



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

CAMILA SILVEIRA SILVA TEIXEIRA

**INSEGURANÇA ALIMENTAR, ESTADO NUTRICIONAL E HÁBITOS
ALIMENTARES DE PESSOAS ACOMETIDAS POR HANSENÍASE EM
MUNICÍPIOS DO INTERIOR DA BAHIA, 2001-2014**

FORTALEZA, CE

2017

CAMILA SILVEIRA SILVA TEIXEIRA

INSEGURANÇA ALIMENTAR, ESTADO NUTRICIONAL E HÁBITOS ALIMENTARES
DE PESSOAS ACOMETIDAS POR HANSENÍASE EM MUNICÍPIOS DO INTERIOR DA
BAHIA, 2001-2014

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia.

Orientador: Prof. Dr. Jorg Heukelbach
Coorientadora: Prof.^a Dra. Danielle Souto de Medeiros

FORTALEZA, CE

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- T265i Teixeira, Camila Silveira Silva.
Insegurança alimentar, estado nutricional e hábitos alimentares de pessoas acometidas por hanseníase em municípios do interior da Bahia, 2001-2014 / Camila Silveira Silva Teixeira. – 2017.
144 f.: il.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós- Graduação em Saúde Pública, Fortaleza, 2017.
Orientação: Prof. Dr. Jorg Heukelbach.
Coorientação: Profa. Dra. Danielle Souto de Medeiros.
1. Segurança Alimentar e Nutricional. 2. Estado Nutricional. 3. Hábitos Alimentares. 4. Populações Vulneráveis. 5. Hanseníase. I. Título.

CDD 610

CAMILA SILVEIRA SILVA TEIXEIRA

INSEGURANÇA ALIMENTAR, ESTADO NUTRICIONAL E HÁBITOS ALIMENTARES
DE PESSOAS ACOMETIDAS POR HANSENÍASE EM MUNICÍPIOS DO INTERIOR DA
BAHIA, 2001-2014

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em: 24 / 01 / 2017.

BANCA EXAMINADORA



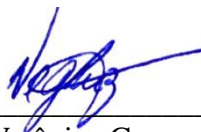
Prof. Dr. Jorg Heukelbach (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Prof.^a Dr.^a Danielle Souto de Medeiros (Coorientadora)
Universidade Federal da Bahia (UFBA)



Prof. Dr. Carlos Henrique Alencar
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Prof.^a Dr.^a Verônica Gronau Luz
Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD)

“O Senhor é o meu pastor; nada me faltará.”

Salmos 23:1

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus pelo zelo, cuidado e amparo nos momentos de atribulação, permitindo que eu construísse esse caminho e dando forças para que eu buscasse meus objetivos.

À minha mãe Anagelva, minha irmã Daiane e meu padrasto Valderico, por todo amor, apoio, incentivo aos meus estudos e por acreditarem em minha capacidade.

Ao meu pai (em memória), que fui alegria ao nascer e que zelou por minha segurança. Por isso, dói medir a distância entre nós e saber que não vou abraça-lo além da lembrança.

Ao meu noivo Armando, pelo amor, lealdade, compreensão e encorajamento nos momentos difíceis.

Aos meus amigos, especialmente à Bárbara, pelo incentivo e, acima de tudo, por seu incontestável exemplo de amizade e perseverança, com muito carinho, minha eterna admiração. À Martha e Thayanne pela convivência, palavras de carinho e momentos de alegria.

À Universidade Federal do Ceará, como um todo, pelo acolhimento e oportunidades.

Ao Programa de Mestrado em Saúde Pública, especialmente ao Prof. Dr. Carlos Henrique Moraes de Alencar e à secretária Dominik Fontes, por todo apoio e generosidade.

Ao meu orientador Prof. Dr. Jorg Heukelbach, pelos ensinamentos, disponibilidade e excelente orientação.

À minha coorientadora, Prof.^a Dr.^a Danielle Souto de Medeiros, pelo exemplo e pela confiança em mim depositada.

Ao Prof. Dr. Alberto Novaes Ramos Júnior, pela grande oportunidade e por suas relevantes contribuições.

Ao Projeto IntegraHans – N/NE, coordenadores, bolsistas, graduandos e colaboradores, por terem contribuído em minha formação como pesquisadora.

Aos meus colegas de mestrado, pelo convívio, pelas alegrias partilhadas e comemorações.

