificações, análise no software Microsoft Excel® e EPI-INFO. **Resultados:** Maiores frequências no sexo masculino, pardos, analfabetos, renda de R\$ 1.200,00 a 2.400,00, multibacilares, grau zero, sem história de hanseníase na família, tempo de doença menos de um ano. DLQI apresentando comprometimento no sexo

masculino, pretos e pardos, analfabetos e educação superior incompleta, renda de R\$ 1.200,00 a 2.400,00, multibacilares, grau II, com história de hanseníase na família, tempo de doença menos de um ano. Apenas 27,78% do Escore sem alteração da qualidade de vida. Nas questões/domínios, os resultados mostram que todas as pessoas foram afetadas. **Conclusão e implicação para a prática:** Indivíduos com comprometimento da qualidade de vida e necessidade de melhorias das ações de vigilância epidemiológica da hanseníase. Incentivar pesquisas envolvendo doenças negligenciadas com foco na atenção e gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Hanseníase; Epidemiologia; Qualidade de vida; Doenças Negligenciadas.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to analyze sociodemographic and clinical characteristics and quality of life of people affected by leprosy in a municipality of the Baixada Maranhense, Brazil. **Method:** It was a descriptive epidemiological study conducted with individuals aged 18 years and older, notified in Pinheiro-MA, Brazil, in 2022. Data collection occurred by form – Leprosy Cases, Simplified Neurological Assessment, DLQI-BRA, Medical Records and Notifications, analysis in Microsoft Excel®, and Epi-Info. **Results:** There was a prevalence of males, brown, illiterate, income of BRL 1,200.00 to 2,400.00, multibacillary, zero grade, no family history of leprosy, disease duration of less than 1 year. DLQI revealed impairment in males, black and brown, illiterate and incomplete higher education, income of BRL 1,200.00 to 2,400.00, multibacillary, grade 2, family history of leprosy, disease duration of less than 1 year. Only 27.78% of the score presented no change in quality of life. In the Issues/Domains, results show that all people were affected. **Conclusion and implications for practice:** Individuals with compromised quality of life and need for improvements in epidemiological surveillance of leprosy. To encourage research involving neglected diseases with care and care management in the Family Health Strategy.

Keywords: Leprosy; Epidemiology; Quality of Life; Neglected Diseases.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las características sociodemográficas y clínicas y la calidad de vida de personas con lepra, en municipio del Maranhão, Brasil. **Método:** Estudio epidemiológico descriptivo, con individuos a partir de 18 años, notificados en Pinheiro - MA, Brasil, 2022. Recolección por formulario - Casos de Lepra, Evaluación Neurológica Simplificada, DLQI - BRA, Registros y Notificaciones, análisis en software Microsoft Excel® e EPI-INFO. **Resultados:** Mayor frecuencia en hombres, mestizos, analfabetos, sueldos de R\$ 1.200,00 a 2.400,00, multibacilar, grado cero, sin antecedentes de lepra en la familia, duración de la enfermedad de menos de 1 año. DLQI muestra deterioro en hombres, negros y pardos, analfabetos y educación superior incompleta, renta de R\$ 1.200,00 a 2.400,00, multibacilar, grado II, con antecedentes de lepra en la familia, duración de la enfermedad de menos de 1 año. Solo 27,78% de la puntuación sin cambio en la calidad de vida. En las preguntas/dominios, los resultados señalaron que todas las personas se vieron afectadas. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** Individuos con calidad de vida comprometida y necesidad de mejoras en la vigilancia epidemiológica de la lepra. Fomentar investigación que involucre enfermedades desatendidas con atención y gestión del cuidado en la Estrategia de Salud Familiar.

Palabras clave: Lepra; Epidemiología; Calidad de vida; Enfermedades Desatendidas.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, que é capaz de infectar grande número de indivíduos (alta infectividade), embora poucos adoeçam (baixa patogenicidade)¹.

É uma doença que altera profundamente a condição de vida da pessoa e, quando não tratada corretamente, pode evoluir com alterações físicas, mudando a aparência e causando limitações severas².

As sequelas geradas pela hanseníase são condições que interferem permanentemente na vida das pessoas afetadas, comprometendo a realização das atividades diárias e, sobretudo, a Qualidade de Vida (QV). O Grau de Incapacidade Física (GIF) é responsável pelas maiores

consequências da doença, atingindo diretamente a produtividade na vida laboral, as atividades desenvolvidas no cotidiano e as relações interpessoais, podendo ainda desencadear transtornos psicossociais e queda na QV dos portadores da doença, acarretando prejuízo de natureza social, econômica e psicológica³.

A qualidade de vida relaciona-se à capacidade do indivíduo em proporcionar equilíbrio adequado entre diversas dimensões, seja no amor, na família, no trabalho, na amizade, na religião, no dinheiro, no lazer, na saúde e em outros, visando vida tranquila⁴. Por afetar a evolução da doença e a autoestima das pessoas, a QV vem sendo objeto de muitos estudos⁵⁻⁷.

No ano de 2021, 106 países reportaram à Organização Mundial da Saúde (OMS) o total de 140.594 casos novos da doença no mundo. Neste contexto, a taxa de detecção de casos novos apresentou aumento de 10,2% em comparação com 2020. Em 2021, a Índia foi o país que mais registrou casos novos, cerca de 53,6% do total global. Na região das Américas, houve 19.826 (14,1%) casos notificados, destes, 18.318 (92,4%) ocorreram no Brasil. Assim, o Brasil ocupa o segundo lugar entre os países com maior número de casos no mundo, seguido da Indonésia. Os países que mais reportaram casos novos de hanseníase foram Índia, Brasil e Indonésia, correspondendo a 74,5% do total em todo o mundo⁸.

A hanseníase está na lista das doenças globais incluídas como negligenciadas, uma vez que prevalece em condições de pobreza e contribui para manutenção do quadro de desigualdade social, representando forte entrave aos países em desenvolvimento⁹.

A pandemia do novo coronavírus, denominado de SARS-CoV-2, causador da infecção COVID-19, declarada em janeiro de 2020 pela OMS, criou dificuldades para novos diagnósticos e tratamento de pacientes com hanseníase, contribuindo para a subnotificação e o pior prognóstico dos casos no Brasil e no mundo¹⁰. Fato que pode gerar complicações, como o agravamento do estado de saúde do paciente e o desenvolvimento de reações e sequelas¹¹.

A análise de dados preliminares referentes a 2022 mostram que o Brasil diagnosticou 14.962 casos novos de hanseníase. Entre os estados com maior número de casos novos na população geral está o Maranhão, com 1.860 casos, seguido de Mato Grosso, Pernambuco, Bahia e Pará, com mais de mil casos cada UF¹².

O Maranhão, é um dos estados da federação que apresenta alta incidência e prevalência de hanseníase¹³. Em 2021, alcançou número de detecção geral de 1.941 casos e taxa de detecção de 27,13/100.000 habitantes, embora com o reflexo de redução observado no país, devido à pandemia da COVID-19, ainda é considerado estado de endemicidade muito alto¹². Inserido neste contexto, encontra-se o município de Pinheiro que, no mesmo período, apresentou taxa de detecção anual na população geral de 23,8/100.000 habitantes, seguindo os parâmetros do Maranhão¹⁴.

Devido à magnitude da hanseníase e ao poder incapacitante, esta doença tornou-se foco de campanhas em saúde pública, por abranger especialmente indivíduos em idade economicamente ativa³.

A Estratégia Global de Hanseníase 2021-2030 apresenta mudança expressiva na abordagem ao enfrentamento da hanseníase no mundo. Anteriormente, as estratégias estavam direcionadas para eliminação da hanseníase como problema de saúde pública e alcançou avanços significativos na redução da carga global da hanseníase nas últimas três décadas. Todavia, a nova estratégia concentra esforços para a interrupção da transmissão e o alcance de zero casos autóctones, visando, a longo prazo: zero hanseníase, zero infecção e doença, zero incapacidade, zero estigma e discriminação⁸.

O estigma associado à hanseníase e a discriminação de pessoas afetadas pela doença desafiam a identificação precoce e a conclusão oportuna do tratamento. Pacientes ainda sofrem com a exclusão social, processos de depressão e perda de renda familiar em decorrência da doença¹⁵.

Diante da multidimensionalidade da hanseníase, entende-se a importância de avaliar a qualidade de vida de pacientes acometidos por esta doença, com a finalidade de identificar a influência desta em aspectos diversos do indivíduo e, assim, acrescentar novos conceitos para as ações do cuidado integral para os pacientes¹⁶.

Nesse contexto, o presente estudo torna-se relevante, tendo como objetivo analisar as características sociodemográficas, clínicas e qualidade de vida em pessoas afetadas pela hanseníase, em município da Baixada Maranhense.

MÉTODOS

Trata-se de estudo epidemiológico descritivo, cujos dados foram coletados nas Unidades Básicas de Saúde do município de Pinheiro, localizado na Mesorregião Norte do Estado do Maranhão¹⁷, com população estimada de 84.160 habitantes¹⁸.

Incluíram-se no estudo todos os casos de hanseníase, residentes no município de Pinheiro - MA, Brasil, com idade igual ou superior a 18 anos, notificados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), no período de janeiro a dezembro de 2022, que estavam em tratamento ou acompanhamento nas Unidades de Saúde do referido município. Excluíram-se aqueles que, após duas tentativas para coleta de dados, não compareceram ao serviço de saúde (11 casos), não foram localizados (quatro casos) ou foram transferidos (um caso). A amostra não probabilística foi constituída por 18 casos (53% dos casos notificados em 2022).

A coleta de dados foi realizada de junho de 2022 a janeiro de 2023, utilizando-se dos seguintes instrumentos: Formulário - Casos de Hanseníase, contendo dados sociodemográficos, clínicos e epidemiológicos; Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada (ANS); e o Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI-BRA). As variáveis de estudo incluíram informações sociodemográficas (sexo, cor/raça, escolaridade e renda familiar), clínicas da doença (classificação operacional, grau de incapacidade física, história

de hanseníase na família e tempo de doença), os escores do DLQI-BRA e o comprometimento da Qualidade de Vida. Considerou-se tempo de doença o período compreendido entre o início dos primeiros sinais e sintomas relatados pelo participante até a data do diagnóstico.

No momento do comparecimento do paciente à Unidade, identificado pelo cartão de agendamento e/ou retorno para seguimento do tratamento, realizou-se da abordagem para a pesquisa, sendo as informações coletadas diretamente dos participantes e registros no prontuário médico e da ficha de notificação do SINAN.

A coleta de dados teve início após esclarecimentos sobre a pesquisa e anuência formal, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo participante. Para os analfabetos, após os esclarecimentos, a anuência foi realizada pela inclusão da impressão dactiloscópica do participante.

As atividades desenvolvidas seguiram rigorosamente as medidas sanitárias estabelecidas para o controle da pandemia da COVID-19.

As informações foram digitadas no software Microsoft Excel® e analisadas no programa EPI-INFO, versão 7 (CDC - Atlanta).

Para análise das variáveis sociodemográficas, clínicas e da qualidade de vida, utilizou-se da estatística descritiva. A Qualidade de Vida foi avaliada pela aplicação do Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI). O questionário DLQI compreende 10 perguntas, cada uma com quatro respostas possíveis pontuadas de 0 a 3, cobrindo a última semana de vida do paciente. A soma dessas pontuações é calculada com o total de pontos do DLQI. As pontuações variam de 0 (sem impacto sobre qualidade de vida) a 30 (maior nível de impacto). O somatório das respostas possibilita a análise dos dados, segundo os intervalos 0-1 = nenhum efeito na vida do paciente; 2-5 = pequeno efeito na vida do paciente; 6-10 = efeito moderado na vida do paciente; 11-20 = efeito grande na vida do paciente; 21-30 = efeito muito grande na vida do paciente.

Para verificar em que variáveis sociodemográficas e clínica o comprometimento na Qualidade de Vida foi mais frequente, os resultados do DLQI foram agrupados em “Sem comprometimento” (Escore 0 a 1) e “Com comprometimento” (Escore 2 a 30).

O estudo seguiu os pressupostos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, tendo como base a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), em 26 de novembro de 2020, conforme Parecer Consubstanciado nº 4.422.963 e reapresentado para aprovação, ocorrida no dia 05 de agosto de 2022, sob o novo Parecer nº 5.565.810 e Certificado de Apresentação e Apreciação Ética (CAAE), nº 29278620.4.0000.5086.

RESULTADOS

Os resultados relativos ao perfil sociodemográfico das pessoas afetadas pela hanseníase e que participaram do estudo mostraram maiores frequências do sexo masculino, cor/raça parda, analfabetos e com renda familiar de R\$ 1.200,00 a 2.400,00 (Tabela 1).

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas, segundo comprometimento da qualidade de vida das pessoas afetadas pela hanseníase atendidas nas Unidades de Saúde do Município de Pinheiro - MA, Brasil, 2023.

VARIÁVEIS	nº	%	Comprometimento QV			
			Sim		Não	
			nº	%	nº	%
Sexo						
Masculino	13	72,22	10	76,92	3	23,08
Feminino	5	27,78	3	60,00	2	40,00
Cor/Raça						
Parda	12	66,67	9	75,00	3	25,00
Preta	5	27,78	4	80,00	1	20,00
Branca	1	5,56	0	0,0	1	100,00
Escolaridade						
Analfabeto	5	27,78	5	100,00	0	0,00
Ensino Fundamental Incompleto	3	16,67	2	66,67	1	33,33
Ensino Fundamental Completo	2	11,11	1	50,00	1	50,00
Ensino Médio Completo	4	22,22	3	75,00	1	25,00

Educação Superior Incompleta	1	5,56	1	100,00	0	0,00
Educação Superior Completa	3	16,67	1	33,33	2	66,67
Renda Familiar (em reais)						
< 1.200,00	4	22,22	3	75,00	1	25,00
1.200,00 - 2.400,00	10	55,56	8	80,00	2	20,00
> 2.400,00	4	22,22	2	50,00	2	50,00
Total	18	100,0	13	72,72	5	27,78

Fonte: Dados da Pesquisa.

Quanto às características clínicas, houve predomínio da classificação operacional multibacilar da doença. Em relação ao grau de incapacidade física no diagnóstico, o maior percentual foi do grau zero. No que concerne à história de hanseníase na família, a maioria respondeu não ter casos na família. Ao analisar o tempo de doença, a maior frequência foi dos que relataram tempo inferior a um ano (Tabela 2).

Tabela 2. Variáveis clínicas, segundo comprometimento da qualidade de vida das pessoas afetadas pela hanseníase atendidas nas Unidades de Saúde do Município de Pinheiro - MA, Brasil, 2023.

VARIÁVEIS	n°	%	Comprometimento QV			
			Sim		Não	
			n°	%	n°	%
Classificação operacional						
Paucibacilar	7	38,89	4	57,14	3	42,86
Multibacilar	11	61,11	9	81,82	2	18,18
Grau de incapacidade física						
0	8	44,44	4	50,0	4	50,0
1	6	33,33	5	83,33	1	16,67
2	4	22,22	4	100,00	0	0,00
História de hanseníase na família						
Sim	5	27,78	4	80,00	1	20,00
Não	13	72,22	9	69,23	4	30,77
Tempo de doença (anos)						
< 1 ano	8	44,44	7	87,50	1	12,50
1 - 2	6	33,33	3	50,00	3	50,00
> 2	4	22,22	3	75,00	1	25,00
Total	18	100,0	13	72,72	5	27,78

Fonte: Dados da Pesquisa.

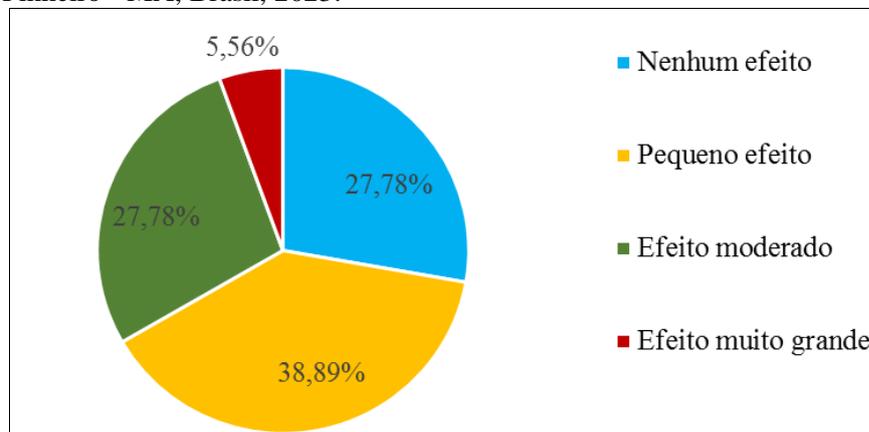
Na avaliação das variáveis sociodemográficas com o comprometimento da qualidade de vida, os maiores percentuais de comprometimento foram observados no sexo masculino,

na cor/raça preta, seguida da pardo, nas pessoas sem escolaridade e os com educação superior incompleta, além daqueles com renda familiar entre R\$ 1.200,00 e 2.400,00 (Tabela 1).

Nas variáveis clínicas, o comprometimento foi mais observado entre aqueles com a classificação operacional multibacilar, que possuíam grau II de incapacidade física, que relataram história de hanseníase na família e tempo de doença de menos de um ano (Tabela 2).

Em relação aos Escores do DLQI e ao efeito da hanseníase na vida do paciente, identificaram-se: pequeno efeito, efeito moderado, nenhum efeito e efeito muito grande (Figura 1).

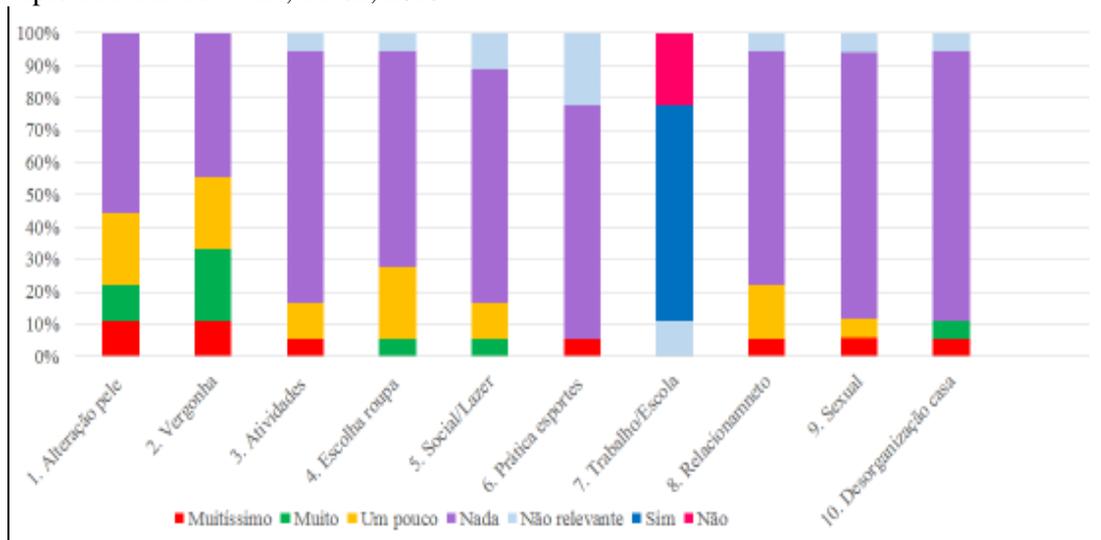
Figura 1. Escore do DLQI das pessoas afetadas pela hanseníase atendidas nas Unidades de Saúde do Município de Pinheiro - MA, Brasil, 2023.



Fonte: Dados da Pesquisa.

Na análise da qualidade de vida, segundo as questões/domínios, verificou-se que todos foram afetados, sendo os relativos às questões, “pele coçou, esteve sensível, dolorida ou ardida”, “vergonha ou preocupação com a aparência”, “Escolha da roupa” e “Problemas no trabalho/escola”, os mais afetados (Figura 2).

Figura 2. Qualidade de Vida das pessoas afetadas pela hanseníase, segundo questões/domínios, município de Pinheiro - MA, Brasil, 2023.



Fonte: Dados da Pesquisa.

DISCUSSÃO

A hanseníase é uma doença infecciosa e transmissível, apresenta caráter crônico e ainda persiste como problema de saúde pública¹².

A hanseníase é distribuída geograficamente, considerando-se os grupamentos espaciais, identificadas como áreas com risco aumentado para casos da doença e, no Brasil, não apresenta características uniformes. No Maranhão, a maioria dos municípios fazem parte de áreas com alto risco de hanseníase¹⁹.

Na análise dos casos de hanseníase diagnosticados no município de Pinheiro - MA, observou-se o predomínio do sexo masculino, dado que também se repete na maioria da literatura estudada^{11-12,19-21}. Alguns fatores podem estar relacionados com essa predominância, como maior exposição em atividades relacionadas ao trabalho; baixo nível de autocuidado; reduzido acesso a informações²²; maior contato social dos homens; exposição a ambientes de risco; e menos políticas públicas e programas voltados à saúde do homem, reduzindo a oportunidade de diagnóstico precoce²³.

Em relação à cor/raça, a maior frequência de casos em pessoas da cor parda assemelhou-se aos dados nacionais relativos ao período de 2015 a 2019 e no ano de 2021.^{6,12,21,24,25}

Referente ao grau de escolaridade, identificou-se que 27,78% dos pacientes eram analfabetos, mostrando que é frequente o resultado de baixa escolaridade entre os estudos epidemiológicos que envolvem casos de hanseníase.^{12,22-23} O percentual de analfabetismo identificado na presente pesquisa foi superior ao relatado para os casos novos de hanseníase na Região Nordeste e estado do Maranhão, que foi 10,6% e 13,3%, respectivamente¹². Essa realidade demonstra que a baixa escolaridade ainda está diretamente ligada à hanseníase, podendo interferir no conhecimento sobre a doença, dificultando a detecção, prevenção e compreensão das orientações sobre o tratamento e os cuidados²³.

A renda familiar das pessoas que participaram do estudo ficou em torno de R\$ 1.200,00 a 2.400,00 mensais. Assim como foi observado em Pinheiro, outros autores estabelecem o fato de a hanseníase estar associada às condições socioeconômicas desfavoráveis.^{6,26-27}

A vulnerabilidade social é um fator importante para transmissão da hanseníase, uma vez que os problemas socioeconômicos estão diretamente relacionados à desnutrição, à inacessibilidade aos serviços públicos, à alta densidade populacional e às precárias condições de moradia, tornando-se influentes na exposição da pessoa e na resposta ao agente da doença.²⁸⁻²⁹

No meio científico, nas últimas décadas, as pesquisas que abordam discussões que enfatizam a influência das condições sociais, econômicas e culturais no perfil de morbimortalidade da população ganharam espaços³⁰. Embora não seja tema recente a comparação entre a transmissibilidade da hanseníase e as condições socioeconômicas da população, os estudos são divergentes³¹. Por essa razão, faz-se necessária a investigação loco

regional para encontrar e identificar as áreas com prioridade para intervenção, sobretudo, em regiões com parâmetros de endemicidade elevados¹⁹.

A presença maior de casos diagnosticados como multibacilares é semelhante ao exibido em diversos trabalhos, representando diagnóstico tardio e manutenção da cadeia de transmissão que contribui para disseminação da doença na população.^{19,27,32} No Brasil, constata-se aumento na proporção de casos novos multibacilares, com incremento em todas as regiões, sendo a maior proporção nas Regiões Norte e Nordeste¹².

Quanto ao grau de incapacidade física avaliado no momento do diagnóstico, observou-se maior frequência de casos sem incapacidade física (grau zero), também encontrada em outros estudos.^{12,19,27,33} Pessoas com grau de incapacidade física I e II, apresentando deformidades visíveis em consequência da doença e refletindo diagnóstico tardio, também fizeram parte da pesquisa.

A ferramenta mais importante para o tratamento oportuno, favorecendo a quebra da cadeia de transmissão do *M. leprae* e prevenindo o desenvolvimento das incapacidades físicas, ainda é o diagnóstico precoce, e a maioria dos casos de hanseníase podem ser diagnosticados na Atenção Primária em Saúde, por meio do diagnóstico clínico³⁴.

É imprescindível avaliar o grau de incapacidade física³⁵. O Brasil, no período de 2012 a 2021, apresentou parâmetro “regular” na avaliação do grau de incapacidade física realizado no momento do diagnóstico¹².

Quando analisada a história de casos de hanseníase na família, a maioria respondeu que não, em concordância com relatos na literatura atual.^{29,36,37} Contudo, são fundamentais as orientações quanto à avaliação dos contatos de um caso índice. A literatura descreve que os contatos intradomiciliares de pessoas com hanseníase na forma multibacilar possuem até oito vezes mais a chance de adoecerem³³.

O período decorrido entre a percepção dos sinais e sintomas até o momento do diagnóstico foi de menos de um ano. Dado semelhante foi constatado em estudo sobre o perfil sociodemográfico, clínico e geoespacial de casos novos de hanseníase diagnosticados, no Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, São Paulo, entre 2015 e 2019, em que o tempo referido para diagnóstico da doença, após os primeiros sinais e sintomas, foi inferior a um ano na maioria dos casos.^{29,36} Entretanto, em Pinheiro, também foram registrados casos com demora de mais de 24 meses para o diagnóstico.

Esse cenário é preocupante e pode estar corroborando a manutenção da cadeia de transmissão da doença, despertando preocupação quanto à possibilidade da existência de endemia oculta²⁹. É importante salientar que o diagnóstico tardio poderá influenciar diretamente o desenvolvimento das incapacidades físicas da pessoa afetada pela hanseníase³⁶.

O DLQI- BRA foi o instrumento utilizado para avaliação da qualidade de vida entre os casos de hanseníase nas Unidades de Saúde de Pinheiro, ao analisar os dados sociodemográficos e clínicos, relacionando-os com o comprometimento da qualidade de vida entre as pessoas afetadas pela doença, constatou-se que o sexo masculino foi predominante, assim como a cor/raça preta e parda entre os indivíduos que relataram problemas devido à hanseníase. Quanto à escolaridade dos entrevistados, o estudo trouxe percentuais elevados entre os analfabetos que apresentaram algum comprometimento da qualidade de vida, conforme outras literaturas. A baixa escolaridade da população pode implicar fator de propagação da doença, pois a hanseníase afeta populações menos favorecidas e com baixo nível de conhecimento, dificultando as ações de controle e a prevenção⁶. Entre a amostra, uma pessoa possuía educação superior incompleta, apresentando comprometimento da qualidade de vida alterada em consequência da hanseníase, o achado não é frequente e não foi identificado entre as literaturas estudadas.^{24,25,29}

As características econômicas dos entrevistados mostram renda familiar baixa, assim como observado em outros estudos³⁸. O impacto econômico na vida das pessoas com hanseníase afeta diretamente a qualidade de vida, na maioria das vezes, apresentam condições precárias de moradia, nutrição, higiene, locomoção e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Os casos multibacilares foram os que apresentaram maior comprometimento da qualidade de vida, corroborando dados descritos por outros autores^{6,39}. Da mesma forma, os pacientes com grau de incapacidade física I e II apresentaram comprometimentos que interferem na qualidade de vida, demonstrando o quanto é importante o diagnóstico precoce e tratamento desta doença para evitar sequelas⁴⁰. Na pesquisa, as pessoas com história de hanseníase na família e os que relataram tempo de doença de menos de um ano apresentaram problemas que interferem no cotidiano e, conseqüentemente, na qualidade de vida.

No DLQI, apenas 27,78% não apresentaram comprometimento da qualidade de vida. Os resultados são compatíveis com as literaturas, pois demonstram o quanto a doença afeta a vida das pessoas⁶⁻⁷. Essa realidade pode advir do impacto do acometimento pela hanseníase nas atividades diárias, interferindo na interação desses indivíduos com o meio onde estão inseridos na sociedade⁶.

No tocante à avaliação das questões/domínios do DLQI, tendo como base as respostas aos fatos transcorridos na última semana de vida das pessoas afetadas pela hanseníase (alteração de pele, vergonha, atividades, escolha das roupas, vida social/lazer, prática de esportes, trabalho/escola, relacionamentos, vida sexual, desorganização da casa), os resultados demonstraram que todos foram afetados, interferindo diretamente na qualidade de vida.

A hanseníase é uma doença que possui poder incapacitante, podendo ter reflexos de natureza econômica, social e psicológica, interferindo na capacidade produtiva do indivíduo, na qualidade de vida e na vida social⁴¹. O DLQI é um instrumento útil para quantificar esses dados subjetivos, permitindo avaliação além do plano clínico, tornando-se essencial para

vencer o estigma e alcançar proposta humanizada, visando qualidade de vida das pessoas afetadas pela hanseníase⁴⁰.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÃO PARA A PRÁTICA

Identificaram-se condições sociodemográficas, clínicas e de qualidade de vida das pessoas afetadas pela hanseníase no município de Pinheiro, com predominância do sexo masculino, cor/raça parda, sem grau de instrução e renda familiar entre R\$ 1.200,00 e 2.400,00, presença de formas multibacilares da doença, identificando diagnóstico tardio e manutenção da cadeia de transmissão, grau de incapacidade zero, embora com casos identificados com grau I e grau II, sem história de hanseníase na família e tempo de doença de menos de um ano, embora existam registros de diagnósticos após mais de dois anos.

O estudo permitiu identificar e compreender como as pessoas afetadas pela hanseníase vivenciam a realidade e o conflito da doença no cotidiano, por meio da aplicação do DLQI. Ao relacionar os dados sociodemográficos e clínicos com o comprometimento da qualidade de vida, constatou-se maior comprometimento no sexo masculino, cor/raça preta e parda, analfabetos e educação superior incompleta, pessoas com renda familiar entre R\$ 1.200,00 e 2.400,00, formas multibacilares, com graus I e II de incapacidades físicas, nas pessoas que relataram história de hanseníase na família e entre os que apresentaram tempo de doença de menos de um ano.

No DLQI, 27,78% não apresentaram comprometimento da qualidade de vida e, na avaliação das questões/domínios, os resultados demonstraram que todos foram afetados, interferindo na qualidade de vida dos indivíduos.

A hanseníase é uma doença crônica e que pode resultar em incapacidades físicas severas, quando diagnosticada tardiamente, podendo causar estigma social e efeito negativo na qualidade de vida das pessoas. A doença é um problema de saúde pública que afeta populações em diferentes países, incluindo o Brasil. Assim, como ocorre no Maranhão,

Pinheiro é um município com parâmetros de endemicidade muito alto para a hanseníase, havendo necessidade de melhoria nas ações de vigilância epidemiológica, alinhando-se à Estratégia Nacional para o Enfrentamento da Hanseníase 2023-2030, visando um Brasil sem a doença.

As ações devem considerar o perfil das pessoas com hanseníase, sobretudo, os homens que não frequentam as Unidades de Saúde e precisam ser encorajados a participarem das políticas públicas direcionadas a eles; promover orientações sobre o cuidado, por intermédio da educação em saúde para atingir aqueles com pouco ou nenhum grau de escolaridade; prevenir incapacidades físicas, por meio da busca ativa, do diagnóstico precoce e tratamento oportuno; melhorar a oferta de baciloscopia nos serviços de saúde; ampliar o acesso aos serviços na rede pública de saúde; realizar escuta qualificada e atendimento humanizado.

Nesse contexto, os profissionais da Atenção Básica são protagonistas do cuidado e assistência ao doente. A enfermagem tem papel primordial na linha do cuidado e, juntamente com a equipe multiprofissional, contribui de forma significativa na redução do impacto físico e psicossocial do portador de hanseníase, na melhoria do atendimento, redução de estigmas e na qualidade de vida. Contudo, é importante que o tema hanseníase também seja trabalhado de forma intersetorial, envolvendo outras camadas da sociedade.

A pandemia da COVID-19 foi um fator de limitação da pesquisa e os problemas relacionados seguem desafiando o sistema único de saúde, na capacidade de manter a oferta de serviços, garantindo o atendimento necessário à população-alvo, exigindo estratégias que visem fortalecimento das ações de prevenção e controle da hanseníase, sobretudo no que se refere à vigilância, ao diagnóstico, acompanhamento e tratamento dos casos.

O interesse da comunidade acadêmica e pesquisadores sobre temas que envolvam as doenças negligenciadas, como a hanseníase, precisa de mais incentivo pelas unidades federadas, com aplicação de recursos financeiros nos estudos científicos. É importante que as

ações tenham foco na atenção e gestão do cuidado em saúde, priorizando a Estratégia Saúde da Família.

FINANCIAMENTO

Esta pesquisa é proveniente de projeto da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), com o título “Aspectos Clínicos, Sociodemográficos, Epidemiológicos e Operacionais da Hanseníase em Município Hiperendêmico da Baixada Maranhense”, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA), Processo UNIVERSAL - 01135/19.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Cristina Rosângela do Nascimento Carneiro contribuiu com a redação, análise e interpretação dos dados. Dorlene Maria Cardoso de Aquino colaborou com a elaboração, o delineamento do estudo e a interpretação dos dados do manuscrito.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores afirmam que não houve conflitos de interesses na execução desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Guia de Vigilância em Saúde. 3ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.
2. Dolenz MFA, Guerra Silva NMM, Melo SC, Castanho S et al., Avaliação da qualidade de vida dos pacientes durante o tratamento e Hanseníase. Rev. Odontologia (ATO), Bauru, SP., v. 14, n. 4, p. 238-256, abr., 2014.
3. Gaudenci EM, Nardelli GG, Neto OPA, Malaquias BSS, Carvalho BT, Pedrosa LAK. Qualidade de vida, sintomas depressivos e incapacidade física de pacientes com hanseníase. Hansen. Int. 2015; 40(2):48–58.
4. Savassi LCM. Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores. 2010; [citado 28 fev 2023]. Disponível em: https://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/D_48.pdf.
5. Simões S., Castro SS, Scatena LM, Castro RO, LAU F A. Qualidade de vida dos portadores de hanseníase num município de médio porte. Medicina. 2016; 49(1):60-67.

6. Fortunato CN, Silva ACO, Mendes MS, Júnior SVS, Silva AB, Freire MEM. Qualidade de vida de pessoas com hanseníase atendidas em um hospital de referência, Paraíba-Brasil. *Enfermería Global*. 2019 Oct; [citado 20 fev 2023]; 56. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/342601>.
7. Costa RMPG, Mendes LCB. Qualidade de vida dos sujeitos com sequelas pela hanseníase e autocuidado: uma revisão integrativa/ Quality of life of people with leprosy sequelae and self-care: an integrative review. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2020; [citado 20 fev 2023]; 19(8), 2020. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude>.
8. Organização Mundial da Saúde. Global leprosy (Hansen disease) update 2021: moving towards interruption of transmission. *Weekly Epidemiological Record*. 2022; [citado 11 fev 2023]; 36:429-450. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9736-429-450>.
9. Cavalcante MDMA, Larocca LM, Chaves MMN. Multiple dimensions of healthcare management of leprosy and challenges to its elimination. *Journal of school of nursing - University of São Paulo*. 2020; 54:1–8.
10. Mendonça IMS, Eleres FB, Silva SEM, Ferreira SMB, Sousa GS. Impacto da pandemia de Covid-19 no atendimento ao paciente com hanseníase: estudo avaliativo sob a ótica do profissional de saúde. *Research, Society and Development*. 2022; 11(2):e4111225459-e4111225459.
11. Silva WC, Melo KC, Soares NA, Silva CO, Silva RA et al. Aspectos epidemiológicos da Hanseníase no Município de Caxias, do Estado do Maranhão. *Research, Society and Development*. 2021; [citado 20 fev 2023]; 10(2):2210212022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12022>.
12. Ministério da Saúde (BR). Boletim Epidemiológico de Hanseníase. Número Especial. Brasília, DF; 2023; [citado 20 out. 2022]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim_hansenia-2023_internet_completo.pdf
13. Passos CEC, Silva AR, Gonçalves EGR, Neiva FGC, Monteiro SG. Hanseníase no Estado do Maranhão: análise das estratégias de controle e os impactos nos indicadores epidemiológicos. *Hygeia*. 2016; 2(22):88–100.
14. Secretaria de Estado da Saúde. Consolidado 2021 - Indicadores. São Luís; 2022.
15. World Health Organization. Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020 - aceleração rumo a um mundo sem hanseníase. 2016.
16. Torres DC, Pinho KS, Borges CKS, Lopes AB et al. Comparação da qualidade de vida de indivíduos com e sem hanseníase. *Revista Ceuma Perspectivas*. 2019; 30(2).
17. Secretaria de Estado da Saúde. Macrorregião de Saúde. Diário Oficial do Estado do Maranhão; 2018; [citado 20 fev. 2023]; 120:22. Disponível em: https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPSAUDE/Anexo_Resolucao_CIBMA_nº_64-2018.pdf.html.

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados - Pinheiro. 2021; [citado 20 fev 2023]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma/pinheiro.html>.
19. Rangel MES. Dinâmica espacial e contingências socioambientais da hanseníase no estado do Maranhão: avaliação de risco e vulnerabilidade em área hiperendêmica [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.
20. Marciano LHSC, Belone AFF, Rosa PS, Coelho NMB, Ghidella CC, Nardi SMT et al. Epidemiological and geographical characterization of leprosy in a Brazilian hyperendemic municipality. *Cad Saúde Pública*. 2018; [citado 20 fev 2023]; 34(8): 1-16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00197216>.
21. Ministério da Saúde (BR). Hanseníase no Brasil. Perfil epidemiológico segundo níveis de atenção à saúde. Brasília, DF; 2022; [citado 20 fev 2023]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hanseniasse_perfil_epidemiologico_atencao_saude.pdf.
22. Lages DS, Kerr BM, Bueno IC, Niitsuma EN, Lana FC. A baixa escolaridade está associada ao aumento de incapacidades físicas no diagnóstico de hanseníase no Vale do Jequitinhonha. *HU Revista*. 2018; 44(3):303-309.
23. Sá SC, Silva DSS. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município da região norte do Brasil. *Brazilian Journal of Development*. 2021; [citado 20 fev 2023]; 7(1):8959-8974. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/23637/18999>.
24. Goiabeira YNLA, Rolim ILTP, Aquino DMC, Soeiro VMS *et al*. Perfil epidemiológico e clínico da hanseníase em capital hiperendêmica. *Rev enferm UFPE*. 2018; 12(6):1507-13. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234693>.
25. Costa AKAN, Pfrimer IAH, Menezes AMF, Nascimento LB, Filho JRC. Aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase. *Rev enferm UFPE*. 2019; [citado 20 fev 2023]; 13(1):353-62. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/236224/31296>.
26. Monteiro LD, Mota RMS, Martins-Melo FR, Alencar CH, Heukelbach J. Determinantes sociais da hanseníase em um estado hiperendêmico da região Norte do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017; [citado 20 fev 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Mj7VRH9pQ5Vmc66xCjX3J6n/?format=pdf&lang=pt>
27. Araújo KMFA, Lana FCF. Relação da hanseníase com a cobertura da estratégia saúde da família e condições socioeconômicas. *Ciencia y Enfermeria*. 2020; [citado 20 fev 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v26/0717-9553-cienf-26-1.pdf>.
28. Freitas LRS, Duarte EC, Garcia LP. Leprosy in Brazil and its association with characteristics of municipalities: ecological study, 2009-2011. *Trop Med Int Health*. 2014; 19(10):1216-25.