A CAPES pela oportunidade de financiamento da bolsa de estudos.

Além disso, a pesquisa contou com a colaboração de instituições de ensino, políticas e de saúde, a exemplo:

- Instituto Multidisciplinar em Saúde, *Campus* Anísio Teixeira, Universidade Federal da Bahia (IMS/CAT/UFBA);

- Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) – *Campus* de Vitória da Conquista e de Jequié;

- Faculdade Independente do Nordeste (FAINOR);
- Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) – *Campus* de Vitória da Conquista;
- Governo do Estado da Bahia;
- Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista (PMVC);
- Prefeitura Municipal de Tremedal (PMT);
- Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB);
- Núcleo Regional de Saúde Sudoeste (NRS Sudoeste);
- Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista (SMS/PMVC);
- Secretaria Municipal de Saúde de Tremedal (SMS/PMT).

“Se, na verdade, não estou no mundo para a ele simplesmente me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes. ”

Paulo Freire

RESUMO

A insegurança alimentar (IA) em grupos vulneráveis, pode resultar em prejuízos aos hábitos alimentares e ao estado nutricional dos indivíduos. Doenças como a hanseníase, realimentam o ciclo da pobreza e reduzem as chances de desenvolvimento humano, corroborando a vulnerabilidade alimentar das pessoas afetadas. O objetivo foi caracterizar a insegurança alimentar, o estado nutricional e os hábitos alimentares de pessoas acometidas por hanseníase. Estudo transversal, de amostra censitária, em que foram avaliados 276 casos de hanseníase, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, entre 2001 e 2014, nos municípios de Vitória da Conquista e Tremedal, Bahia. A IA foi estimada pela Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar. Foram coletados dados antropométricos, de frequência alimentar, domiciliares, socioeconômicos, psicossociais e clínicos. As associações foram estimadas por regressão de Poisson com variância robusta. A prevalência de IA foi de 39,4% (n=95) em Vitória da Conquista e 51,4% (n=18) em Tremedal; classificada como, respectivamente, leve 27,8% (n=67) e 31,4% (n=11), moderada 7,5% (n=18) e 11,4% (n=4), e grave 4,1% (n=10) e 8,6% (n=3). A prevalência de sobrepeso/obesidade foi de 62,0% (n=132) em Vitória da Conquista e 46,7% (n=14) em Tremedal. Houve diferença significativa em relação ao consumo excessivo de sal ($p=0,008$), consumo de leite ($p=0,002$), de hortaliças cozidas ($p=0,001$), de hortaliças cruas ($p=0,018$) e de frutas ($p=0,001$). Em análise de regressão, a prevalência de IA mostrou-se associada ao benefício do PBF (RP=3,09; IC95%: 1,80-5,40), episódio reacional (RP=1,73; IC95%: 1,20-2,60), algum efeito dermatológico sobre a qualidade de vida (RP=1,54; IC95%: 1,13-2,10), alguma restrição à participação social (RP=1,50; IC95%: 1,05-2,14), alguma limitação de atividade (RP=1,50; IC95%: 0,95-2,34), paredes externas do domicílio sem revestimento (RP=1,38; IC95%: 1,01-1,91) e às interações entre alguma limitação de atividade e benefício do PBF (RP=0,43; IC95%: 0,23-0,82) e entre episódio reacional e benefício do PBF (RP=0,51; IC95%: 0,27-0,96). As pessoas em estudo sofreram com a IA e tiveram hábito alimentar e estado nutricional inadequados. Os impactos físicos, sociais e psicológicos associados à hanseníase, podem ter afetado as condições de vida e de saúde, favorecendo a vulnerabilidade alimentar do domicílio. Recomenda-se a inserção da assistência nutricional às políticas públicas de saúde como forma de qualificar a atenção à pessoa com hanseníase, considerando-se os impactos negativos na condição geral de saúde.

Palavras-chave: Segurança Alimentar e Nutricional. Estado Nutricional. Hábitos Alimentares. Populações Vulneráveis. Hanseníase.

ABSTRACT

Food insecurity (FI) in vulnerable groups can result in damage to dietary habits and the nutritional status of individuals. Diseases such as leprosy, feed back the cycle of poverty and reduce the chances of human development, corroborating the food vulnerability of the affected people. The objective of the study was to characterize food insecurity, nutritional status and eating habits in people affected by leprosy. Cross - sectional study of 276 cases of leprosy reported in the Notifiable Diseases Information System, between 2001 and 2014, in the cities of Vitória da Conquista and Tremedal, located in the southwest region from Bahia. The FI was estimated through the Brazilian Scale of Food Insecurity. Anthropometric data, weight and height, and individual feeding frequency were collected. Household, socioeconomic, psychosocial and clinical variables were also evaluated. The association between the outcome and the explanatory variables of interest was estimated by Poisson regression with robust variance. The prevalence of FI was estimated at 39.4% (n=95) in Vitória da Conquista and 51.4% (n=18) in Tremedal; In these cities as, respectively, mild 27.8% (n=67) and 31.4% (n=11), moderate 7.5% (n=18) and 11.4% (n=4), and severe, 4.1% (n=10) and 8.6% (n=3). The estimated prevalence of overweight/obesity was 62.0% (n=132) in Vitória da Conquista and 46.7% (n=14) in Tremedal. There was a significant difference in relation to the excessive salt intake (p=0.008), milk consumption (p=0.002), cooked vegetables (p=0.001), raw vegetables (p=0.018) and fruits (p=0.001). In regression analysis a prevalence of IF was associated with the benefit of PBF (PR=3.09; CI95%: 1.80-5.40), development of reactional episode (PR=1.73; CI95%: 1.20-2.60), some dermatological effect on the quality of life (PR=1.50; CI95%: 1.05-2.14), some activity limitation (PR=1.38; CI95%: 0.95-2.34), external walls of the uncoated domicile (PR=1.38; CI95%: 1.01-1.91). The interactions between some activity limitation and benefit of PBF (PR=0.43; CI95%: 0.23-0.82) and development of reactional episode and benefit of PBF (PR=0.51; CI95%: 0.27-0.96). The subjects under study suffered from FI and had inadequate food habits and nutritional status. The physical, social and psychological impacts associated with leprosy over time may have affected living and health conditions, favoring household food vulnerability. It is recommended the insertion of nutritional assistance into public health policies as a way of qualifying attention to the person with leprosy, considering the negative impacts on the general health condition.

Keywords: Food and Nutrition Security. Nutritional Status. Food Habits. Vulnerable Populations. Leprosy.

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|----------|--|----|
| Figura 1 | – Localização geográfica da Região Econômica Sudoeste e dos municípios de Vitória da Conquista e Tremedal, Bahia 2016 | 47 |
| Figura 2 | – Modelo teórico conceitual das variáveis explicativas da IA em pessoas acometidas pela hanseníase, Vitória da Conquista e Tremedal. IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015 | 58 |
| Figura 3 | – Seleção da população para investigação da IA, em pessoas acometidas pela hanseníase, Vitória da Conquista e Tremedal. IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015 | 61 |
| Figura 4 | – Prevalência de IA em pessoas acometidas pela hanseníase nos municípios de Vitória da Conquista (n=241) e Tremedal (n=35). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015 | 64 |
| Figura 5 | – Estado nutricional de pessoas acometidas pela hanseníase nos municípios de Vitória da Conquista (n=241) e Tremedal (n=35). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015 | 66 |
| Figura 6 | – Modelo teórico conceitual para compreensão da ocorrência de IA em pessoas acometidas por hanseníase. IntegraHans, Bahia, 2015 | 77 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Pontuação para classificação dos domicílios, com e sem menores de 18 anos, nas categorias de insegurança alimentar | 31 |
| Tabela 2 – Variáveis domiciliares e do entorno. IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015 | 54 |
| Tabela 3 – Variáveis familiares e socioeconômicas. IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015 | 55 |
| Tabela 4 – Variáveis psicossociais e clínicas. IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015 | 56 |
| Tabela 5 – Características da população estudada, nos municípios de Vitória da Conquista (n=241) e Tremedal (n=35). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015 ... | 63 |
| Tabela 6 – Descrição das respostas positivas às questões da EBIA, Vitória da Conquista (n=241) e Tremedal (n=35). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015 ... | 65 |
| Tabela 7 – Frequência alimentar e consumo regular de alimentos pela população estudada, Vitória da Conquista (n=241) e Tremedal (n=35). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015 | 67 |
| Tabela 8 – Prevalência de IA, segundo variáveis domiciliares, do entorno, familiares, socioeconômicas, psicossociais e clínicas (n=276). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015 | 68 |
| Tabela 9 – Fatores associados à prevalência de IA estratificados pela variável “limitação de atividade” (n=276). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015 | 70 |
| Tabela 10 – Fatores associados à prevalência de IA estratificados pela variável “restrição à participação social” (n=276). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015 | 71 |
| Tabela 11 – Fatores associados à prevalência de IA estratificados pela variável “qualidade de vida em dermatologia” (n=276). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015 | 72 |
| Tabela 12 – Fatores associados à prevalência de IA estratificados pela variável “episódio reacional” (n=276). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015 | 73 |