29. Chagas LBMO, Oliveira NG, Baptista IMFD, Souza VNB. Perfil sociodemográfico, clínico e geoespacial de casos novos de hanseníase diagnosticados no Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, São Paulo, entre 2015 e 2019. *Hansen. Int.* 2021; 46:1-22. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/hansenologia/article/view/37428>. Acesso em: 20 fev.
30. Barreto ML. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2017; [citado 20 nov. 2022]; 22 (7): 2097-108. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XLS4hCMT6k5nMQy8BJzJhHx/?lang=pt>.
31. Souza CDF. Hanseníase e determinantes sociais da saúde: Uma abordagem a partir de métodos quantitativos – Bahia, 2001 a 2015 [tese]. Recife: Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2018.
32. Matos TS, Souza CDF, Moura JCM, Fernandes TRMO, Mariano RS. Fatores associados à limitação de atividade em casos novos de hanseníase em município hiperendêmico do Nordeste, Brasil: estudo transversal. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2021; Jan-Dez; 16(43):2379.
33. Pedrosa VL et al. Leprosy among schoolchildren in the Amazon region: A cross-sectional study of active search and possible source of infection by contract tracing. *Neglected Tropical Disease.* 2018; Jan-Fev; 12. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0006261>
34. Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.
35. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016; [citado 12 fev 2023]. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/diretrizes-vigilancia-atencao-eliminacao-hanseniase.pdf>.
36. Silva JSR, Palmeira IP, Sá AMM, Nogueira LMV, Ferreira AMR. Variáveis clínicas associadas ao grau de incapacidade física na hanseníase. *Rev Cuid.* 2019; 10(1): e618. Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/618>.
37. Siqueira ML, Miri TJ, Duarte FRG, Naves GRR et al. Fatores associados à hanseníase em agentes comunitários de saúde da região amazônica. *Cienc Cuid Saude.* 2021; [citado 20 fev 2023]; 20:e56544. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude>.
38. Ribeiro GC, Lana FCF. Incapacidades físicas em hanseníase: caracterização, fatores relacionados e evolução. *Cogitare Enferm.* 2015; [citado 20 fev 023] jul/set; 20(3): 496-503. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1159/41246-162513-1-pb.pdf>.
39. Martins BDL, Torres FN, Oliveira MLW. Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do Dermatology Life Quality Index com diversas variáveis relacionadas à doença. *An Bras Dermatol.* 2008; [citado 20 fev 2023]; 83(1):39-43. Disponível em: [cielo.br/j/abd/a/MqjFhvPQqxQkqp7D75PHSKr/?format=pdf&lang=pt](https://www.scielo.br/j/abd/a/MqjFhvPQqxQkqp7D75PHSKr/?format=pdf&lang=pt)

40. Castro RNC, Veloso TC, Filho LJSM, Coelho LC et al Avaliação do grau de incapacidade física de pacientes com hanseníase submetidos ao Dermatology Quality Life Index em Centro de Referência e Unidades Básicas de Saúde de São Luis, MA. Rev Bras Clin Med. 2009; 7:390-392.
41. Loures LF, Mármora CHC, Barreto J, Duppre NC. Perception of stigma and social impacts on individuals with hansen's disease. Psicol Estud. 2016; [citado 20 fev 2023]; Jan; 21(4):665-75. Disponível em: <https://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/30037>.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelo estudo, analisaram-se as características sociodemográficas, clínicas e qualidade de vida de pessoas afetadas pela hanseníase no município de Pinheiro - MA, Brasil, considerado com parâmetro de endemicidade muito alto. O perfil sociodemográfico revela que a maioria dos casos era do sexo masculino, cor/raça pardo, analfabetos e renda familiar de R\$ 1.200,00 a 2.400,00. Os dados clínicos apresentaram percentual elevado da forma multibacilar, grau zero de incapacidade física, sem história de hanseníase na família e com tempo de doença de menos de um ano.

O DLQI-BRA, aplicado entre os participantes, permitiu a identificação e compreensão de como a hanseníase afeta a qualidade de vida das pessoas. Na análise das variáveis sociodemográficas e clínica com o comprometimento da qualidade de vida, observaram-se maiores valores entre o sexo masculino, cor/raça pretos e pardos, analfabetos e educação superior incompleta, renda familiar de R\$ 1.200,00 a 2.400,00, formas multibacilares, grau II de incapacidade física, além de problemas entre aqueles com história de hanseníase na família e os que apresentaram tempo de doença de menos de um ano. O Escore apresentou 27,78% dos casos sem alteração da qualidade de vida e, na avaliação das questões/domínios, os resultados mostraram que a doença interferiu na qualidade de vida de todas as pessoas.

Com base nos resultados obtidos, concluiu-se que a qualidade de vida das pessoas afetadas pela hanseníase estava comprometida, com necessidade de melhorias das ações de vigilância epidemiológica. Para tanto, é importante considerar o perfil das pessoas que convivem com a doença, promoção das políticas públicas de saúde, orientações sobre o cuidado, mediante a educação em saúde, prevenção de incapacidades físicas, busca ativa, diagnóstico precoce, tratamento oportuno, escuta qualificada e atendimento humanizado.

Nesse contexto, entende-se que os profissionais da Atenção Básica são protagonistas do cuidado e da assistência aos portadores de hanseníase. Na linha do cuidado, a Enfermagem desempenha papel fundamental, contribuindo na redução do impacto físico e psicossocial da pessoa afetada, na melhoria do atendimento, redução de estigmas e na qualidade de vida. Entretanto, é importante que o tema hanseníase também seja trabalhado de forma multiprofissional e

intersetorial, envolvendo outras camadas da sociedade. O incentivo à pesquisa e aplicação de recursos financeiros pelas esferas de governo também é de suma importância, sobretudo nos temas que se referem às doenças negligenciadas, com foco na atenção e gestão do cuidado em saúde, de modo a priorizar a Estratégia Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

ALVES, E. D.; FERREIRA, T. L.; FERREIRA, I. N. **Hanseníase avanços e desafios**. Brasília: NESPROM, 2014.

AMATYA, B.; JHA, A. K.; SHRESTHA, S. Frequency of different types of facial melanoses referring to the Department of Dermatology and Venereology, Nepal Medical College and Teaching Hospital in 2019, and assessment of their effect on health-related quality of life. **BMC Dermatology**, p. 3-9, 2020.

ANCHIETA, J. J. S. *et al.* Trend analysis of leprosy indicators in a hyperendemic Brazilian state, 2001-2015. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 61, 2019.

ARAÚJO, R. O. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes com hanseníase: uso do dermatology life quality index e do medical outcomes study 36**. [S.l.:s.n.], 2010. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/2776/4/Rogério Araujo.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2022.

ARAÚJO, K. M. F. A.; LANA, F. C. F. Relação da hanseníase com a cobertura da estratégia saúde da família e condições socioeconômicas. **Ciencia Y Enfermeria**, 2020. Disponível EM:<https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v26/0717-9553-cienf-26-1.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2022.

AQUINO, C. M. F. *et al.* Peregrinação (via crucis) até o diagnóstico da hanseníase. **Revista Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 185–190, 2015.

BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p. 2097-108, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XLS4hCMT6k5nMQy8BJzJhHx/?lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2022.

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

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Eliminar a hanseníase é possível um guia para os municípios**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da nanseníase como problema de saúde pública**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/diretrizes-vigilancia-atencao-eliminacao-hanseníase.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2023.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Guia prático sobre a hanseníase**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância em saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/media/pdf/2021/fevereiro/12/boletim-hanseníase-_25-01.pdf. Acesso em: 20 fev. 2023.

BRASIL. **Acompanhamento dos dados de hanseníase – Maranhão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/cnv/hanswma.def>. Acesso em: 24 out. 2023.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de Hanseníase**. Número Especial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-hanseníase-_25-01-2022.pdf. Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovações em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da hanseníase**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022c.

BRASIL. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Portaria SCTIE/ MS nº 67, de 7 de julho de 2022. Torna pública a decisão de aprovar, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, n. 129, seção 1, p. 77, 11 set. 2022d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pinheiro**. Brasília, DF, 2022e. Disponível em: <https://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=PINHEIRO>. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Hanseníase no Brasil. Perfil epidemiológico segundo níveis de atenção à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022f. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hanseníase_perfil_epidemiologico_atenc_ao_saude.pdf. Acesso em: 25 fev. 2022.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de Hanseníase**. Número Especial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-deconteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim_hanseníase-2023_internet_completo.pdf. Acesso em: 20 fev. 2023.

CASTRO, R. N. C. *et al.* Avaliação do grau de incapacidade física de pacientes com hanseníase submetidos ao Dermatology Quality Life Index em Centro de Referência e Unidades Básicas de Saúde de São Luis, MA. **Rev Bras Clin Med**, v. 7, p. 390-392, 2009.

CAVALCANTE, M. D. M. A.; LAROCCA, L. M.; CHAVES, M. M. N. Multiple dimensions of healthcare management of leprosy and challenges to its elimination. **Journal of school of nursing - University of São Paulo**, v. 54, p. 1–8, 2020.

CHAGAS, L. B. M. O. *et al.* Perfil sociodemográfico, clínico e geoespacial de casos novos de hanseníase diagnosticados no Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru, São Paulo, entre 2015 e 2019. **Hansen. Int.**, v. 46, p. 1-22, 2021. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/hansenologia/article/view/37428>. Acesso em: 20 fev. 2023.

COSTA, V. B. *et al.* Evaluation of Quality of Life and Functional Capacity of Cancer Patients in Chemotherapy. **Cienc Cuid Saude**, v. 16, n. 3, p. 1–8, 2017.

COSTA, A. K. A. N. *et al.* Aspectos clínicos e epidemiológicos da hanseníase clinical and epidemiological aspects of leprosy aspectos clínicos y epidemiológicos de la lepra. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 13, n. 1, p. 353-62, fev. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/236224/31296>. Acesso em: 20 fev. 2023.

COSTA, R. M. P. G.; MENDES, L. C. B. Qualidade de vida dos sujeitos com sequelas pela hanseníase e autocuidado: uma revisão integrativa/ Quality of life of people with leprosy sequelae and self-care: an integrative review. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 19, n. 8, 2020. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude>. Acesso em: 20 fev. 2023.

DOLENZ, M. F.A. *et al.* Avaliação da qualidade de vida dos pacientes durante o tratamento e Hanseníase. *Rev. Odontologia (ATO)*, Bauru, SP., v. 14, n. 4, p. 238-256, abr., 2014.

D'AZEVEDO, S. S. P. *et al.* Quality of life of people affected by leprosy in selfcare support groups. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019.

FINOTTI, R. F. C.; ANDRADE, A. C. S.; SOUZA, D. P. O. Transtornos mentais comuns e fatores associados entre pessoas com hanseníase: análise transversal em Cuiabá, 2018. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 2020.

FORTUNATO, C. N. *et al.* Qualidade de vida de pessoas com hanseníase atendidas em um hospital de referência, Paraíba-Brasil. **Enfermería Global**, n. 56 out. 2019. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/342601>. Acesso em: 20 fev. 2023.

FREITAS, L. R. S.; DUARTE, E. C.; GARCIA, L. P. Leprosy in Brazil and its association with characteristics of municipalities: ecological study, 2009-2011. **Trop Med Int Health**, v. 19, n. 10, p. 1216-25, 2014.

GAUDENCI, E. M. *et al.* Qualidade de vida, sintomas depressivos e incapacidade física de pacientes com hanseníase. **Hansen. Int**, v. 40, n. 2, p. 48–58, 2015.

GOIABEIRA, Y. N. L. A. *et al.* Perfil epidemiológico e clínico da hanseníase em capital hiperendêmica epidemiological and clinical profile of leprosy in a hyperendemic capital perfil epidemiológico y clínico de la hanseniasis en capital hiperendêmica. **Rev Enferm. UFPE**, Recife, v. 12, n. 6, p. 1507-13, jun. 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234693>. Acesso em: 20 fev. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Cidades e Estados - Pinheiro**. [S.l.:s.n.], 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma/pinheiro.html>. Acesso em: 20 fev. 2023.

LAGES, D. S *et al.* A baixa escolaridade está associada ao aumento de incapacidades físicas no diagnóstico de hanseníase no Vale do Jequitinhonha. **HU Revista**, v. 44, n. 3, p. 303-309, 2018.

LEVANTEZI, M.; SHIMIZU, H. E.; GARRAFA, V. Princípio da não discriminação e não estigmatização: reflexões sobre hanseníase. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 17-23. jan./mar. 2020. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1963. Acesso em: 20 fev. 2023.

LOIOLA, H. A. B. **Perfil epidemiológico, clínico e qualidade de vida de crianças afetadas pela hanseníase em um município hiperendêmico do Maranhão**. [S.l.:s.n.], 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3225>. Acesso em: 20 fev. 2023.

LOURES, L. F. *et al.* Perception of stigma and social impacts on individuals with hansen's disease. **Psicol Estud.**, v. 21, n. 4, p. 665-75, Jan. 2016. Disponível em: <https://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/30037>. Acesso em: 20 fev. 2023.

MARTINS, P. V.; CAPONI, S. Hanseníase, exclusão e preconceito: histórias de vida de mulheres em Santa Catarina. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2010.

MARTINS, B. D. L.; TORRES, F. N.; OLIVEIRA, M. L. W. Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do Dermatology Life Quality Index com diversas variáveis relacionadas à doença. **An Bras Dermatol.**, v. 83, n. 1, p. 39-43, 2008. Disponível em: cielo.br/j/abd/a/MqjFhvPQqxQkqp7D75PHSKr/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 20 fev. 2023.

MARANHÃO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Macrorregião de Saúde. **Diário Oficial do Estado do Maranhão**, São Luís, MA, v. 120, p. 22, 2018. Disponível em: https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPSAUDE/Anexo_Resolucao_CIBMA_nº_64-2018.pdf.html. Acesso em: 20 nov. 2022.

MARANHÃO (Estado). **Consolidado 2021 - Indicadores**. São Luís, MA: Secretaria de Estado da Saúde, 2022.

- MARCIANO, L. H. S. C. *et al.* Epidemiological and geographical characterization of leprosy in a Brazilian hyperendemic municipality. **Cad Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. 1-16, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00197216>. Acesso em: 20 fev. 2023.
- MATOS, T. S. *et al.* Fatores associados à limitação de atividade em casos novos de hanseníase em município hiperendêmico do Nordeste, Brasil: estudo transversal. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 2379, jan./dez. 2021.
- MENDONÇA, M. A. *et al.* Epidemiological profile of in-house contacts of leprosy cases in a Brazilian hypertendemic capital. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 4, p. 873–879, 2019.
- MENDONÇA, I. M. S. *et al.* Impacto da pandemia de Covid-19 no atendimento ao paciente com hanseníase: estudo avaliativo sob a ótica do profissional de saúde. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, p. e4111225459-e4111225459, 2022.
- MONTEIRO, L. D. *et al.* Determinantes sociais da hanseníase em um estado hiperendêmico da região Norte do Brasil. **Rev Saude Publica**, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Mj7VRH9pQ5Vmc66xCjX3J6n/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2023.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Global leprosy (Hansen disease) update, 2021: moving towards interruption of transmission. **Weekly Epidemiological Record**, n. 36, p. 429-450, 9 set. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9736-429-450>. Acesso em: 11 fev. 2023.
- PALMEIRA, I. P. *et al.* Hansen's disease patients' perceptions on their altered fundamental human needs: indications for self-care. **Rev Fun Care Online**, p. 319–325, 2020.
- PASSOS, C. E. C. *et al.* Hanseníase no Estado do Maranhão: análise das estratégias de controle e os impactos nos indicadores epidemiológicos. **Hygeia**, v. 12, n. 22, p. 88–100, 2016.
- PEREIRA, T. M. *et al.* Tendência temporal da hanseníase em região de alta endemicidade do Nordeste brasileiro. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n. 5, p. 1424–1430, 2019.
- PEDROSA, V.L. *et al.* Leprosy among schoolchildren in the Amazon region: A cross-sectional study of active search and possible source of infection by contract tracing. **Neglected Tropical Disease**, Jan.-Feb. 2018. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0006261>. Acesso em: 20 fev. 2023.
- PINHO, R. D. B. **Controle da hanseníase na atenção básica em saúde no Brasil: análise de fatores de estrutura e processo de trabalho.** São Luís: [s.n.], 2017.

- RANGEL, M. E. S. **Dinâmica espacial e contingências socioambientais da hanseníase no estado do Maranhão**: avaliação de risco e vulnerabilidade em área hiperendêmica. 2016. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.
- RIBEIRO, G. C.; LANA, F. C. F. Incapacidades físicas em hanseníase: caracterização, fatores relacionados e evolução. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 496-503, jul./set. 2015. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1159/41246-162513-1-pb.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2023.
- SANTOS, L. A. C.; FARIA, L.; MENEZES, R. F. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. **Revista Brasileira de Estudos de Populacao**, v. 25, n. 1, p. 167–190, 2008.
- SAVASSI, L. C. M. **Hanseníase**: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores. [S.l.:s.n.], 2010. Disponível em: https://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/D_48.pdf. Acesso em: 28 fev 2023.
- SÁ, S. C.; SILVA, D. S. S. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município da região norte do Brasil. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 8959-8974 jan. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/23637/18999>. Acesso em: 20 fev. 2023.
- SIMÕES, S. *et al.* Qualidade de vida dos portadores de hanseníase num município de médio porte. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 49, n. 1, p. 60–67, 2016.
- SILVA, J. S. R. *et al.* Variáveis clínicas associadas ao grau de incapacidade física na hanseníase. **Rev Cuid.**, v. 10, n. 1, p. e618, 2019. Disponível em: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/618>. Acesso em: 20 fev. 2023.
- SILVA, J. M. S. *et al.* Atenção às pessoas com hanseníase frente à pandemia de Covid-10: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6124/4061>. Acesso em: 11 fev. 2023.
- SILVA, W. C. *et al.* Aspectos epidemiológicos da Hanseníase no Município de Caxias, do Estado do Maranhão. **Research, Society and Development**, v. 10, n.2, p. e2210212022, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12022>. Acesso em: 20 fev. 2023.
- SILVA, L. O. L. *et al.* Representações Sociais do Processo de Diagnóstico e Cura da Hanseníase. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 12, n. 2, p. 73-87, 2020.
- SIQUEIRA, M. L. *et al.* Fatores associados à hanseníase em agentes comunitários de saúde da região amazônica. **Cienc Cuid Saude**, v. 20, p. e565442021. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude>. Acesso em: 20 fev. 2023.

SOUZA, E. A. *et al.* Hanseníase e Gênero no Brasil: tendências em área endêmica da região Nordeste, 2001-2014. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 1–12, 2018.

SOUZA, C. D. F. **Hanseníase e determinantes sociais da saúde**: uma abordagem a partir de métodos quantitativos – Bahia, 2001 a 2015. 2018. Tese (Doutorado) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

SOUZA, C. D. F.; LUNA, C. F.; MAGALHÃES, M. A. F. M. Transmissão da hanseníase na Bahia, 2001-2015: modelagem a partir de regressão por pontos de inflexão e estatística de varredura espacial. **Epidemiologia e Serviços de Saúde : Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v. 28, n. 1, 2019.

TORRES, D. C. *et al.* Comparação da qualidade de vida de indivíduos com e sem hanseníase. **Revista Ceuma Perspectivas**, edição especial, v. 30, n. 2, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Estratégia Global para Hanseníase 2016-2020 Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase**. [S.l.]: WHO, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of leprosy**. [S.l.]: WHO, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274127/9789290226383-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 12 fev. 2023.

ANEXOS

ANEXO A – Formulário para Coleta de Dados

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
 AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E
 INTERNACIONALIZAÇÃO
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

Aspectos clínicos, sociodemográficos, epidemiológicos e operacionais da hanseníase em município hiperendêmico da Baixada Maranhense, no período de 2015 a 2019.
 Pesquisador responsável: Prof.^a Dra. Doralene Maria Cardoso de Aquino

FORMULÁRIO - CASOS DE HANSENÍASE

Data do preenchimento ____/____/____ Ficha nº _____ Notificação nº _____
 Endereço completo: _____
 Data do início dos primeiros sintomas ____/____/____ Tempo de doença (meses) _____
 Data do início do tratamento ____/____/____ Data da alta ____/____/____
 Prontuário nº _____ Unidade de Saúde: _____ Código da US _____

1. Ano de Notificação: _____	1. Ano _____
2. Idade (anos) (no diagnóstico): _____ Se menor de 1 ano, informar quantos meses:	2. Idade _____
3. Sexo () 1. Masculino 2. Feminino 3. Não registrado 9. Ignorado	3. Sexo _____
4. Raça/Cor: () 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena 6. Não registrada 9. Ignorado	4. Raça/Cor _____
5. Escolaridade () (1) Analfabeto (2) 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) (3) 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) (4) 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) (5) Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) (6) Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) (7) Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) (8) Educação superior incompleta (9) Ignorado (10) Educação superior completa (11) Não se aplica	5. Escol _____
6. Gestante 1. 1º trimestre 2. 2º trimestre 3. 3º trimestre 4. Idade gestacional ignorada 5. Não 6. Não se aplica 9. Ignorado	6. Gesta _____
7. Residência () 1. Município de Pinheiro 2. Capital do Estado. 3. Outros municípios da Ilha de São Luís 4. Outros municípios do Estado 5. Outros Estados 6. Não registrado 9. Ignorado	7. Resid _____
8. Se residente Município de Pinheiro, qual a zona 1. Urbana	8. Zona _____

2. Rural 3. Periurbana 9. Ignorado	
9. Tipo de residência () 1. Casa 2. Apartamento 3. Outro _____	9. Reside _____
10. Tipo de parede da residência. () 1. Alvenaria 2. Palha 3. Taipa 4. Adobe 5. Outro _____	10. Parede _____
11. Tipo de Cobertura () 1. Telha 2. Palha 3. Laje 4. Outro _____	11. Cobert _____
12. Número de pessoas residentes na casa _____	12. PessoasCasa _____
13. Procedência da água usada para beber () 1. Rede pública 2. Poço 3. Rio, riacho 4. Outra _____	13. Procdágua _____
14. Tratamento da água para beber () 1. Filtrada 2. Clorada 3. Coada 4. Fervura 5. Nenhum 6. Outro _____	14. Tratágua _____
15. Com que frequência a água proveniente da rede geral está habitualmente disponível para este domicílio? 1. Diariamente 2. Pelo menos uma vez por semana 3. Menos que uma vez por semana 4. Não se aplica	15. Freqágua _____
16. Qual o número de cômodos na sua residência, incluindo banheiro (s) e cozinha(s)?	16. Cômododom _____
17. Quantos cômodos estão servindo permanentemente de dormitório para os moradores desta residência?	17. Côm dormir _____
18. Quantos banheiros de uso exclusivo dos moradores existem nesta residência?	18. Banheiro _____
19. Quantas pessoas dormem no mesmo cômodo que você atualmente?	19. DormeCom _____
20. Destino do lixo () 1. Coleta pública 2. À céu aberto 3. Queimado 4. Enterrado 5. Outro _____	20. Lixo _____
21. Destino dos dejetos () 1. Rede de esgoto 2. Fossa séptica 3. Fossa negra 4. Vala 5. Mato 6. Outro _____	21. Dejetos _____
22. Renda da familiar (em SM): _____	22. Renda _____
23. Já teve caso de hanseníase na família () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	23. TeveHansfam _____
24. Caso a resposta 23 seja SIM, qual o grau de parentesco () 1. Irmão/Irmã 2. Mãe/Pai 3. Tio/Tia 5. Avó/Avô 6. Primo/Prima 8. Outro _____	24. TeveParentans _____
25. Atualmente tem outros casos de hanseníase na família () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	25. TemHansfam _____
26. Caso a resposta 25 seja SIM, qual o grau de parentesco () 1. Irmão/Irmã 2. Mãe/Pai 3. Tio/Tia 5. Avó/Avô 6. Primo/Prima 8. Outro _____	26. TemParentans _____
27. Caso a resposta 25 seja SIM, quantos casos na família _____	27. Qthansfam _____
28. Caso a resposta 25 seja SIM, algum caso multibacilar? () 1. Sim 2. Não 3. Não soube informar 9. Ignorado	28. MBfam _____
29. Forma Clínica () 1. Indeterminada 2. Tuberculóide 3. Dimorfa 4. Virchowiana 5. Não Classificado 6. Não registrado 9. Ignorado	29. F.C _____
30. Classificação Operacional () 1. Paubacilar - PB 2. Multibacilar - MB	30. C.O _____
31. Baciloscopia de raspado intradérmico () 1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado	31. Balilosc _____
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA NO DIAGNÓSTICO	
32. Queixas no nariz () 1. Sim 2. Não 3. Não soube informar 9. Ignorado	32. DQueixNariz _____
33. Lado do nariz com queixas () 1. D 2. E 3. D/E 4. Não soube informar 9. Ignorado	33. DLadoNariz _____
34. Tipo de queixa no nariz:	34. DTipoqueixnariz _____
35. Ressecamento no nariz () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	35. DRessNariz _____
36. Lado do nariz com ressecamento 1. D 2. E 3. D/E 9. Ignorado	36. DLadoNarizRessec

37. Ferida no nariz () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	37. DFeridNariz _____
38. Lado do nariz com queixas () 1. D 2. E 3. D/E 4. Não soube informar 9. Ignorado	38. DLadoFeriNariz ____
39. Perfuração de septo nasal () 1. Sim 2. Não 3. Não soube informar 9. Ignorado	39. DPerfuSepto _____
40. Queixa nos olhos () 1. Sim 2. Não 3. Não soube informar 9. Ignorado	40. DQueixolhos _____
41. Tipo de queixa nos olhos:	41. DTipQueiOlhs _____
42. Diminuição da sensibilidade da córnea () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	42. DDimSenCorn _____
43. Olho com diminuição de sensibilidade da córnea 1. OD 2. OE 3. OD/OE 9. Ignorado	43. DOlhoDimSEns ____
44. Diminuição da força muscular da pálpebra superior () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	44. DDimFMPalp _____
45. Olho com diminuição da força muscular () 1. OD 2. OE 3. OD/OE 9. Ignorado	45. DOlhoDFM _____
46. Presença de triquíase () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	46. DTriq _____
47. Olho com triquíase () 1. OD 2. OE 3. OD/OE 9. Ignorado	47. DOlhoTriq _____
48. Presença de ectrópio () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	48. DEctrop _____
49. Olho com ectrópio () 1. OD 2. OE 3. OD/OE 9. Ignorado	49. DOlhoEctrop _____
50. Presença de opacidade corneana () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	50. DOpacidade_____
51. Olho com opacidade corneana () 1. OD 2. OE 3. OD/OE 3. Não soube informar 9. Ignorado	51. DOlhoOpacid _____
52. Acuidade visual em OD	52. DACVOD _____
53. Acuidade visual em OE	53. DACVOE _____
54. Acuidade visual diminuída () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	54. DACVDIM _____
55. Olho com acuidade visual diminuída () 1. OD 2. OE 3. OD/OE 9. Ignorado	55. DOlhoAVCDIM ____
56. Número de nervos afetados na face:	56. DNºNervoFace ____
57. Queixa MMSS () 1. Sim 2. Não 3. Não soube informar 9. Ignorado	57. DQueixMMSS ____
58. Tipo de queixa nos MMSS:	58. DTipQueiMMSS ____
59. Palpação Nervo Radial D () 1. Normal (N) 2. Espessado (E) 3. Dor (D) 4. Choque (C) 5. E+D 6. E+C 7. D+C 8. E+D+C 9. Ignorado	59. DPalpNRD _____
60. Palpação Nervo Radial E () 1. Normal (N) 2. Espessado (E) 3. Dor (D) 4. Choque (C) 5. E+D 6. E+C 7. D+C 8. E+D+C 9. Ignorado	60. DPalpNRE _____
61. Palpação Nervo Ulnar D () 1. Normal (N) 2. Espessado (E) 3. Dor (D) 4. Choque (C) 5. E+D 6. E+C 7. D+C 8. E+D+C 9. Ignorado	61. DPalpNUD _____
62. Palpação Nervo Ulnar E () 1. Normal (N) 2. Espessado (E) 3. Dor (D) 4. Choque (C) 5. E+D 6. E+C 7. D+C 8. E+D+C 9. Ignorado	62. DPalpNUE _____
63. Palpação Nervo Mediano D () 1. Normal (N) 2. Espessado (E) 3. Dor (D) 4. Choque (C) 5. E+D 6. E+C 7. D+C 8. E+D+C 9. Ignorado	63. DPalpNMD _____
64. Palpação Nervo Mediano E () 1. Normal (N) 2. Espessado (E) 3. Dor (D) 4. Choque (C) 5. E+D 6. E+C 7. D+C 8. E+D+C 9. Ignorado	64. DPalpNME _____
65. Força muscular Punho D (nervo radial) () 1. Forte=5 2. Resistência Parcial=4 3. Movimento Completo=3 4. Movimento Parcial=2 5. Contração=1 6. Paralisado=0 9. Ignorado	65. DFMPD _____
66. Força muscular Punho E (nervo radial) ()	66. DFMPE _____

1. Forte=5 2. Resistência Parcial=4 3. Movimento Completo=3 4. Movimento Parcial=2 5. Contração=1 6. Paralisado=0 9. Ignorado	
67. Força muscular Abdução 5º dedo D (nervo ulnar) () 1. Forte=5 2. Resistência Parcial=4 3. Movimento Completo=3 4. Movimento Parcial=2 5. Contração=1 6. Paralisado=0 9. Ignorado	67. DFM5ºDD _____
68. Força muscular Abdução 5º dedo E (nervo ulnar) () 1. Forte=5 2. Resistência Parcial=4 3. Movimento Completo=3 4. Movimento Parcial=2 5. Contração=1 6. Paralisado=0 9. Ignorado	68. DFM5ºDE _____
69. Força muscular Abdução Polegar D (nervo mediano) () 1. Forte=5 2. Resistência Parcial=4 3. Movimento Completo=3 4. Movimento Parcial=2 5. Contração=1 6. Paralisado=0 9. Ignorado	69. DFMPD _____
70. Força muscular Abdução Polegar E (nervo mediano) () 1. Forte=5 2. Resistência Parcial=4 3. Movimento Completo=3 4. Movimento Parcial=2 5. Contração=1 6. Paralisado=0 9. Ignorado	70. DFMPE _____
71. Garra móvel em Mão Direita () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	71. DGMMD _____
72. Garra móvel em Mão Esquerda () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	72. DGMME _____
73. Garra rígida em Mão Direita () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	73. DGRMD _____
74. Garra rígida em Mão Esquerda () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	74. DGRME _____
75. Reabsorção em Mão Direita () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	75. DRReabMD _____
76. Reabsorção em Mão Esquerda () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	76. DRReabME _____
77. Lesões tróficas em Mão Direita () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	77. DLTrofMD _____
78. Lesões tróficas em Mão Esquerda () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	78. DLTrofME _____
79. Lesões traumáticas em Mão Direita () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	79. DLTrauMD _____
80. Lesões traumáticas em Mão Esquerda () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	80. DLTrauME _____
81. Anestesia na mão D () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	81. DANestMD _____
82. Maior grau de anestesia em Mão Direita (Resposta ao filamento) () 1. 4,0g (vermelho) 2. 10,0g (laranja) 3. 300g (rosa) 4. Nenhuma resposta (preto = não sentiu o rosa)	82. DGrauAnestMD _____
83. Anestesia na mão E () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	81. DANestME _____
84. Maior grau de anestesia em Mão Esquerda (Resposta ao filamento) () 1. 4,0g (vermelho) 2. 10,0g (laranja) 3. 300g (rosa) 4. Nenhuma resposta (preto = não sentiu o rosa)	83. DGrauAnestME _____
85. Número de nervos afetados em MMSS:	84. DNºNerMMSS _____
86. Queixa MMII () 1. Sim 2. Não 3. Não soube informar 9. Ignorado	85. DQueixMMII _____
87. Tipo de queixa nos MMII:	86. DTipQueixMMSS _____
88. Palpação Nervo Fibular D () 1. Normal (N) 2. Espessado (E) 3. Dor (D) 4. Choque (C) 5. E+D 6. E+C 7. D+C 8. E+D+C 9. Ignorado	87. DPalpNFD _____
89. Palpação Nervo Fibular E () 1. Normal (N) 2. Espessado (E) 3. Dor (D) 4. Choque (C) 5. E+D 6. E+C 7. D+C 8. E+D+C 9. Ignorado	88. DPalpNFE _____
90. Palpação Tibial Posterior D () 1. Normal (N) 2. Espessado (E) 3. Dor (D) 4. Choque (C) 5. E+D 6. E+C 7. D+C 9. Ignorado	89. DPalpNTPD _____
91. Palpação Tibial Posterior E () 1. Normal (N) 2. Espessado (E) 3. Dor (D) 4. Choque (C) 5. E+D 6. E+C 7. D+C 9. Ignorado	90. DPalpNTPE _____
92. Força muscular hálux D (nervo fibular) ()	91. DPalpNTPE _____

1. Forte=5 2. Resistência Parcial=4 3. Movimento Completo=3 4. Movimento Parcial=2 5. Contração=1 6. Paralisado=0 9. Ignorado	
93. Força muscular hálux E (nervo fibular) () 1. Forte=5 2. Resistência Parcial=4 3. Movimento Completo=3 4. Movimento Parcial=2 5. Contração=1 6. Paralisado=0 9. Ignorado	92. DFMHE _____
94. Força muscular Elevação pé D (nervo fibular) () 1. Forte=5 2. Resistência Parcial=4 3. Movimento Completo=3 4. Movimento Parcial=2 5. Contração=1 6. Paralisado=0 9. Ignorado	93. DFMElevPD _____
95. Força muscular Elevação pé E (nervo fibular) () 1. Forte=5 2. Resistência Parcial=4 3. Movimento Completo=3 4. Movimento Parcial=2 5. Contração=1 6. Paralisado=0 9. Ignorado	94. DFMElevPE _____
96. Garra móvel em Pé Direito () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	95. DGMPD _____
97. Garra móvel em Pé Esquerda () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	96. DGMPE _____
98. Garra rígida em Pé Direito () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	97. DGRPD _____
99. Garra rígida em Pé Esquerdo () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	98. DGRPE _____
100. Reabsorção em Pé Direito () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	99. DReabPD _____
101. Reabsorção em Pé Esquerdo () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	100. DReabPE _____
102. Lesões tróficas em Pé Direita () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	101. DLesTrofPD _____
103. Lesões tróficas em Pé Esquerdo () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	102. DLesTrofPE _____
104. Lesões traumáticas em Pé Direito () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	103. DLestrauPD _____
105. Lesões traumáticas em Pé Esquerdo () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	104. DLestrauPE _____
106. Anestesia no pé D () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	105. DANestPD ____
107. Maior grau de anestesia em pé Direito (Resposta ao filamento) () 1. 4,0g (vermelho) 2. 10,0g (laranja) 3. 300g (rosa) 4. Nenhuma resposta (preto = não sentiu o rosa)	106. DGrauAnestPD ____
108. Anestesia no pé E () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	105. DANestPE ____
109. Maior grau de anestesia em pé Esquerdo (Resposta ao filamento) () 1. 4,0g (vermelho) 2. 10,0g (laranja) 3. 300g (rosa) 4. Nenhuma resposta (preto = não sentiu o rosa)	107. DGrauAnestPE ____
110. Número de nervos afetados em MMII:	108. DNºNerMMII _____
111. Grau de incapacidade no diagnóstico () 1. Grau Zero 2. Grau 1 3. Grau 2 4. Não avaliado 5. Não registrado 9. Ignorado	109. GIDIAGN _____
112. Somatório OMP no diagnóstico _____	110. OMPDIAGN _____
113. Modo de entrada () 1. Caso Novo 2. Transferência do mesmo município (outra unidade) 3. Transferência de Outro Município (mesma UF) 4. Transferência de Outro Estado 5. Transferência de Outro País 6. Recidiva 7. Outros Reingressos 9. Ignorado	111. Entrada ()
114. Modo de Detecção do Caso Novo () 1. Encaminhamento 2. Demanda Espontânea 3. Exame de Coletividade 4. Exame de Contatos 5. Outros Modos 9. Ignorado	112. Detecção ()
115. Ocorrência de Reações durante o tratamento. Considerar o primeiro episódio reacional () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	113. Reações ()

116. Tipo de Reação () 1. Reação Tipo I 2. Reação Tipo II 3. Neurite isolada 4. Reação Tipo 1 e 2. 5. Não registrado 9. Ignorado	114. Tipo reação ()
117. Sintomas apresentados na 1ª reação	115. Sint1ªReac _____
118. Mês de tratamento em que ocorreu a 1ª reação _____	116. Mês reação ()
119. Medicação Tratamento para a reação () 1. Prednisona 2. Talidomida 3. Prednisona/Talidomida 4. Outras 5. Não registrado 9. Ignorado	117. Medttº ()
120. Cicatriz de BCG? () 1. Nenhuma 2. Uma 3. Duas 9. Ignorado	118. BCG _____
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA NA ALTA	
121. Queixas no nariz () 1. Sim 2. Não 3. Não soube informar 9. Ignorado	119. AQueixNariz _____
122. Lado do nariz com queixas () 1. D 2. E 3. D/E 4. Não soube informar 9. Ignorado	120. ALadoNariz _____
123. Tipo de queixa no nariz:	121. ATipoqueixnariz ____
124. Ressecamento no nariz () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	122. ARessNariz _____
125. Lado do nariz com ressecamento 1. D 2. E 3. D/E 9. Ignorado	123. ALadoNarizRessec _
126. Ferida no nariz () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	124. AFeridNariz _____
127. Lado do nariz com queixas () 1. D 2. E 3. D/E 4. Não soube informar 9. Ignorado	125. ALadoFeriNariz __
128. Perfuração de septo nasal () 1. Sim 2. Não 3. Não soube informar 9. Ignorado	126. APerfuSepto _____
129. Queixa nos olhos () 1. Sim 2. Não 3. Não soube informar 9. Ignorado	127. AQueixOlhos _____
130. Tipo de queixa nos olhos:	128. ATipQueiOlhs_____
131. Diminuição da sensibilidade da córnea () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	129. ADimSenCorn _____
132. Olho com diminuição de sensibilidade da córnea 1. OD 2. OE 3. OD/OE 9. Ignorado	130. AOlhoDimSEns ____
133. Diminuição da força muscular da pálpebra superior () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	131. ADimFMPalp _____
134. Olho com diminuição da força muscular () 1. OD 2. OE 3. OD/OE 9. Ignorado	132. AOlhoDFM _____
135. Presença de triquíase () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	133. ATriq _____
136. Olho com triquíase () 1. OD 2. OE 3. OD/OE 9. Ignorado	134. AOlhoTriq _____
137. Presença de ectrópio () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	135. AEctrop _____
138. Olho com ectrópio () 1. OD 2. OE 3. OD/OE 9. Ignorado	136. AOlhoEctrop _____
139. Presença de opacidade corneana () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	137. AOpacidade_____
140. Olho com opacidade corneana () 1. OD 2. OE 3. OD/OE 3. Não soube informar 9. Ignorado	138. AOlhoOpacid _____
141. Acuidade visual em OD	139. AACVOD _____
142. Acuidade visual em OE	140 AACVOE _____
143. Acuidade visual diminuída () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	141. AACVDIM _____
144. Olho com acuidade visual diminuída () 1. OD 2. OE 3. OD/OE 9. Ignorado	142. AOlhoAVCDIM __
145. Número de nervos afetados na face:	143. ANºNervoFace ____
146. Queixa MMSS () 1. Sim 2. Não 3. Não soube informar 9. Ignorado	144. AQueixMMSS _____
147. Tipo de queixa nos MMSS:	145. ATipQueiMMSS __
148. Palpação Nervo Radial D () 1. Normal (N) 2. Espessado (E) 3. Dor (D) 4. Choque (C) 5. E+D 6. E+C	146. APalpNRD _____