| | |
|---|----|
| Tabela 13 – Fatores associados à prevalência de IA estratificados pela variável “incapacidade física” (n=276). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015 | 74 |
| Tabela 14 – Efeitos de interação das variáveis estratificadas (n=276). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015 | 75 |
| Tabela 15 – Fatores associados à ocorrência de IA, segundo modelo final de regressão de Poisson (n=276). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015 | 76 |
| Tabela 16 – Fatores associados à ocorrência de IA, segundo modelo final de regressão de Poisson com interações (n=276). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015 | 77 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Questões da primeira versão da Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar | 29 |
| Quadro 2 – Questões da segunda versão da Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar | 30 |
| Quadro 3 Quadro 3 – Avaliação da frequência e consumo regular de alimentos | 53 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|---|
| ABEP | Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas |
| ABRANDH | Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| CAAE | Certificado de Apresentação para Apreciação Ética |
| CADSUS | Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos |
| CMAS | Conselho Municipal de Assistência Social |
| CNPq | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| CONSEA | Conselho Nacional de Segurança Alimentar |
| DCV | Doenças Cardiovasculares |
| DHAA | Direito Humano à Alimentação Adequada |
| DSS | Determinantes Sociais em Saúde |
| DTN | Doenças Tropicais Negligenciadas |
| EBIA | Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| FAO | <i>Food and Agriculture Organization</i> |
| FBSAN | Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional |
| FNDE | Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação |
| HFSSM | <i>Household Food Security Survey Module</i> |
| IA | Insegurança Alimentar |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IC | Intervalo de Confiança |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| IDHM | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal |
| ILEP | <i>International Federation of Anti-Leprosy Associations</i> |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| ISS | Investigação em Sistemas de Serviços de Saúde |
| MB | Multibacilar |
| MCTI | Ministério da Ciência, Tecnologia e Informação |
| MDS | Ministério do Desenvolvimento Social |
| MS | Ministério da Saúde |

| | |
|--------|---|
| N | Região Norte |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| NE | Região Nordeste |
| NHR | <i>Netherlands Hanseniasis Relief</i> |
| NLR | <i>Netherlands Leprosy Relief</i> |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONG | Organização Não Governamental |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PAA | Programa de Aquisição de Alimentos |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PB | Paucibacilar |
| PBF | Programa Bolsa Família |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PIDESC | Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais |
| PMVC | Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista |
| PNAD | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios |
| PNAE | Programa Nacional de Alimentação Escolar |
| PNAN | Política Nacional de Alimentação e Nutrição |
| PNS | Pesquisa Nacional de Saúde |
| POF | Pesquisa de Orçamento Familiar |
| PQT | Poliquimioterapia |
| PRONAF | Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar |
| PRP | Programa Restaurante Popular |
| PTCR | Programas de Transferência Condicionada de Renda |
| QFA | Questionário de Frequência Alimentar |
| RP | Razão de prevalências |
| SA | Segurança Alimentar |
| SAN | Segurança Alimentar e Nutricional |
| SCTIE | Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos |
| SEI | Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia |
| SESAB | Secretaria de Saúde da Bahia |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |

| | |
|-------|--|
| SISAN | Sistema Nacional de Segurança Alimentar |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidades Básicas de Saúde |
| UF | Unidade Federativa |
| UFC | Universidade Federal do Ceará |
| USF | Unidades de Saúde da Família |
| WHO | <i>World Health Organization</i> |