7. D+C 9. Ignorado	
149. Palpação Nervo Radial E () 1. Normal (N) 2. Espessado (E) 3. Dor (D) 4. Choque (C) 5. E+D 6. E+C 7. D+C 9. Ignorado	147. APalpNRE _____
150. Palpação Nervo Ulnar D () 1. Normal (N) 2. Espessado (E) 3. Dor (D) 4. Choque (C) 5. E+D 6. E+C 7. D+C 9. Ignorado	148. APalpNUD _____
151. Palpação Nervo Ulnar E () 1. Normal (N) 2. Espessado (E) 3. Dor (D) 4. Choque (C) 5. E+D 6. E+C 7. D+C 9. Ignorado	149. APalpNUE _____
152. Palpação Nervo Mediano D () 1. Normal (N) 2. Espessado (E) 3. Dor (D) 4. Choque (C) 5. E+D 6. E+C 7. D+C 9. Ignorado	150. APalpNMD _____
153. Palpação Nervo Mediano E () 1. Normal (N) 2. Espessado (E) 3. Dor (D) 4. Choque (C) 5. E+D 6. E+C 7. D+C 9. Ignorado	151. APalpNME _____
154. Força muscular Punho D (nervo radial) () 1. Forte=5 2. Resistência Parcial=4 3. Movimento Completo=3 4. Movimento Parcial=2 5. Contração=1 6. Paralisado=0 9. Ignorado	152. AFMPD _____
155. Força muscular Punho E (nervo radial) () 1. Forte=5 2. Resistência Parcial=4 3. Movimento Completo=3 4. Movimento Parcial=2 5. Contração=1 6. Paralisado=0 9. Ignorado	153. AFMPE _____
156. Força muscular Abdução 5º dedo D (nervo ulnar) () 1. Forte=5 2. Resistência Parcial=4 3. Movimento Completo=3 4. Movimento Parcial=2 5. Contração=1 6. Paralisado=0 9. Ignorado	154. AFM5ºDD _____
157. Força muscular Abdução 5º dedo E (nervo ulnar) () 1. Forte=5 2. Resistência Parcial=4 3. Movimento Completo=3 4. Movimento Parcial=2 5. Contração=1 6. Paralisado=0 9. Ignorado	155. AFM5ºDE _____
158. Força muscular Abdução Polegar D (nervo mediano) () 1. Forte=5 2. Resistência Parcial=4 3. Movimento Completo=3 4. Movimento Parcial=2 5. Contração=1 6. Paralisado=0 9. Ignorado	156. AFMPD _____
159. Força muscular Abdução Polegar E (nervo mediano) () 1. Forte=5 2. Resistência Parcial=4 3. Movimento Completo=3 4. Movimento Parcial=2 5. Contração=1 6. Paralisado=0 9. Ignorado	157. AFMPE _____
160. Garra móvel em Mão Direita () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	158. AGMMD _____
161. Garra móvel em Mão Esquerda () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	159. AGMME _____
162. Garra rígida em Mão Direita () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	160. AGRMD _____
163. Garra rígida em Mão Esquerda () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	161. AGRME _____
164. Reabsorção em Mão Direita () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	162. AReabMD _____
165. Reabsorção em Mão Esquerda () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	163. AReabME _____
166. Lesões tróficas em Mão Direita () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	164. ALTrofMD _____
167. Lesões tróficas em Mão Esquerda () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	165. ALTrofME _____
168. Lesões traumáticas em Mão Direita () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	166. ALTrauMD _____
169. Lesões traumáticas em Mão Esquerda () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	167. ALTrauME _____
170. Anestesia na mão D () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	168. AAnestMD _____
171. Maior grau de anestesia em Mão Direita (Resposta ao filamento) () 1. 4,0g (vermelho) 2. 10,0g (laranja) 3. 300g (rosa) 4. Nenhuma resposta (preto = não sentiu o rosa)	169. AGrauAnestMD _____
172. Maior grau de anestesia em Mão Esquerda (Resposta ao filamento) () 1. 4,0g (vermelho) 2. 10,0g (laranja) 3. 300g (rosa) 4. Nenhuma resposta	170. AGrauAnestME _____

(preto = não sentiu o rosa)	
173. Número de nervos afetados em MMSS:	171. ANºNerMMSS ____
174. Queixa MMII () 1. Sim 2. Não 3. Não soube informar 9. Ignorado	172. AQueixMMII ____
175. Tipo de queixa nos MMII:	173. ATipQueixMMSS _
176. Palpação Nervo Fibular D () 1. Normal (N) 2. Espessado (E) 3. Dor (D) 4. Choque (C) 5. E+D 6. E+C 7. D+C 9. Ignorado	174. APalpNFD ____
177. Palpação Nervo Fibular E () 1. Normal (N) 2. Espessado (E) 3. Dor (D) 4. Choque (C) 5. E+D 6. E+C 7. D+C 9. Ignorado	175. APalpNFE ____
178. Palpação Tibial Posterior D () 1. Normal (N) 2. Espessado (E) 3. Dor (D) 4. Choque (C) 5. E+D 6. E+C 7. D+C 9. Ignorado	176. APalpNTPD ____
179. Palpação Tibial Posterior E () 1. Normal (N) 2. Espessado (E) 3. Dor (D) 4. Choque (C) 5. E+D 6. E+C 7. D+C 9. Ignorado	177. APalpNTPE ____
180. Força muscular hálux D (nervo fibular) () 1. Forte=5 2. Resistência Parcial=4 3. Movimento Completo=3 4. Movimento Parcial=2 5. Contração=1 6. Paralisado=0 9. Ignorado	178. AFMHD ____
181. Força muscular hálux E (nervo fibular) () 1. Forte=5 2. Resistência Parcial=4 3. Movimento Completo=3 4. Movimento Parcial=2 5. Contração=1 6. Paralisado=0 9. Ignorado	179. AFMHE ____
182. Força muscular Elevação pé D (nervo fibular) () 1. Forte=5 2. Resistência Parcial=4 3. Movimento Completo=3 4. Movimento Parcial=2 5. Contração=1 6. Paralisado=0 9. Ignorado	180. AFMElevPD ____
183. Força muscular Elevação pé E (nervo fibular) () 1. Forte=5 2. Resistência Parcial=4 3. Movimento Completo=3 4. Movimento Parcial=2 5. Contração=1 6. Paralisado=0 9. Ignorado	181. AFMElevPE ____
184. Garra móvel em Pé Direito () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	182. AGMPD ____
185. Garra móvel em Pé Esquerda () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	183. AGMPE ____
186. Garra rígida em Pé Direito () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	184. AGRPD ____
187. Garra rígida em Pé Esquerdo () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	185. AGRPE ____
188. Reabsorção em Pé Direito () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	186. AReabPD ____
189. Reabsorção em Pé Esquerdo () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	187. AReabPE ____
190. Lesões tróficas em Pé Direita () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	188. ALesTrofPD ____
191. Lesões tróficas em Pé Esquerdo () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	189. ALesTrofPE ____
192. Lesões traumáticas em Pé Direito () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	190. ALestrauPD ____
193. Lesões traumáticas em Pé Esquerdo () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	191. ALestrauPE ____
194. Anestesia no pé D () 1. Sim 2. Não 9. Ignorado	192. AAnestPD ____
195. Maior grau de anestesia em pé Direito (Resposta ao filamento) () 1. 4,0g (vermelho) 2. 10,0g (laranja) 3. 300g (rosa) 4. Nenhuma resposta (preto = não sentiu o rosa)	193. AGrauAnestPD ____
196. Maior grau de anestesia em pé Esquerdo (Resposta ao filamento) () 1. 4,0g (vermelho) 2. 10,0g (laranja) 3. 300g (rosa) 4. Nenhuma resposta (preto = não sentiu o rosa)	194. AGrauAnestPE ____
197. Número de nervos afetados em MMII:	195. DNºNerMMII ____
198. Total de nervos afetados no diagnóstico _____	196. TotalNerDiag ____
199. Total de nervos afetados na alta _____	197. TotalNerAlta ____
200. Tempo de doença (tempo transcorrido o entre primeiros sinais e sintomas da	198. TempDoen _____

doença e o diagnóstico) Em meses	
201. Qualidade de Vida em Dermatologia. Escore DQLI (casos com idade igual ou superior a 16 anos) 1) 0-1 = nenhum efeito na vida do paciente 2) 2-5 = pequeno efeito na vida do paciente 3) 06-10 = efeito moderado na vida do paciente 4) 11-20 = efeito grande na vida do paciente 5) 21-30 = efeito muito grande na vida do paciente 6) Não avaliado 9) Ignorado	199. EscoreDQLI _____
202. Qualidade de Vida na Dermatologia Infantil. Escore CDLQI (casos com idades entre 7 a 16 anos) 1. sem comprometimento da qualidade de vida (0 - 1) 2. com comprometimento leve (2-5) 3. moderado (6-10) 4. grave (11-20) 5. muito grave (21-30) 6) Não avaliado 9) Ignorado	200. EscoreCDLQI ____
203. Comprometimento na Qualidade de Vida () 1. Sim 2. Não 3. Não avaliado 9. Ignorado	201.CompromQL _____

Dados Complementares – Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em menores de 15 anos – PCID <15

204. Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas? () 1. Menos de 6 meses 2. De 6 meses há 1 ano 3. Mais de 1 ano 9. Ignorado	202. PriSint _____
205. Já fez algum tratamento anterior para a sintomatologia atual () 1. Não 2. Sim 9. Ignorado	203. TratAnte _____
206. Se a resposta 203 for SIM, qual doença/problema havia sido identificada/o? _____	204. DoenProb _____

Responsável pela coleta: _____

ANEXO B – Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada

DISQUE
SAÚDE
136

SUS+

MINISTÉRIO DA
SAÚDEPÁTRIA AMADA
BRASIL
GOVERNO FEDERALSecretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente
Transmissíveis

Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças em Eliminação

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA E CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA

Nome: _____

Ocupação: _____

Município: _____

Classificação Operacional PB: MB:

Data início PQT-U: ____/____/____

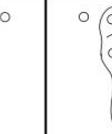
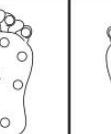
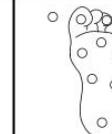
Data Nasc: ____/____/____

Sexo M: F:

UF: _____

Data Alta PQT-U: ____/____/____

FACE		1ª / /	2ª / /	3ª / /	4ª / /		
Nariz		D	E	D	E		
Queixas							
Ressecamento	(S/N)						
Ferida	(S/N)						
Perfuração de septo	(S/N)						
Olhos		D	E	D	E		
Queixas							
Diminuição da sensibilidade da córnea	(S/N)						
Diminuição da força muscular da pálpebra superior	(S/N)						
Fecha olhos sem força	(lagofftamo) "0" ou						
Fecha olhos com força	"mm"						
Triquiase	(S/N)						
Ectrópio	(S/N)						
Opacidade da córnea central	(S/N)						
Acuidade Visual	Tabela LogMAR						
Legenda: S = Sim N= Não; Em caso de fenda anotar em milímetros (mm), em caso de ausência de fenda anotar 0 (zero); Acuidade visual: se usar óculos usar durante o exame.							
MEMBROS SUPERIORES		1ª / /	2ª / /	3ª / /	4ª / /		
Queixas							
Palpação de nervos		D	E	D	E		
Radial							
Ulnar							
Mediano							
Palpação de nervos: N = Normal E = Espessado D = Dor C = Choque							
Avaliação de força		1ª / /	2ª / /	3ª / /	4ª / /		
		D	E	D	E		
Elevar o punho/ Extensão de punho (nervo radial)							
Abrir dedo mínimo / Abdução do 5o dedo (nervo Ulnar)							
Elevar o polegar / Abdução do polegar (nervo mediano)							
Legenda: Forte = F, Diminuída = D, Paralisado = P ou Forte = 5, Resistência Parcial = 4, Movimento completo = 3, Movimento Parcial = 2 Contração = 1, Paralisado = 0							
INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA ¹							
1ª / /		2ª / /		3ª / /		4ª / /	
D	E	D	E	D	E	D	E
Legenda: Monofilamentos = Seguir cores OU Caneta (2g), Sente = ✓ Não sente = X Garra móvel = M, Garra rígida = R, Reabsorção = Lesões tróficas = □ Lesões traumáticas = Δ							

MEMBROS INFERIORES		1ª / /		2ª / /		3ª / /		4ª / /		
Queixas										
Palpação de nervos		D	E	D	E	D	E	D	E	
Fibular										
Tibial Posterior										
Legenda: Normal = N Espessado = E Dor = D Choque = C										
AVALIAÇÃO DE FORÇA		1ª / /		2ª / /		3ª / /		4ª / /		
		D	E	D	E	D	E	D	E	
Elevar o hálux/ Extensão de hálux (nervo fibular)										
Elevar o pé/Dorsiflexão do pé (nervo fibular)										
Legenda: Forte = F , Diminuída = D , Paralisado = P ou Forte = 5 , Resistência Parcial = 4 , Movimento completo = 3 , Movimento Parcial = 2 Contração = 1 , Paralisado = 0										
INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA ²										
1ª / /		2ª / /		3ª / /		4ª / /				
D	E	D	E	D	E	D	E	D	E	
										
Legenda: Monofilamentos = Seguir cores OU Caneta (2g), Sente = ✓ Não sente = X Garra móvel = M , Garra rígida = R , Reabsorção =  Lesões tróficas = □ Lesões traumáticas = Δ										
DATA DA AVALIAÇÃO	Olhos		Mãos		Pés		Maior grau	Soma OMP (a+b+c+d+e+f)	Assinatura e carimbo	Observações importantes
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)				
	D	E	D	E	D	E				
__/__/__										
__/__/__										
__/__/__										
__/__/__										
GRAU	SINAIS E/OU SINTOMAS						Monofilamentos	Registro com a caneta		
	Olhos		Mãos		Pés					
0	Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea central preservada. Acuidade visual \geq 0,1 a 3m ou Conta dedos a 6 metros		Força muscular das mãos preservada E Sensibilidade palmar: sente o monofilamento 2g (violeta) ou o toque da ponta de caneta esferográfica		Força muscular dos pés preservada E Sensibilidade plantar: sente o monofilamento 2g (violeta) ou o toque da ponta de caneta esferográfica		Verde (0,05 g) - preencher círculo na cor verde Violeta (2,0 g) - preencher círculo na cor violeta	Sente = ✓		
1	Diminuição da força muscular da pálpebra sem deficiências visíveis. Diminuição ou perda da sensibilidade da córnea central: resposta ausente ao toque do fio dental ou diminuição /ausência de piscar		Diminuição da força muscular da mão sem deficiências visíveis E/OU Diminuição ou perda da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2 g violeta		Diminuição da força muscular do pé sem deficiências visíveis E/OU Diminuição ou perda da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2 g violeta		Vermelho (4,0 g) - preencher círculo na cor vermelha Rosa (300 g) - Circular na cor vermelho sem preencher	Laranja (10,0 g) - marcar o círculo com X na cor vermelho Não sentiu Rosa (300 g) - preencher na cor preta	Não sente = X	
2	Deficiência(s) visível(eis) causada(s) pela hanseníase, como: lagofalmo, ectrópio, triquiase, opacidade corneana central. E/OU Acuidade visual $<$ 0,1 a 3 metros ou não conta dedos a 6 metros, excluídas outras causas.		Deficiência(s) visível(eis) causada(s) pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, lesões tróficas e/ou traumáticas.		Deficiência(s) visível(eis) causada(s) pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, lesões tróficas e/ou traumáticas.		Notas: Inspeção e avaliação sensitiva. 1. O círculo fora da palma da mão indica a avaliação da região dorsal entre o polegar e indicador inervado pelo radial. 2. O círculo fora da planta do pé indica a avaliação da região dorsal entre o hálux e 0 2º artelho inervado pelo fibular. ATENÇÃO: As deficiências classificadas como grau 1 e/ou 2, somente serão atribuídas à hanseníase quando excluídas outras causas.			

ANEXO C – Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia (DLQI)

QUALIDADE DE VIDA EM DERMATOLOGIA	
PROJEO PINHEIRO	
Unidade de Saúde: _____	Número do SINAN do Caso: _____
Pesquisador: _____ Data da Coleta: _____	
Revisor: _____ Data da Revisão: _____	
Nome completo do caso	_____

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA EM DERMATOLOGIA – DLQI

O objetivo deste questionário é medir o quanto seu problema de pele afetou sua vida **NO DECORRER DA ÚLTIMA SEMANA**. Marque com um círculo a melhor resposta para cada pergunta.

1. Na última semana, quanto sua pele coçou, esteve sensível, dolorida ou ardida?	Muitíssimo 3	Muito 2	Um pouco 1	Nada 0		Revisor ()
2. Na última semana, você ficou com vergonha ou se preocupou com sua aparência por causa de sua pele?	Muitíssimo 3	Muito 2	Um pouco 1	Nada 0		()
3. Na última semana, quanto sua pele interferiu nas suas compras ou nas suas atividades dentro e fora de casa?	Muitíssimo 3	Muito 2	Um pouco 1	Nada 0	Não relevante 0	()
4. Na última semana, quanto sua pele influenciou na escolha das roupas que você vestiu?	Muitíssimo 3	Muito 2	Um pouco 1	Nada 0	Não relevante 0	()
5. Na última semana, quanto sua pele afetou as atividades sociais ou de lazer?	Muitíssimo 3	Muito 2	Um pouco 1	Nada 0	Não relevante 0	()
6. Na última semana, quanto sua pele atrapalhou a prática de esportes?	Muitíssimo 3	Muito 2	Um pouco 1	Nada 0	Não relevante 0	()
7. Na última semana, sua pele o impediu de trabalhar ou ir à escola?	Sim 3	Não 0		Não relevante 0		()
Caso sua resposta seja NÃO, na última semana quanto sua pele lhe causou problemas no trabalho ou na escola?	Muito 2	Um pouco 1		Nada 0		()

8. Na última semana, quanto sua pele lhe causou problemas com seu parceiro ou amigos mais próximos e parentes?	Muitíssimo 3	Muito 2	Um pouco 1	Nada 0	Não relevante 0	()
9. Na última semana, quanto seu problema de pele lhe causou dificuldades sexuais?	Muitíssimo 3	Muito 2	Um pouco 1	Nada 0	Não relevante 0	()
10. Na última semana, quanto o seu tratamento para a pele foi um problema deixando sua casa desorganizada ou tomando muito o seu tempo?	Muitíssimo 3	Muito 2	Um pouco 1	Nada 0	Não relevante 0	()
Escore DLQI <i>(some todos os valores das questões)</i>	0-1 = nenhum efeito na vida do paciente 2-5 = pequeno efeito na vida do paciente 06-10 = efeito moderado na vida do paciente 11-20 = efeito grande na vida do paciente 21-30 = efeito muito grande na vida do paciente					()

ANEXO D – Ficha de Notificação/Investigação

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
		FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO		HANSENÍASE	
Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: - lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.					
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2 Agravado/doença		Código (CID10)		3 Data da Notificação
	HANSENÍASE		A 3 0. 9		
	4 UF	5 Município de Notificação		Código (IBGE)	
6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade		11 Sexo		12 Gestante
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado		1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado
	14 Escolaridade		13 Raça/Cor		
	0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado		
15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF		18 Município de Residência		19 Distrito
	Código (IBGE)				
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)		27 CEP
	Código				
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone		29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
Dados Complementares do Caso					
Dados Clínicos	31 Nº do Prontuário		32 Ocupação		
	33 Nº de Lesões Cutâneas		34 Forma Clínica		35 Classificação Operacional
1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado		1 - PB 2 - MB		36 Nº de Nervos afetados	
Atendimento	37 Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico				
	0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado				
38 Modo de Entrada					
1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 - Outros Reingressos 9 - Ignorado					
39 Modo de Detecção do Caso Novo					
1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado					
Dados Lab.	40 Baciloscopia				
1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado					
Tratamento	41 Data do Início do Tratamento		42 Esquema Terapêutico Inicial		
			1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos		
Med. Contr.	43 Número de Contatos Registrados				
Observações adicionais:					
Investigador	Município/Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde
	Nome		Função		Assinatura
	Hanseníase		Sinan NET		SVS 30/10/2007

ANEXO E – Ficha de Notificação

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº
FICHA DE NOTIFICAÇÃO				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 1 - Negativa 2 - Individual 3 - Surto 4 - Inquérito Tracoma <input type="checkbox"/>		3 Data da Notificação	
	2 Agravado/doença		Código (IBGE)	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica			
	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17 Data dos 1 ^{os} Sintomas do 1º Caso Suspeito		19 Local Inicial de Ocorrência do Surto 1 - Residência 2 - Hospital / Unidade de Saúde 3 - Creche / Escola 4 - Asilo 5 - Outras Instituições (alojamento, trabalho) 6- Restaurante/ Padaria 7 - Eventos 8 - Casos Dispersos no Bairro 9- Casos Dispersos Pelo Município 10 - Casos Dispersos em mais de um Município 11 - Outros Especificar	
Notificação de Surto	18 Nº de Casos Suspeitos/ Expostos			
	20 UF		21 Município de Residência	22 Distrito
Dados de Residência	23 Bairro		24 Logradouro (rua, avenida,...)	
	25 Número		26 Complemento (apto., casa, ...)	
	27 Geo campo 1		28 Geo campo 2	
	29 Ponto de Referência		30 CEP	
	31 (DDD) Telefone		32 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	33 País (se residente fora do Brasil)
Notificante	Município/Unidade de Saúde			
	Nome		Função	Assinatura
Notificação		Sinan NET		SVS 17/07/2006

DADOS COMPLEMENTARES
(ANOTAR TODOS OS DADOS DISPONÍVEIS NO MOMENTO DA NOTIFICAÇÃO)

Notificação Individual	01	Data da coleta da 1ª amostra da sorologia	02	Data da coleta da 1ª amostra de outra amostra	03	Especificar tipo de exame :		
	04	Óbito ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/>	05	Contato com caso semelhante ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
	06	Presença de exantema ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/>	07	Data do início do exatema	08	Presença de petéquias ou sufusões hemorrágicas ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	09	Foi realizado líquor ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/>	10 Resultado da bacterioscopia :			
	11	O paciente tomou vacina contra agravo notificado neste impresso? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		<input type="checkbox"/>	12	Data da última dose tomada	13	Ocorreu hospitalização ? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
	14	Data da hospitalização						
	15	UF	16	Município do hospital	Código (IBGE)	17	Nome do hospital	Código
	18 Hipóteses diagnósticas no momento da notificação							
	1ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____							
	2ª Hipótese Diagnóstica - CID 10: _____							
Local prov. infecção	19 Local provável de infecção (classificação provisória)							
	País: _____		UF <input type="text"/>		Município: _____			
Distrito: _____				Bairro: _____				

ANEXO F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO
E INTERNACIONALIZAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CASO DE HANSENÍASE EM PESSOAS COM IDADE IGUAL OU MAIOR QUE 18
ANOS

Estamos convidando o(a) senhor(a) para participar da pesquisa intitulada “Aspectos clínicos, sociodemográficos, epidemiológicos e operacionais da hanseníase em município hiperendêmico da baixada maranhense, no período de 2015 a 2019”.