LISTA DE SÍMBOLOS

| | |
|-----------------|-----------------------|
| % | Porcentagem |
| Cm | Centímetros |
| Km | Quilômetro |
| km ² | Quilômetro quadrado |
| M | Metros |
| mm | Milímetros |
| Nº | Número |
| n | Número de observações |
| P | Prevalência |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 20 |
| 1.1 Segurança Alimentar e Nutricional | 20 |
| <i>1.1.1 Contexto histórico mundial</i> | 20 |
| <i>1.1.2 Contexto histórico no Brasil</i> | 22 |
| <i>1.1.3 Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar</i> | 27 |
| <i>1.1.4 Determinantes da insegurança alimentar</i> | 32 |
| 1.2 Estado nutricional e hábitos alimentares | 37 |
| 1.3 Vulnerabilidade | 38 |
| 1.4 Hanseníase | 40 |
| 2 JUSTIFICATIVA | 43 |
| 3 OBJETIVOS | 44 |
| 3.1 Objetivo geral | 44 |
| 3.2 Objetivos específicos | 44 |
| 4 MÉTODOS | 45 |
| 4.1 Desenho do estudo | 45 |
| 4.2 Local do estudo | 47 |
| <i>4.2.1 Caracterização do município de Vitória da Conquista</i> | 47 |
| <i>4.2.2 Caracterização do município de Tremedal</i> | 49 |
| 4.3 População alvo | 49 |
| 4.4 Procedimentos | 50 |
| <i>4.4.1 Atividades preparatórias, recrutamento e treinamento da equipe</i> | 50 |
| <i>4.4.2 Abordagem aos casos de hanseníase</i> | 51 |
| 4.5 Coleta de dados | 51 |
| <i>4.5.1 Identificação dos casos de hanseníase</i> | 51 |
| <i>4.5.2 Aplicação dos questionários estruturados, antropometria e coleta de dados clínicos</i> . | 52 |
| 4.6 Variáveis dependentes e independentes | 53 |
| 4.7 Entrada e análise dos dados | 57 |
| 4.8 Considerações éticas | 59 |
| 4.9 Fontes de financiamento | 60 |
| 5 RESULTADOS | 61 |
| 5.1 Caracterização da população | 61 |
| 5.2 Insegurança alimentar, estado nutricional e hábitos alimentares | 64 |

| | |
|--|------------|
| 5.3 Fatores associados à insegurança alimentar | 68 |
| 5.4 Avaliação de potenciais modificadores de efeito | 70 |
| 5.5 Fatores independentemente associados à insegurança alimentar | 75 |
| 6 DISCUSSÃO | 78 |
| 6.1 Insegurança alimentar, estado nutricional e hábitos alimentares | 78 |
| 6.2 Fatores associados à insegurança alimentar | 82 |
| 6.3 Limitações do estudo | 87 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 88 |
| 8 REFERÊNCIAS | 89 |
| APÊNDICES | 102 |
| ANEXOS | 119 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Segurança Alimentar e Nutricional

1.1.1 Contexto histórico mundial

O termo segurança alimentar originou-se no contexto bélico europeu, com o advento das 1ª e 2ª Guerras Mundiais (1914 – 1918; 1939 – 1945), tendo como premissa os modelos de garantia de suprimentos. A fundação da Organização das Nações Unidas (ONU) conferiu maior abrangência à segurança alimentar (SA) nos países de guerra, afetados pela escassez de alimentos, e a utilização desse conceito ganhou força nas discussões acerca do tema (GUERRA, 2011).

Com a criação da Organização para Agricultura e Alimentação da ONU (FAO/ONU), em 1945, a discussão sobre SA ganhou mais espaço e o aproveitamento dos excedentes de produção de alimentos dos países ricos foi utilizado como estratégia de assistência alimentar (VALENTE, 1997; CARR, 2006). Notoriamente, a alimentação ainda não era compreendida como um direito e não havia preocupações com o seu aspecto qualitativo, nem com seus determinantes culturais e regionais e muito menos em relação à garantia de produção sustentável (MACHADO, 2011).

Mesmo com a regulação do mercado e minimização da importância da SA às populações, a alimentação adequada foi considerada um direito humano fundamental, previsto na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e reafirmado, em 1966, pelo Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) (BURITY; FRANCESCHINI; VALENTE, 2010; ABRANDH, 2010). Nesse contexto, o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) foi estabelecido como a garantia de acesso a uma alimentação adequada e saudável como direito de todo ser humano, respeitando suas características biológicas, culturais e sociais (BURLANDY; MALUF, 2011).