A hanseníase é uma doença que se manifesta principalmente por manchas com áreas de dormência na pele. Em Pinheiro existem muitos casos da doença, por isso, o município é considerado hiperendêmico.

Nesta pesquisa pretendemos avaliar as pessoas que fizeram ou ainda estão fazendo tratamento para hanseníase. Queremos conversar com o(a) senhor(a) para conhecer as características clínicas da doença (tipo de hanseníase; como a doença foi descoberta; se ela está causando dormência nas suas mãos, pés e olhos; o tempo de tratamento e se teve algum problema durante o tratamento), sociodemográficas (sua idade, cor, escolaridade, renda familiar mensal, quantas pessoas moram na casa, como é sua casa, de onde vem a água utilizada, onde eliminam o lixo e se usam fossa ou banheiro) e epidemiológicas (se teve algum caso da doença na família, se sabe de quem pegou a doença). Também saber se a hanseníase interfere na sua qualidade de vida, ou seja, nós queremos saber sobre como o(a) senhor(a) se sente fisicamente, mentalmente e emocionalmente, e como o(a) senhor(a) se relaciona com as pessoas, com a sua família e seus amigos. Por isso faremos algumas perguntas e anotaremos as respostas. Além de fazer as perguntas, nós iremos examinar seus olhos, mãos e pés para verificar se a doença não causou ou está causando problemas nestas partes do seu corpo.

Este estudo pode apresentar como risco, a sensação de vergonha devido à exposição do corpo durante o exame (precisaremos que o(a) senhor(a) fique só com a roupa de baixo durante uma parte do exame. Mas isso não vai demorar mais de 10 minutos). O exame dos olhos poderá gerar algum desconforto quando formos tocar a córnea (parte que fica no meio do olho e que tem cor diferente de uma pessoa para outra) com o fio dental. A sensação será de um cisco caindo nos olhos. Poderá também sentir uma sensação de choque ou dor, quando formos examinar os nervos dos braços e pernas. Durante as perguntas, o(a) senhor(a) pode pensar ou ter lembranças de coisas da sua vida, comportamentos e atitudes que podem não ser muito agradáveis. Mas garantimos ao(a) senhor(a) que todo cuidado será tomado para evitar que isto aconteça. O exame e a conversa serão realizados em uma sala fechada, por profissionais que possuem bastante experiência. Se houver necessidade, interromperemos o exame e/ou a conversa até o(a) senhor(a) se sentir melhor. Todas as respostas serão anotadas em formulários que ficarão guardados em um armário assim, evitaremos que outras pessoas vejam as suas respostas. Como benefícios, se identificarmos problemas relacionados a hanseníase, orientamos o(a) senhor(a) como melhorar ou resolver o(s) problema identificado (s). O(a) senhor(a) também poderá discutir como se sente e refletir sobre a sua qualidade de

vida. Se for necessário, o(a) senhor(a) será encaminhado(a) aos profissionais de saúde da Unidade de Saúde perto da sua casa e eles ajudarão a resolver os problemas identificados, o que pode evitar, diminuir ou tratar as complicações relacionadas à doença.

Para participar deste estudo, o(a) senhor(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Despesa com transporte gerado pela pesquisa será de inteira responsabilidade dos pesquisadores e o(a) senhor(a) receberá o valor relativo ao deslocamento se o dia que você for para a Unidade de saúde para participar da pesquisa, for diferente do dia do seu atendimento.

Se o(a) senhor(a) se sentir prejudicado(a) por causa da pesquisa, tem direito a buscar indenização nas instâncias legais.

O(A) senhor(a) tem o direito de se retirar do estudo a qualquer momento, sem penalidades ou perda de qualquer benefício ou a cuidados que tenha direito na Unidade de Saúde onde o(a) senhor(a) é atendido, bastando para isso, comunicar um dos pesquisadores responsáveis.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, entrar em contato com os pesquisadores responsáveis, Prof.^a Dra. Dorlene Maria Cardoso de Aquino (telefones 32729700 ou 988479166) ou com o Prof. Luís Fernando Bogéa, (telefone 986000934 ou 32729741). Havendo questões éticas relativas a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão pelo telefone 21091250.

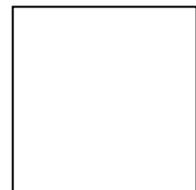
O CEP é um grupo formado por profissionais de várias áreas, que analisam e verificam se as pesquisas estão sendo realizadas respeitando as pessoas que participam das mesmas. Por isso, é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

A partir das explicações sobre essa pesquisa gostaríamos de saber se o(a) senhor(a) concorda em participar da mesma. Caso concorde em participar, rubriche as primeiras folhas e assine a última folha do presente documento, que está elaborado em duas vias de igual teor. Uma via ficará em seu poder e a outra será arquivada em um local seguro, pelos pesquisadores responsáveis.

Li ou alguém leu para mim este Termo de Consentimento e fui informado(a) sobre a pesquisa de maneira clara, detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Concordo em participe da pesquisa.

Pinheiro (MA), ____ de _____ de _____

Prof.^a Dra. Dorlene Maria Cardoso de Aquino
Pesquisadora responsável



ou

Assinatura do participante

Impressão digital
(para os sem escolaridade)

ANEXO G – Parecer Consubstanciado do CEP



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO / HU - UFMA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ASPECTOS CLÍNICOS, SOCIODEMOGRÁFICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E OPERACIONAIS DA HANSENÍASE EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO DA BAIXADA MARANHENSE.

Pesquisador: Dorlene Maria Cardoso de Aquino

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 29278620.4.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DO MARANHÃO - FAPEMA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.565.810

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa Data de Submissão do Projeto: 21/07/2022 Nome do Arquivo: PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1984798_E1.pdf Versão do Projeto: 3

RESUMO:

Trata-se de um estudo com o objetivo de analisar aspectos clínicos, sociodemográficos, epidemiológicos e operacionais da hanseníase em município hiperendêmico da Baixada Maranhense, no período de 2015 a 2022, utilizando os seguintes desenhos: descritivo (aspectos clínico e sociodemográficos dos casos e dos contatos; avaliação da qualidade de vida); transversal (prevalência de hanseníase entre contatos); avaliativo (indicadores de monitoramento do progresso da eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública; indicadores de qualidade dos serviços de atenção à hanseníase) e ecológico (aglomerados espaço-temporais dos casos de hanseníase diagnosticados). A população compreenderá todos os casos de hanseníase notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2015 a 2022 e seus

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



Continuação do Parecer: 5.565.810

respectivos contatos. Também serão incluídos as Unidades de Saúde que operacionalizam o Programa de Controle da Hanseníase, para a avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais. O estudo será realizado no período de janeiro de 2021 a novembro de 2023, com coleta de dados no período de janeiro de 2021 a setembro de 2023. Os dados relativos às características clínicas e sociodemográficas dos casos de hanseníase e contatos de casos serão registrados em formulários específicos; a avaliação da qualidade de vida será realizada pelo Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia – DLQI, a ser aplicado com os casos de hanseníase com idade superior a 14 anos e que estejam em registro ativo, ou seja, ainda em tratamento para a doença. Para os casos com idades entre 7 a 14 anos, utilizaremos para a avaliação, o Índice de Qualidade de Vida na Dermatologia Infantil (CDLQI) (PRATI, 2007). Para a avaliação dos indicadores de monitoramento do progresso da eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública e, avaliação dos indicadores de qualidade dos serviços de atenção à hanseníase serão utilizados os indicadores do Ministério da Saúde, definidos nas diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública (BRASIL, 2016). A distribuição geoespacial dos casos de hanseníase, será realizada por meio de estudo ecológico sobre tendências espaciais, observacional e descritivo com análise multitemporal e variáveis agregadas por áreas, na qual se buscará identificar áreas de alto risco. Os dados serão digitados no Excel e exportados para sua utilização no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0. Para as variáveis clínicas e sociodemográficas será utilizada a estatística descritiva, com apresentação em número, percentuais, Intervalo de Confiança e média. Na avaliação da Qualidade de Vida pelo Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia – DLQI, serão considerados os intervalos: 0 -1 = nenhum efeito na vida do paciente; 2 -5 = pequeno efeito na vida do paciente; 06 -10 = efeito moderado na vida do paciente; 11 -20 = efeito muito grande na vida do paciente; 21 -30 = efeito muito grande na vida do paciente. Na avaliação pelo CDLQI o resultado será em escores interpretados como: sem comprometimento da qualidade de vida (0 - 1) ou com comprometimento leve (2 - 5), moderado (6 - 10), grave (11 - 20), ou muito grave (21 - 30), com o intuito de avaliar o quanto o problema de pele tem afetado a vida cotidiana da criança. Serão construídas séries históricas dos indicadores epidemiológicos e operacionais em cada um dos 5 anos do estudo e do período completo de 2015 a 2019. Os indicadores de monitoramento do progresso da eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública e, os de qualidade dos serviços de atenção à hanseníase terão seus resultados avaliados de acordo com os parâmetro do Ministério da Saúde do Brasil. Os indicadores também serão observados e descritos ao longo do tempo, dentro da série histórica analisada. A prevalência de hanseníase entre contatos será

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.565.810

calculada dividindo-se o número de contatos com diagnóstico de hanseníase, pelo número de contatos registrados e multiplicado por 100.

INTRODUÇÃO

A Hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, que pode acometer pessoas de ambos os sexos e qualquer idade, sendo necessário, entretanto, um longo período de exposição. A transmissão ocorre principalmente pelas vias respiratórias superiores das pessoas com as formas clínicas multibacilares da doença (virchowiana e dimorfa) não tratadas; o trato respiratório constitui a mais provável via de entrada do bacilo no corpo (BRASIL 2016). A organização Mundial da Saúde 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 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 (WHO, 2018). 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). O diagnóstico da doença é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado a partir da história clínica e das condições sociodemográficas. 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). A hanseníase constitui-se um problema de saúde pública, não só pelo elevado número de casos registrados mas também devido aos danos neurais ocasionados pela doença e que estão entre os principais fatores que contribuem para incapacidade física (BARBOSA, et. al. 2008; MONTEIRO, et.al., 2014). A doença e as incapacidades físicas decorrentes da mesma, podem afetar a vida das pessoas com hanseníase. No estudo realizado por Silva et al (2006), sobre as doenças crônicas de pele, foi observado no ponto de vista físico e também nos aspectos psicossociais a influência de fatores emocionais e sociais afetando a qualidade de vida dos pacientes. Em 1993, a OMS definiu qualidade de vida (QoL) como sendo “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Esse conceito tem sido dividido em vários domínios como: psicológico, social e físico (CÓTICA, 2010). A hanseníase é uma doença que faz parte do conjunto de doenças consideradas

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.565.810

negligenciadas, definidas como aquelas causadas por agentes infecciosos e parasitários que são endêmicas em populações de baixa renda que vivem, sobretudo em países em desenvolvimento, a exemplo da África, Ásia e Américas (VALVERDE, 2019). Doença desprovida de investimento, afeta a população das regiões mais pobres do mundo. No Brasil, as desigualdades sociais, como baixas condições de moradia, de renda e educação precária constituem desafios para a erradicação da hanseníase (USP, 2016). Segundo a Organização Mundial da Saúde, em 2016, 143 países registraram 214.783 casos novos de hanseníase. No Brasil, no mesmo ano, foram notificados 25.218 casos novos e registrada uma taxa de detecção de 12,2/100 mil hab, o que classifica o país como de alta carga para a doença e o segundo do mundo com o maior número de casos novos registrados no mundo (BRASIL, 2017; OMS, 2017). De acordo com os dados disponíveis do Ministério da Saúde, as maiores taxas de detecção da doença encontram-se nas regiões Centro-Oeste (30,02/100.000 hab.), Norte (28,7/100.000 hab.) e Nordeste (19,40/100.000 hab.), sendo os estados do Tocantins, Mato Grosso e Maranhão os detentores das taxas mais elevadas no país (BRASIL, 2017). O Maranhão ocupa o terceiro lugar no Brasil e o primeiro da Região Nordeste tanto em relação à prevalência (3,76/10.000 hab.), quanto em relação a taxa de detecção (47,43/100.000 hab.), sendo considerado um estado hiperendêmico. No município de Pinheiro a taxa de detecção da hanseníase é hiperendêmica, constituindo-se problema de saúde pública (BRASIL, 2017). Para a redução da carga da doença, o Ministério da Saúde inclui, nas ações a serem desenvolvidas, as atividades de educação em saúde, investigação epidemiológica para o diagnóstico oportuno de casos, tratamento até a cura, prevenção e tratamento de incapacidades, vigilância epidemiológica e exame de contatos, orientações e aplicação de BCG (BRASIL, 2016). 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. Os princípios-chave da Estratégia incluem, entre outros, a detecção precoce de todos os pacientes antes do surgimento de incapacidades e aprimoramento das pesquisas para apoiar o controle da doença (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

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@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.565.810

acompanhamento e avaliação das políticas de controle e atenção integral à hanseníase no Brasil, o Programa de Controle da Hanseníase (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 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 técnico-operacionais 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). Diante desse cenário e considerando as recomendações da OMS, a análise dos aspectos clínicos, sociodemográficos, epidemiológicos e operacionais da hanseníase é de suma importância para subsidiar processos de elaboração, execução e implementação de políticas públicas para enfrentamento e controle da doença. Assim, definiu-se como objeto de estudo, a hanseníase nos seus aspectos clínicos, sociodemográficos, epidemiológicos e operacionais da hanseníase num Município hiperendêmico da Baixada Maranhense.

HIPÓTESE:

Não há hipóteses a serem testadas

METODOLOGIA PROPOSTA:

Para o estudo serão utilizados os seguintes desenhos: - Descritivo (aspectos clínico e sociodemográficos dos casos e dos contatos; avaliação da qualidade de vida). - Transversal (prevalência de hanseníase entre contatos); - Avaliativo (indicadores de monitoramento do

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@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.565.810

progresso da eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública; indicadores de qualidade dos serviços de atenção à hanseníase). - Ecológico (aglomerados espaço-temporais dos casos de hanseníase diagnosticados). O estudo será desenvolvido no município de Pinheiro - MA, localizado na microrregião da Baixada Maranhense e mesorregião do Norte Maranhense. Sua área é de 1.559 km² e sua população, conforme estimativas do IBGE de 2018, era de 82.990 habitantes (IBGE, 2019). A população compreenderá todos os casos de hanseníase notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2015 a 2022 e seus respectivos contatos. De acordo com os dados do DATASUS no município são notificados uma média anual de 40 casos. Considerando que, para caso é estimada uma média de 5 contatos, espera-se investigar 200 casos (5 anos x 40 casos) e 1000 contatos (200 casos x 5 contatos). Serão excluídos os casos sem o endereço informado no SINAN e as duplicidades (casos repetidos no SINAN). Para a avaliação dos casos e contatos, consideraremos os últimos cinco anos do estudo (2018 a 2022). Também serão incluídos as Unidades de Saúde que operacionalizam o Programa de Controle da Hanseníase, para a avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais. Serão excluídas as Unidades de Saúde que durante o período da coleta de dados estiverem fechadas para reforma ou por outro motivo. O estudo será realizado no período de janeiro de 2021 a novembro de 2023, com coletas de dados no período de janeiro de 2021 a setembro de 2023. A avaliação da qualidade de vida será realizada pelo Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia – DLQI, a ser aplicado com os casos de hanseníase com idade superior a 14 anos e que estejam em registro ativo, ou seja, ainda em tratamento para a doença. Para os casos com idades entre 7 a 14 anos, utilizaremos para a avaliação, o Índice de Qualidade de Vida na Dermatologia Infantil (CDLQI) (PRATI, 2007). Para a avaliação da qualidade de vida, serão incluídos os casos notificados em 2021 e 2022. A avaliação dos indicadores de monitoramento do progresso da eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública e indicadores de qualidade dos serviços de atenção à hanseníase será realizada com base nos parâmetros do Ministério da Saúde do Brasil ((BRASIL, 2016): A distribuição geoespacial dos casos de hanseníase, será realizada por meio de estudo ecológico sobre tendências espaciais, observacional e descritivo com análise multitemporal e variáveis agregadas por áreas, na qual se buscará identificar áreas de alto risco. 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).

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.565.810

CRITÉRIO DE INCLUSÃO:

Serão incluídos no estudo todos os casos de hanseníase notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 2015 a 2022 e seus respectivos contatos e, as Unidades de Saúde que operacionalizam o Programa de Controle da Hanseníase no Município de Pinheiro-MA.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os casos sem o endereço informado no SINAN e as duplicidades (casos repetidos no SINAN) e, Unidades de Saúde que durante o período da coleta de dados estiverem fechadas para reforma ou por outro motivo.

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados serão digitados no Excel e exportados para sua utilização no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0. Para as variáveis clínicas e sociodemográficas será utilizada a estatística descritiva, com apresentação em número, percentuais, Intervalo de Confiança e média. Na avaliação da Qualidade de Vida pelo Índice de Qualidade de Vida em Dermatologia – DLQI, após somatório das respostas os resultados serão considerados com base nos intervalos: 0 -1 = nenhum efeito na vida do paciente; 2 -5 = pequeno efeito na vida do paciente; 06 -10 = efeito moderado na vida do paciente; 11 -20 = efeito muito grande na vida do paciente; 21-30 = efeito muito grande na vida do paciente. Na avaliação pelo CDLQI o resultado será em escores interpretados como: sem comprometimento da qualidade de vida (0 - 1) ou com comprometimento leve (2 - 5), moderado (6 - 10), grave (11 - 20), ou muito grave (21 - 30), com o intuito de avaliar o quanto o problema de pele tem afetado a vida cotidiana da criança. Serão construídas séries históricas dos indicadores epidemiológicos e operacionais em cada um dos 5 anos do estudo e do período completo de 2015 a 2019. Os indicadores de monitoramento do progresso da eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública e, os de qualidade dos serviços de atenção à hanseníase terão seus resultados avaliados de acordo com os parâmetro do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2016), conforme segue: - Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população de zero a 14 anos, por 100 mil habitantes. Interpretação/Parâmetros: Hiperendêmico:10,00 por 100 mil hab.; Muito alto: 5,00 a 9,99 por 100

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.565.810

mil hab.; Alto: 2,50 a 4,99 por 100 mil hab.; Médio: 0,50 a 2,49 por 100 mil hab. E Baixo: < 0,50 por 100 mil hab. - Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano. - Proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano. Interpretação/Parâmetros: Alto: 10%; Médio: 5 a 9,9%; Baixo:<5% - Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes. - Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes. - Proporção de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade física avaliado no diagnóstico. - Proporção de casos curados no ano com grau de incapacidade física avaliado entre os casos novos de hanseníase no período das coortes. Interpretação/Parâmetros: Bom 90% Regular 75 a 89,9% Precário<75%
 - Proporção de casos de hanseníase em abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes. Interpretação/Parâmetros: Bom<10% ; Regular 10 a 24,9%; Precário 25% Os indicadores também serão observados e descritos ao longo do tempo, dentro da série histórica analisada. A prevalência de hanseníase entre contatos será calculada dividindo-se o número de contatos com diagnóstico de hanseníase, pelo número de contatos registrados e multiplicado por 100. Os dados de casos de hanseníase, para o período de 2015 a 2019, serão tabulados e organizados no programa Microsoft Office Excel 2010, contendo informações de: coordenadas geográficas em sistema SIRGAS 2000, e número absoluto de casos da doença. Para esta tabela de atributos será feita uma ligação (join) com o arquivo vetorial (shapefile) da malha municipal de Pinheiro.

DESFECHO PRIMÁRIO

Não se aplica.

DESFECHO SECUNDÁRIO

Não Se aplica

Tamanho da Amostra no Brasil: 1200

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@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.565.810

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO:

- Analisar aspectos clínicos, sociodemográficos, epidemiológicos e operacionais da hanseníase em município hiperendêmico da Baixada Maranhense, no período de 2015 a 2022.

OBJETIVO SECUNDÁRIO:

- Descrever as características clínicas e sociodemográficas dos casos de hanseníase- Descrever as características sociodemográficas dos contatos de casos de hanseníase- Avaliar a qualidade de vida dos casos de hanseníase- Estimar prevalência de hanseníase entre contatos de hanseníase.- Avaliar os indicadores de monitoramento do progresso da eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública;- Avaliar os indicadores de qualidade dos serviços de atenção à hanseníase; - Identificar aglomerados espaço-temporais dos casos de hanseníase diagnosticados;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o Pesquisador,

RISCOS

Este estudo pode apresentar como risco, a sensação de vergonha devido à exposição do corpo durante o exame (precisaremos que o(a) participante fique só com a roupa de baixo durante uma parte do exame. Mas isso não vai demorar mais de 10 minutos). O exame dos olhos poderá gerar algum desconforto quando formos tocar a córnea (parte que fica no meio do olho e que tem cor diferente de uma pessoa para outra) com o fio dental. A sensação será de um cisco caindo nos olhos. Poderá também sentir uma sensação de choque ou dor, quando formos examinar os nervos dos braços e pernas. Durante as perguntas, o(a) participante pode pensar ou ter lembranças de coisas da sua vida, comportamentos e atitudes que podem não ser muito agradáveis. A pesquisa apresenta ainda o risco de quebra de sigilo e confidencialidade, Para minimizar o risco, todo cuidado será tomado. O exame e a conversa serão realizados em uma sala fechada, por profissionais que possuem bastante experiência. Se houver necessidade, interromperemos o exame e/ou a conversa até que o(a) participante se sentir melhor. Para minimizar a quebra de confidencialidade, todos os instrumento utilizados para a coleta de dados serão guardados em um

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.565.810

armário, que permanecerá trancado e somente a coordenação da pesquisa terá acesso ao mesmo.

BENEFÍCIOS

Como benefícios, se identificarmos problemas relacionados a hanseníase, orientamos o(a) participante como melhorar ou resolver o(s) problemas identificado(s). Ele(a) também poderá discutir como se sente e refletir sobre a sua qualidade de vida. Se for necessário, o(a) participante será encaminhado(a) aos profissionais de saúde da Unidade de Saúde perto da sua casa e eles ajudarão a resolver os problemas identificados, o que pode evitar, diminuir ou tratar as complicações relacionadas à doença.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Pesquisador solicitou EMENDA do projeto:

Título do Protocolo: ASPECTOS CLÍNICOS, SOCIODEMOGRÁFICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E OPERACIONAIS DA HANSENÍASE EM MUNICÍPIO HIPERENDÊMICO DA BAIXADA MARANHENSE.

CAAE: 29278620.4.0000.5086

Trata-se de Emenda em que o objetivo é:

Alteração do título do projeto, extensão do prazo para a realização do mesmo e inclusão dos pacientes notificados no período de 2020 a 2022 e seus respectivos contatos, conforme discriminação à seguir: - alteração no título do projeto "Aspectos clínicos, sociodemográficos, epidemiológicos e operacionais da hanseníase em município hiperendêmico da baixada maranhense, no período de 2015 a 2019" para "Aspectos clínicos, sociodemográficos, epidemiológicos e operacionais da hanseníase em município hiperendêmico da baixada maranhense"; - extensão de prazo para a realização da pesquisa, com finalização da mesma em novembro de 2023; - inclusão de pacientes notificados nos anos de 2020 a 2022.

JUSTIFICATIVA:

Em função da pandemia pela COVID 19, haverá dificuldade para a abordagem direta dos pacientes

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



Continuação do Parecer: 5.565.810

que iniciaram tratamento em 2019 haja vista que o tratamento para a hanseníase varia de 6 a 12 meses, podendo excepcionalmente, estender-se até 24 meses. Assim, estes pacientes já se encontram em alta, sendo necessária a inclusão dos pacientes de 2020 a 2022. Dessa forma, serão incluídos no estudo os casos notificados de 2015 a 2022 e seus respectivos contatos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente à EMENDA com justificativas. Atende à Norma Operacional nº001/2013(item 3/ 3.3.)

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que se possível 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:

A EMENDA não apresenta óbices éticos, o Protocolo atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS nº 466/12 e suas complementares (ou a Resolução 510, se for o caso), sendo avaliada como APROVADA.

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 da EMENDA referente ao projeto 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_1984798 E1.pdf	21/07/2022 19:05:33		Aceito
Outros	Justificativa_emenda_2022.pdf	21/07/2022 19:04:04	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.565.810

Folha de Rosto	folhaDeRostoATUAL_assinado_assinado.pdf	21/07/2022 18:53:44	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO2022.pdf	15/07/2022 18:01:42	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO2022.docx	15/07/2022 18:00:45	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Outros	Autorizacao_Municipio_Atual.pdf	15/07/2022 17:39:33	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_2022.pdf	15/07/2022 17:34:20	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.pdf	25/11/2020 12:51:28	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Outros	TERMO_OUTORGA_FAPEMA.pdf	25/11/2020 12:51:05	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETO_HANSEN_PINHEIRO_CEP_ATUALIZADO.docx	25/11/2020 12:44:46	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_ATUAL.pdf	25/11/2020 12:44:03	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NOVO_TA_9a13anos_CONTATOS.pdf	19/11/2020 18:39:32	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	NOVO_TA_9a13anos_CASOS.pdf	19/11/2020 18:38:46	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Outros	Autorizacao_Municipio.pdf	18/02/2020 18:59:25	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Outros	Termos_anuencia_concordancia_Fatima I.pdf	18/02/2020 18:57:38	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO_UTILIZACAO_DADOS_DORLENE NAIR.pdf	14/02/2020 19:22:40	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO_Rita.pdf	14/02/2020 19:22:25	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO_PINHEIRO.pdf	14/02/2020 19:22:06	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_ANUENCIA_Rita.pdf	14/02/2020 19:21:43	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_anuencia_Pinheiro.pdf	14/02/2020 19:21:31	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_Anuencia_Dorlene_Nair.pdf	14/02/2020 19:21:12	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Outros	Instrumento_coleta_Contatos.docx	14/02/2020 19:17:43	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
Outros	Instrumento_coleta_CasosI.docx	14/02/2020 19:17:16	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 5.565.810

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RESPONSAVEIS_MENORES_IDADE_CONTATOS.docx	14/02/2020 19:16:29	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RESPONSAVEIS_MENORES_IDADE_CASOS.docx	14/02/2020 19:16:18	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MAIORES_IDADE_CONTATOS.docx	14/02/2020 19:15:52	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MAIORES_IDADE_CASOS.docx	14/02/2020 19:15:40	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TA_14a17anos_CONTATOS.docx	14/02/2020 19:15:24	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TA_14a17anos_CASOS.docx	14/02/2020 19:14:45	Dorlene Maria Cardoso de Aquino	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 05 de Agosto de 2022

Assinado por:
Camiliane Azevedo Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br

ANEXO H – Escola Anna Nery Revista de Enfermagem

Instruções aos Autores

Política editorial

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem é um veículo de difusão científica mantido pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Sua finalidade é publicar trabalhos originais de Enfermagem, Saúde e outras áreas de conhecimento com interfaces na Saúde e na Enfermagem.

Recebe manuscritos originais, desenvolvidos por métodos quantitativos, qualitativos, mistos, reflexões, ensaios e revisões sistematizadas. Esses manuscritos devem trazer contribuições diretas ou indiretas à historicidade e a prática do cuidado de enfermagem, à educação em enfermagem, ao desenvolvimento de novas metodologias e tecnologias de cuidar, de ensinar e pesquisar. Tem interesse especial pelos estudos desenvolvidos com populações vulneráveis cujos achados contribuam diretamente para ampliar a ciência de enfermagem que fundamenta o cuidar ético e humano.

Acesso aberto. Sua publicação online permite que o acesso seja aberto (open access), como recomendado pela Global Health Policy e SciELO, para fins de disseminação e consumo científico na prática assistencial e educacional. Portanto, sem custos para baixar arquivos (*download*).

Público-alvo. Comunidade científica das Ciências de Enfermagem, Ciências da Saúde, Ciências Humanas e Ciências Sociais no campo da Saúde.

Periodicidade. Publicação em fluxo contínuo, com os manuscritos organizados em quatro fascículos.

Tipo de licença. Os autores estão cientes que ao publicar em Escola Anna Nery concordarão com a modalidade de *Creative Commons Attribution-Type BY* (<http://creativecommons.org/licenses>), adotada pela Revista. A partir da publicação do artigo, seu conteúdo poderá ser copiado, distribuído, editado, remixado e utilizado para novas criações, desde que se atribua o devido crédito ao autor original e que confira os devidos créditos de à sua publicação em Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. A função dessa modalidade de licença é impulsionar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

Autoria

Conceito de autoria adotado pela Revista. São autores aqueles que tornam pública suas responsabilidades pelo conteúdo do artigo, concordando que a escrita e conteúdos intelectuais foram revisados criticamente por todo os autores. Cada autor deve aprovar a versão final do conteúdo a ser publicado e concordar em responsabilizar-se por todos os aspectos do trabalho assegurando que questões relacionadas a acurácia ou integridade de quaisquer parte do trabalho sejam adequadamente investigadas e resolvidas. Além disso, cada autor declara a forma de contribuição intelectual substancial à concepção ou desenho do estudo/pesquisa e/ou aquisição, e/ou análise ou interpretação dos dados, em acordo com os critérios estabelecidos pelo ICMJE. Não há limitação quanto ao número de autores; entretanto, há necessidade de envio de Carta ao Autor justificando a quantidade acima de seis autores.

Responsabilidade pelo conteúdo do manuscrito. Os conceitos, ideias e opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a exatidão, adequação e procedência das citações bibliográficas são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não refletindo necessariamente a posição do Conselho Editorial da Revista, Editor Científico, Editor Assistente e Editores Associados. Para tanto, os autores deverão submeter seu artigo através do ScholarOne SciELO, acessado no link da página eletrônica da revista: www.revistaenfermagem.eean.edu.br ou diretamente na página da Scielo: <https://mc04.manuscriptcentral.com/ean-scielo>.

Apresentação de manuscrito. Os manuscritos devem ser apresentados exclusivamente à **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico.

Atendimento aos preceitos da integridade na publicação científica. A prática editorial para o caso de má conduta científica (plágio, auto-plágio, falsificação ou fabricação de dados, uso indevido de referências ou citações, duplicidade, disputa de autoria, entre outras) segue os procedimentos, *checklist* e diretrizes do *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors do Committee on Publication Ethics (COPE)* <http://publicationethics.org/>.

O periódico adota ferramentas de rastreamento de similaridades e os autores devem estar atentos para as implicações previstas nos dispositivos legais do Código Penal (artigo 184) e da Lei de Direitos Autorais (Art. 7º, parágrafo terceiro da Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Vide Lei nº 12.853, de 2013).

Atendimento aos preceitos da ética em pesquisa. O artigo deverá conter informações explícitas sobre os preceitos éticos da pesquisa, de acordo com as diretrizes e marcos regulatórios de cada país. Sendo vedado a publicação de nomes dos participantes da pesquisa ou qualquer forma que possa representar em ruptura do princípio do anonimato.

- O manuscrito de estudo brasileiro que envolva pesquisa ou relato de experiência com seres humanos deverá apresentar em anexo, na barra do "supplementary file", a cópia de documento de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa (de acordo com a Resolução n.º 196 de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), para estudos realizados até o ano de 2012 e Resolução n.º 466, de 2012, do CNS, a partir do ano de 2013). Fazer o upload do documento em formato PDF como "supplementary files".
- Pesquisas com temáticas de ciências humanas e ciências sociais realizadas no campo da saúde e enfermagem devem comprovar aprovação por CEP, nos termos da Resolução no 510, de 7 de abril de 2016, que trata das diretrizes de pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Fazer o upload do documento em formato PDF como "supplementary files".

Para os artigos de pesquisa desenvolvida em outros países, seus autores devem atender a regulação da ética em pesquisa do país de origem, enviando cópia de documento comprobatório de sua aprovação, fazendo o *upload* do documento em formato PDF como "supplementary files".

Conflito de interesse. Os autores são responsáveis por reconhecer e informar ao Conselho Editorial sobre a existência de **conflitos de interesse, especificando a sua natureza**, que possam exercer qualquer influência em seu manuscrito.

- Relações financeiras de qualquer outra ordem deverão ser comunicadas por cada um dos autores em declarações individuais, conforme disponível no sistema ScholarOne, no passo-a-passo da submissão do manuscrito. Conflitos de interesse financeiro, (quando envolve financiamento com recursos direto, emprego, consultoria, propriedade de ações e honorários são os mais facilmente identificados e com maior possibilidade de comprometer a credibilidade da publicação, dos autores e da própria ciência. Também podem ocorrer conflitos com outras motivações, tais como relações pessoais, competição acadêmica e paixão intelectual.

Revisão por pares. O manuscrito será encaminhado para análise e emissão de parecer por dois revisores, pesquisadores de competência estabelecida na área de conhecimento do manuscrito, processo em que se adotará o sigilo e o anonimato para autor(es) e revisores. A análise pelos revisores é feita com base em instrumento próprio do Sistema de submissão, também disponível para leitura dos autores.

Observação

Todos os autores devem possuir registro no ORCID, em cumprimento a "Best practice Guideline for Publishers". Para registrar-se, cada autor deve acessar o link <https://orcid.org/register> e seguir os passos para preenchimento dos campos.

Atendimento aos critérios de cientificidade reconhecidos internacionalmente. A redação científica do artigo deverá atender aos critérios disponíveis no *checklist* disponível nas páginas eletrônicas a seguir, de acordo com o tipo de manuscrito:

- Para a publicação de manuscritos resultantes de **pesquisas/ensaio** clínicas, é obrigatório que os autores apresentem comprovação de registro da pesquisa clínica ou de sua submissão na base de dados do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>, em cumprimento a RDC da Anvisa nº 36, de 27 de junho de 2012
- http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0036_27_06_2012.html). Para estudos desenvolvidos em outros países, serão aceitos comprovantes de registro em outras plataformas da International Clinical Trials Registration Platform (ICTRP/OMS). É obrigatório a informação do número de registro ao final do resumo na versão em português.
- Para estudos clínicos randomizados, observar as diretrizes disponíveis em: <http://www.consortstatement.org/checklists/view/32-consort/66-title>
- Para estudos observacionais e epidemiológicos, observar as diretrizes disponíveis em: <http://strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists>
- Para estudos qualitativos, observar as diretrizes disponíveis em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349/T1.expansion.html>
- Para estudos de revisão sistemática, observar as diretrizes disponíveis em: <http://prisma-statement.org/statement.htm>
- Para estudos qualitativos, observar as diretrizes disponíveis em: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349>
- Para estudos de revisão sistemática, observar as diretrizes disponível: <http://www.prisma-statement.org>

Público-alvo: Comunidade científica das Ciências de Enfermagem, Ciências da Saúde, Ciências Humanas e Ciências Sociais.

Outras Informações Relevantes

Decisão sobre a publicação. O Conselho Editorial da Revista tem plena autoridade de decidir sobre a seleção e publicação de manuscritos, quando os mesmos apresentam os requisitos adotados para a avaliação de seu mérito científico, considerando-se sua originalidade, prioridade, oportunidade, clareza e conhecimento da literatura relevante e adequada definição do assunto estudado.

Versão final do manuscrito para publicação. Será solicitado que os autores providenciem as versões finais do artigo aprovado para publicação, em inglês e a revisão gramatical do artigo submetido no idioma original, acompanhados dos certificados dos profissionais/ empresas credenciadas pela Revista. Os custos são de responsabilidades dos autores.

Custos de publicação do manuscrito: Os autores não pagam taxa de submissão (free submission charge) do manuscrito. Somente após a avaliação documental e de análise de conformidade do manuscrito à política editorial da revista, os autores pagam uma taxa de avaliação no valor de R\$250,00 (duzentos e cinquenta reais). O custo com a produção do artigo (APC charge), no valor de R\$900,00 (novecentos reais), deve ser pago pelos autores somente após a sua aprovação e como indicado pela carta de instruções enviadas pela Secretaria da Revista.

Composição de manuscritos (Redação científica e formatação)

Redação científica. Os manuscritos deverão ser redigidos na ortografia oficial, em espaço duplo, fonte *Times New Roman* tamanho 12, layout de página em tamanho A4 (21cm x 29,7cm). Os manuscritos deverão ser submetidos em português, inglês ou espanhol, exclusivamente. Os manuscritos submetidos na versão português e espanhol, após sua aprovação deverão ser traduzidos para a versão em inglês, por um dos tradutores credenciados pela revista. O custo da tradução é de inteira responsabilidade de seus autores. Após a tradução, os autores deverão encaminhar o artigo conforme as Instruções sobre o Fluxo de Publicação enviado pela Secretaria da Revista, quando de

sua aprovação, por meio do Sistema de Submissão acompanhado de carta (ou certificado ou declaração), de proof reader do tradutor e revisor gramatical.

Título: Apresentar o título do manuscrito nos três idiomas, com no máximo 16 palavras.

Categorias de manuscritos

Pesquisa Original: relatório de investigação de natureza empírica ou experimental original e concluída de Enfermagem ou áreas afins, segundo a metodologia científica, cujos resultados possam ser replicados e/ou generalizados. Os manuscritos de revisão poderão ter até 20 páginas. Recomenda-se a adoção da estrutura convencional de acordo com as especificações no item: Composição de Manuscritos.

Conteúdo do artigo:

(a) *Introdução:* apresentar o problema de estudo, destacar sua importância e lacunas de conhecimento; objetivos e outros elementos necessários para situar o tema da pesquisa.