No início da década de 1970, foi organizada a Conferência Mundial de Alimentação, na qual foi discutida a grande crise mundial de produção de alimentos, enfrentada no cenário pós-guerra. O foco de discussão foi a garantia da SA baseada em uma política de armazenamento estratégico e de oferta de alimentos, vinculada a uma proposta de aumento da produção. Entendia-se, que não era suficiente apenas produzir alimentos, mas garantir a regularidade do abastecimento (CUSTÓDIO *et al.*, 2011).

Iniciava-se então um processo chamado de Revolução Verde, que visava aumentar a

produção de alguns alimentos para suprimento das necessidades apontadas. Esse mecanismo de produção tinha como modelo agrícola a monocultura, associada ao uso de novas variedades genéticas e fortemente dependente de insumos químicos (FLADRIN; MONTARINI, 1998). A utilização desse tipo de modelo resultou em graves consequências ambientais, sociais e econômicas, tais como: redução da biodiversidade, menor resistência a pragas, contaminação do solo e dos alimentos, e êxodo rural (MOREIRA, 2000).

A Revolução Verde intensificou a produção de alimentos, inclusive no Brasil com um enorme impulso na produção de soja, contudo, essas circunstâncias não garantiram o aumento da disponibilidade e acesso aos alimentos como demandava as necessidades populacionais (ABRANDH, 2010).

Entre as décadas de 1980 e 1990, foram então incorporados novos aspectos à SA, inclusive a noção de alimentos seguros (não contaminados física, biológica ou quimicamente), de qualidade (nutricional, biológica, sanitária e tecnológica), produzidos de forma sustentável e respeitando a diversidade cultural e o acesso à informação. Paralelamente, as questões relacionadas à saúde também foram ganhando força e entram em cena os princípios de equidade, justiça e relações éticas entre a geração atual e as futuras (VALENTE, 2002).

Abriu-se espaço também para a incorporação do termo “soberania” à questão dos alimentos, que incide sobre a autonomia dos países com relação à produção e consumo de alimentos, incluindo a preservação e valorização da diversidade cultural e dos hábitos alimentares de suas populações. Corrobora ainda à redução da vinculação de importações e flutuações de preços dos mercados internacionais (BELIK, 2012).

A realização da Conferência Internacional de Nutrição, ocorrida em Roma (1992), promovida pela FAO e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), consolidou os compromissos assumidos pelos governos, agregando definitivamente o aspecto nutricional e sanitário ao conceito de SA, passando a ser denominada Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Desse modo, o direito à alimentação foi inserido no contexto de direito à vida, à dignidade, à autodeterminação e ao suprimento de outras necessidades básicas (CUSTÓDIO *et al.*, 2011; GUERRA, 2011).

Um passo importante para afirmação do DHAA foi a realização da Conferência Internacional de Direitos Humanos em Viena (1993) e da Cúpula Mundial de Alimentação em Roma, realizada pela FAO em 1996, que associou o papel fundamental do DHAA à garantia da SAN. A Cúpula Mundial da Alimentação reuniu representantes de 186 nações, que se comprometeram a erradicar a fome de todos os países, tendo como objetivo imediato o de reduzir pela metade o número de pessoas desnutridas até 2015 (MACHADO, 2011).

A Cúpula foi um marco à consolidação da SAN, sendo estabelecidos três níveis de abordagem do tema: das nações, do domicílio e dos indivíduos. Recaindo sob os respectivos níveis de abordagem, implicitamente, a SAN permitiu o estabelecimento de quatro dimensões de atuação para as políticas públicas: a disponibilidade, o acesso, a utilização dos alimentos e a estabilidade (BELIK, 2012).

A disponibilidade alimentar constitui a oferta de alimentos suficientes e adequados para toda uma população, sendo incluídas as formas de produção, armazenamento e distribuição dos alimentos. O acesso físico e econômico condiz com as formas de se obter alimentos com qualidade nutricional, em quantidades suficientes e sofre influência dos preços dos alimentos e da renda familiar, pois está articulado com os recursos financeiros disponíveis da família. A utilização biológica dos alimentos envolve o aproveitamento dos nutrientes pelo organismo humano, compreendendo o acesso à informação e desenvolvimento de conhecimentos, escolhas e hábitos alimentares individuais. Por fim, a estabilidade da alimentação está associada com todas as outras dimensões (disponibilidade, acesso e utilização) mas abrange ainda a sustentabilidade ambiental, social e econômica (IBGE, 2010; KEPPLER; GUBERT; SEGALL-CORRÊA, 2011).