(b) *Revisão da literatura:* selecionar a literatura relevante que serviu de base à investigação da pesquisa proposta de modo a proporcionar os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre o tema e, evidenciar a importância do novo estudo. Quando não for necessário criar um capítulo para a Revisão da Literatura, em consideração à extensão histórica do assunto, o mesmo poderá ser inserido na Introdução.

(c) *Método:* incluir de forma objetiva e completa a natureza/tipo do estudo; dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa; população/sujeitos do estudo e seus critérios de seleção; material; equipamentos; procedimentos técnicos e métodos adotados para a coleta de dados; tratamento estatístico/categorização dos dados; informar a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, a data e o número do protocolo.

(d) *Resultados:* os resultados devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica, utilizando ilustrações quando necessário.

(e) *Discussão:* pode ser redigida SEPARADAMENTE dos resultados. Deve destacar a compatibilidade entre os achados que resultaram da análise e a literatura relevante ressaltando os aspectos novos e/ou fundamentais. Demonstrar que as referências adotadas para a discussão dos achados são pertinentes e adequadas à geração do conhecimento novo, enfatizando o diálogo com a comunidade científica internacional.

(f) *Conclusões e implicações para a prática:* apresentar considerações significativas fundamentadas no conhecimento novo gerado que atendam aos objetivos do estudo, sem repeti-los textualmente. Destacar as limitações do estudo e a indicação de necessidade de novas pesquisas. Indicar quais são as implicações desses achados para a prática (ensino, pesquisa ou assistencial) de saúde e de enfermagem.

(g) *Financiamento:* É registrado no title page. Registrar a fonte de recursos público ou privado que financiou o estudo, informando a registrar a cidade, estado e país e o número do processo associado. Agências de fomento podem ser especificadas, indicando-se qual(is) autor(es) obteve o recurso. Por exemplo, bolsa de produtividade em pesquisa ou bolsa de doutorado, entre outras: ao Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq; bolsa de produtividade em pesquisa); à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES; bolsa de doutorado). Caso a pesquisa/estudo não tenha recebido nenhum tipo de financiamento, registre no Title Page: "sem financiamento".

(h) *Agradecimentos:* Inclui nomes de pessoas e instituições que contribuíram com o desenvolvimento do estudo ou pesquisa. Essa informação deve constar no Title Page (folha de rosto)

Reflexão: análise de aspectos teóricos e/ou construção de conceitos e/ou constructos teóricos da Enfermagem ou áreas afins oriunda de processo reflexivo, discernimento e de consideração atenta do(s) autor(es), que poderá contribuir para o aprofundamento de temas profissionais.

Relato de experiência: refere-se às descrições de experiências relacionadas a casos clínicos de cuidado de enfermagem, assistência, ensino, pesquisa e extensão na área da Enfermagem, da saúde ou com interfaces nestas áreas, para divulgação de aspectos inéditos e originais.

Ensaio (Essay). Texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada.

Nessa modalidade de manuscrito, o autor tem a oportunidade de defender uma tese sobre tema de seu domínio ou responder a uma pergunta. A relevância e originalidade da tese ou da pergunta deverão articular-se com o estado-da-arte, desde a Introdução. As seções que compõem o ensaio devem ser pertinentes, coerentes, consistentes e demarcarem uma contribuição para o estatuto do conhecimento no campo em que a tese ou a pergunta foi formulada. Os argumentos adotados para a sustentação da tese ou da resposta à pergunta precisam fundamentar-se em referenciais teórico-filosóficos e/ou marcos conceituais amplamente difundido na literatura científica mundial. A conclusão ou comentários finais são indispensáveis nessa modalidade de manuscrito.

Revisão Sistemática: apresentação avaliativa, crítica e sistematizada da evolução científica de um tema da Enfermagem ou de áreas afins, fundamentada em literatura pertinente e relevante para gerar evidências. A delimitação do tema e os procedimentos adotados deverão estar descritos, bem como a interpretação do(s) autor(es) e conclusão deverão estar presentes. Os manuscritos de revisão poderão ter até 20 páginas, de acordo com as especificações no item **Composição de Manuscritos**.

Revisão Integrativa: estudos de revisão bibliográfica que aplicam o método de revisão integrativa para combinar e analisar diferentes metodologias e tipos de investigações. Utiliza dados da literatura empírica e teórica para definir conceitos, identificar lacunas nas áreas de estudos, revisar teorias e abordagens metodológicas de estudos sobre um determinado tópico. (Sasso, Pereira, Galvão, 2008). Os manuscritos de revisão poderão ter até 20 páginas, de acordo com as especificações no item **Composição de Manuscritos**.

Outros tipos de estudos de revisões sistematizadas podem ser submetidos à análise da Revista, desde que apontem tendência de conhecimento construído a partir de uma síntese reflexiva, metodologicamente rigorosas e epistemologicamente fundamentadas. As revisões de literatura tradicionais não se enquadram nessa categoria. Os manuscritos de revisão poderão ter até 20 páginas, de acordo com as especificações no item **Composição de Manuscritos**.

Outros formatos de artigos científico poderão ser aceitos, desde que submetidos a procedimentos metodológicos, cientificamente rigorosos, e representarem inovação para a ciência de enfermagem. Os manuscritos poderão ter até 15 páginas de acordo com as especificações no item: **Composição de Manuscritos**.

- Introdução
- Revisão de literatura
- Método
- Resultados
- Discussão
- Conclusões/ Considerações Finais e implicações para a prática

Formatação

Citações no texto. As citações de autores no texto precisam estar em conformidade com os exemplos sugeridos e elaborados segundo o estilo "Vancouver" (em anexo) e apresentar o número da referência da qual foram subtraídas, sem o nome do autor, de acordo com a ordem em que foram citados no texto. Os números que identificam os autores devem ser indicados sobrescritos, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.¹

Em caso de citações sequenciais, deverão ser indicadas o primeiro e o último número, separados por hífen, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.¹⁻⁵

Quando houver necessidade de citações intercaladas, os números deverão ser separados por vírgula, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.^{1-3,6}

Na transcrição "ipsis literes" de citações, exige-se a indicação a página da referência adotada cujo número da página deve localizar-se após o número da referência seguido de dois pontos, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser "vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades".^{3:16-18}

O autor(es) deverá observar também os seguintes critérios:

Até três linhas de citação, usar aspas na sequência do texto normal, conforme exemplo a seguir:

Para efeito de exemplo da aplicação das instruções aos autores, o manuscrito destaca a contribuição das "ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades". **3:16-18**

Mais de três linhas de citação, destacá-la em nova linha, em bloco próprio distinto do texto normal, sem aspas, com espaço simples e recuo de 3 espaços da margem esquerda, conforme exemplo a seguir:

Destacar a contribuição das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades. **3:16-18**

Os fragmentos de dados empíricos de pesquisas qualitativas devem ser apresentados em nova linha, em bloco próprio, distinto do texto normal, em itálico, sem aspas, com espaço simples e recuo de 2cm da margem esquerda. Esses dados devem estar identificados por siglas, letras, números ou outra forma de manutenção do anonimato aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, ou equivalente para outros países, como o exemplo a seguir:

[...] os usuários desse serviço de saúde são bastante conscientes da necessidade do próprio envolvimento no tratamento de sua doença para um resultado mais satisfatório [...] (E2).

Notas de rodapé: deverão ser indicadas por letras, sendo no máximo três. As notas de rodapé, quando imprescindíveis, serão indicadas como se segue: a, primeira nota; b, segunda nota e c, terceira nota.

Resumos: Quaisquer modalidades de manuscritos (pesquisa original, estudos de reflexão, relato de experiência, revisão sistemática, ensaio ou Essay) devem conter até 200 palavras, nas três versões: português/resumo, (espanhol/*resumen*) e inglês/*abstract*). O conteúdo dos resumos deve ser informativo e registrado nos itens correspondentes: **Objetivos, método, resultados, conclusão e**

implicações para a prática. O resumo deve apresentar todas as partes do texto de maneira sintética.

Palavras-chave: São termos fundamentais para a classificação da temática abordada no manuscrito em bases de dados nacionais e internacionais. Serão aceitos entre 03 e 05 palavras-chave em português, espanhol (palabras clave) e inglês (keywords) selecionadas pelo(s) autor(es) no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br> (Descritores em Ciências da Saúde- criado por BIREME) ou Mesh (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>).

Referências: A apresentação das referências deve ter espaço simples e fonte Times New Roman tamanho 12, sem parágrafos e recuos, e numeradas de acordo com sua ordem de citação no texto, de acordo com as normas do International Committee of Medical Journal Editors que está disponível em https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html, conhecidas como "Normas de Vancouver". A veracidade das referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

Exemplos de acordo com estilo Vancouver.

Livro padrão:

Tyrrell MAR. Programas Nacionais de Saúde Materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro: EEAN/ UFRJ; 1995.

Livro traduzido para o português:

Nightingale F. Notas de enfermagem: o que é e o que não é. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez; 1989.

Obra de autoria institucional ou entidade coletiva:

Ministério da Saúde (BR). Dengue: instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas. 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

Capítulo de livro:

Pinto MCI, Porto IS. A dor como quinto sinal vital. In: Figueiredo NMA, organizador. Ensinando a cuidar de clientes em situações clínicas e cirúrgicas. São Caetano do Sul (SP): Difusão Paulista de Enfermagem; 2003. p.59-78.

Livro publicado por organizador, editor ou compilador:

Loyola CMD, Oliveira RMP, organizadores. Índícios marginais. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ; 2003.

Livro com edição:

Souza EDF. Novo manual de enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Bruno Buccini; 1972.

Artigo científico publicado em periódico impresso (até seis autores):

Carvalho V, Figueiredo NMA, Leite JL, Moreira MC. Questões epistemológicas da construção do conhecimento na Enfermagem - do ensino à prática de cuidar. Esc Anna Nery. 2003 ago;7(2):156-66.

Artigo científico publicado em periódico impresso (mais de seis autores):

Irvine D, O'Brien-Pallas LL, Murray M, Cockeill R, Sidani S, Laurie-Shaw B et al. The reability and validity of two health status measures for evaluating outcomes of home care nursing. Res Nurs Health. 2000 feb;23(1):43-54.

Artigo científico publicado em periódico de meio eletrônico:

Cabral IEC. Cuidando y educando para la ciudadanía: modelo sociopolítico. Freire Online. Journal of the Paulo Freire Institute/UCLA [periódico na internet]. 2003 jul; [citado 2003 set 10]; 1(2):[aprox.3 telas]. Disponível em: <http://paulofreireinstitute.org/freireonline/volume1/1cabral2.htm>

Artigo científico consultado em indexadores ou bibliotecas eletrônicas:

Carvalho V. Sobre construtos epistemológicos nas ciências: uma contribuição para a enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [on line]. 2003 jul/ago; [citado 2003 dez 22];11(4): [aprox.8 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000400003&script=sci_abstract&tlng=pt

Artigo de periódico científico no prelo:

Valadares GV, Viana LO. A globalização, o trabalho especializado e a Enfermagem. Esc Anna Nery. No prelo 2004.

Artigo publicado em periódico de divulgação comercial (revista e jornal):

Transgênicos: os grãos que assustam. Veja (São Paulo). 2003 out 29; 36(43):95-113.

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12; Sect. A:2 (col. 4).

Resumo, editorial e resenha publicados em periódico seriado regular:

Porto IS. Requisitos uniformes para manuscritos na Escola Anna Nery Revista de Enfermagem: porque, para que e como [editorial]. Esc Anna Nery. 2003 dez;3(7):309-10.

Trabalho resumido apresentado em evento científico e publicado em anais:

Teixeira MLO, Sauthier J. Orientação para o autocuidado de clientes cirúrgicos: um estudo fundamentado na relação dialógico-educadora de Paulo Freire. Resumos dos trabalhos apresentados no 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 out. 21-26; Recife-Olinda (PE), Brasil. Recife (PE): ABEn; 2000. p. 13.

Trabalho completo apresentado em evento científico e publicado em anais:

Barreira IB, Baptista SS. Nexos entre a pesquisa em história da Enfermagem e o processo de cientificização da profissão. Anais do 51º Congresso de Enfermagem. 10º Congresso Panamericano de Enfermeria; 1999 out. 2-7; Florianópolis (SC), Brasil. Florianópolis (SC): ABEn; 2000. p. 295-311.

Dissertação, tese e monografia acadêmica:

Souza IEO. O desvelar do ser-gestante diante da possibilidade de amamentação [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1993.

Dissertação e tese em material eletrônico:

Barcelos LMS. Do diálogo autoritário ao discurso dialógico: o cuidado da enfermagem hospitalar na perspectiva de clientes vivendo com AIDS [CD-ROM, dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003.

Trabalho em material eletrônico:

Motta MCS, Marin HF, Zeitone RC. Exame físico em consulta de Enfermagem de Puericultura [CD-ROM]. Rio de Janeiro: NCE / EEAN / Central de Eventos; 2001.

Verbetes de dicionário:

Ferreira ABH. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986. Enfermagem; p. 651

Relatório técnico e científico:

Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Rio de Janeiro. Relatório Financeiro 2000. Rio de Janeiro: ABEn (RJ); 2000. N° 2014-0139-2824.

Ata de reunião (documento não previsto na Norma de Vancouver):

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem Anna Nery. Ata de reunião realizada no dia 01 abr 1976. Livro 50, p. 21. Implantação de projeto sobre a aplicação de novas metodologias ao processo ensino aprendizagem no ciclo profissional do curso de graduação em enfermagem nesta instituição, mediante convênio com o Departamento de Assuntos Universitários do Ministério de Educação e Cultura. Rio de Janeiro (RJ): EEAN; 1976 abr 01.

Documento jurídico:

Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986 (BR). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 26 jun 1986: Seção 1: 1.

Documento jurídico de meio eletrônico:

Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986 (BR). Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet], Brasília (DF). 26 jun 1986 [citado 4 jul 2008]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm

Para abreviações de títulos de periódicos:

- http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm
- <http://ccn.ibict.br/busca.jsf>
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?deb=journals>
- International Nursing Index
- Index Medicus

Tabelas: Todas as tabelas deverão ser incluídas no corpo do texto com as respectivas identificações (número, título e notas explicativas, quando houver). Os locais sugeridos para a inserção de tabelas, segundo sua ordem de aparição, devem ser destacados no texto. As tabelas devem apresentar um título breve e ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citadas no texto, restringindo-se a cinco (5) no total; além disso, devem apresentar dado numérico como informação central, e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé da tabela, precedidas pelo símbolo *. Para a elaboração de tabelas e gráficos, usar preferencialmente programas como o Microsoft Word ou Excel.

Gráficos e Imagens (Fotografias): Largura igual ou superior a 1000 pixel, obrigatoriamente, os arquivos devem ter extensão **JPG, GIF, PNG, PSD** ou **TIF**. O somatório total dos arquivos tem de ser igual ou menor que 300 MB. Logo após o upload, serão exibidas as miniaturas das imagens, clique no ícone para editar o título e a legenda de cada imagem submetida. Deve-se destacar no texto os locais sugeridos para a inserção de gráficos e ilustrações, segundo sua ordem de aparição, bem como, apresentar um título breve e numerá-los consecutivamente com algarismos arábicos, conforme a ordem em que forem citados no texto, restringindo-se a 05 no total. As figuras devem conter legenda, quando necessário, e a fonte quando for extraída de uma obra publicada, bem como, a fonte de qualquer ilustração, publicada ou não, deve ser mencionada abaixo da figura.

Alerta aos autores:

Antes de completar o processo de submissão ao sistema, gentileza verificar se foi feito o upload dos seguintes documentos:

- a) Declaração de Responsabilidade dos Autores e Direitos Autorais, no formato PDF;
- b) Comprovante do CEP que aprovou a pesquisa, no formato PDF;
- c) Folha de rosto (title page), constando o título curto (running head) em português; com até 7

palavras; título do artigo em português, inglês e espanhol; Nome completo dos autores sem abreviaturas; credenciais institucionais dos autores; o nome e email do autor correspondente, no formato doc ou docx;

d) O Main document (artigo) contendo o título, resumo e palavras-chave nos três idiomas. Esse documento deve ser apresentado no formato doc ou docx;

e) CHECKLIST de verificação de conformidade com as instruções aos autores. Verificar o atendimento às Instruções aos Autores. Faça o download do (CHECKLIST PORT.pdf).

Declaração de Responsabilidade do Autores e Direitos Autorais à Escola Anna Nery Revista de Enfermagem/Anna Nery School Journal of Nursing:

Título do manuscrito: "....."

Declaramos para fins de publicação que concordamos com os termos dos direitos autorais previstos na legislação brasileira de Direitos Autorais (Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998), artigos 22 a 28, tornando seu conteúdo uma propriedade exclusiva deste periódico. Em sendo um periódico com publicação online, concordo que o conteúdo do manuscrito seja publicado e disseminado em acesso aberto (open access) por meio eletrônico da revista, nos termos previstos na política do open access disponível em SciELO <http://www.scielo.br/revistas/man/iaboutj.htm> e na Global Health <http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/about/editorialPolicies#openAccessPolicy>.

Declaramos que o referido manuscrito é um trabalho original, sendo que nem sua versão integral ou parcial, nem outro trabalho de nossa autoria com conteúdo similar foi submetido e/ou publicado por outro periódico impresso ou eletrônico. *Os autores estão cientes que ao publicar em Escola Anna Nery estarão concordando com a modalidade de Creative Commons Attribution-Type BY <http://creativecommons.org/licenses>, adotada pela Revista.* A partir da publicação do artigo, seu conteúdo poderá ser copiado, distribuído, editado, remixado e utilizado para novas criações, desde que se atribua o devido crédito ao autor original e que confira os devidos créditos à sua publicação em Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Estamos de acordo com a função dessa modalidade de licença, que é a de impulsionar a disseminação e uso dos materiais licenciados. Estamos cientes que sempre que houver autorização do periódico para sua publicação em outros formatos ou mídias, é obrigatório que seja registrado um competente agradecimento à Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, bem como sua referência bibliográfica nesse periódico.

Os autores abaixo assinados declaram de maneira suficiente para tornar pública a nossa responsabilidade por seu conteúdo, concordando que a escrita do trabalho e os conteúdos intelectuais mais importantes foram revisados criticamente por todos. Cada autor aprovou a versão final do conteúdo a ser publicado e concorda em responsabilizar-se por todos os aspectos do trabalho assegurando que questões relacionadas a acurácia ou integridade de quaisquer parte do trabalho serão adequadamente investigadas e resolvidas. Além disso, cada autor indica o número correspondente à sua forma de contribuição intelectual substancial à concepção ou desenho do estudo/pesquisa (1), a aquisição (2), análise (3) ou interpretação dos dados (4), em tipo de participação, em acordo com os critérios estabelecidos pelo ICMJE (<http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>)

Rio de Janeiro, ... de de

Autores:

1 - Nome do autor e a assinatura digital Tipo de participação na condução do estudo e elaboração do manuscrito

2 - Nome do autor e a assinatura digital. Tipo de participação na condução do estudo e elaboração do manuscrito

3 - Nome do autor e a assinatura digital. Tipo de participação na condução do estudo e elaboração do manuscrito

4- Nome do autor e a assinatura digital. Tipo de participação na condução do estudo e elaboração do manuscrito

5- Nome do autor e a assinatura digital. Tipo de participação na condução do estudo e elaboração do manuscrito

6- Nome do autor e a assinatura digital. Tipo de participação na condução do estudo e elaboração do manuscrito

OBS. Sempre que o número de autores for superior a seis, enviar carta ao Editor explicando metodologicamente as razões para o quantitativo. Após a assinatura de todos os autores, digitalizar e enviar o arquivo (pdf) pelo " supplementary file" do ScholarOne submission.

Envio de manuscritos

Envio de manuscritos – Antes de submeter o manuscrito, o(s) autor (es) poderá consultar o tutorial do Sistema ScholarOne disponível na página da revista.

Tutorial Submissão Scholarone

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Secretaria Administrativa, Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ. Rua Afonso Cavalcanti, 275, Cidade Nova. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, CEP 20.211-110. Tel.: + 55 (21) 3938-0952 Tel.: + 55 (21) 3938-0941

E - mail: annaneryrevista@gmail.com