Considera-se que embora a alimentação tenha um caráter fisiológico, ela também se apresenta como um ato social, psicológico e cultural impregnado de simbolismos (ALBUQUERQUE, 2009). A alimentação é vulnerável aos aspectos socioculturais de cada população e até mesmo de cada indivíduo, reafirmando o conceito de soberania alimentar (MONTEIRO *et al.*, 2014a). Dessa forma, nota-se que o conceito de SAN é sustentado em uma ampla cadeia que envolve aspectos locais, regionais, nacionais e internacionais, tanto em nível individual quanto domiciliar (GUERRA, 2011).

1.1.2 Contexto histórico no Brasil

Dentro da perspectiva brasileira, a SAN passou a fazer parte do discurso dos planos de governo em período relativamente recente, mediante ponto de vista claramente relacionado à oferta de alimentos (VASCONCELOS, 2005; BELIK, 2012). Documentos de 1985 discutem que àquela época foi elaborada uma proposta de Política Nacional de Segurança Alimentar para atender as necessidades alimentares da população e atingir a autossuficiência nacional na produção de alimentos (VALENTE, 2002).

Já em 1986, realizou-se a I Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição, envolvendo profissionais de saúde e de vários setores da sociedade. A Conferência foi

considerada um dos frutos da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no mesmo ano, que foi um marco crucial à elaboração do Artigo nº 196 da Constituição Federal do Brasil (1988), tendo como temas de discussão: a saúde como direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor (ARRUDA; ARRUDA, 2007).

Para abordagem e acompanhamento das questões relacionadas à SA, foi criado o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA) em 1993, integrado por oito ministros de Estado e vinte e um representantes da sociedade civil, sendo a maioria indicada pelo movimento “Pela Ética na Política”. A coordenação do CONSEA tinha como foco a elaboração e implantação do Plano Nacional de Combate à Fome e à Miséria, dentro dos princípios de solidariedade, parceria e descentralização, fundamentados pelos aspectos doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) (MACHADO, 2011). Pela primeira vez, o governo federal assumiu o círculo vicioso formado pela fome, a miséria e a violência, estabelecendo o seu enfrentamento como prioridade de governo (PESSANHA, 2002; VALENTE, 2002).

A I Conferência Nacional de Segurança Alimentar foi realizada em 1994, por iniciativa do CONSEA e do movimento “Ação da Cidadania contra a fome, à miséria e pela vida”, liderado pelo o sociólogo Herbert de Souza, o Betinho. A conferência constatou dificuldades ao acesso equitativo de alimentos, tendo como principais determinantes da fome e da miséria na população, a concentração de renda e de terras no país (VALENTE 2002).

No âmbito das políticas macroeconômicas, em 1995 foi instituído o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF), que tem como principal objetivo, o desenvolvimento sustentável do meio rural, mediante ampliação da produção de alimentos, geração de empregos, aumento da renda e melhoria da qualidade de vida dos agricultores familiares. O Programa foi uma das ações mais importantes ocorridas na política agrícola na década de 1990, colaborando também para o avanço das políticas de SAN. Dentre suas iniciativas, destaca-se a consolidação de instituições, normas e procedimentos em condições favoráveis e a disponibilização de crédito rural para o pequeno produtor (STRASSBURG *et al.*, 2015).

Após 1995, houve uma descontinuidade na construção política institucional acerca da SAN. O CONSEA foi substituído por outro Conselho, o Comunidade Solidária, de perfil consultivo e com evidência às ações de combate à pobreza e à miséria, mantendo a relação entre sociedade civil e Estado. Todavia, apesar de mantida a interface entre sociedade civil e Estado, a discussão sobre SAN e o problema da fome no Brasil perderam força dentro dos debates políticos (VALENTE, 2002).

A rearticulação entre os as dimensões social e estatal, ocorreu em meio a construção de um documento oficial brasileiro à Cúpula Mundial de Alimentação, realizada em Roma, 1996. A delegação brasileira teve participação ativa nas discussões da Cúpula, tendo como principal efeito a criação do Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional (FBSAN) em 1998. Com cerca de quarenta representantes de organizações e entidades da sociedade civil, o Fórum visava reorganizar o movimento de combate à fome e à miséria no Brasil (CONSEA, 2009).

Fatores sócio-políticos, como uma grave seca que afligiu a Região Nordeste do país, fez emergir novas abordagens à retomada da discussão de uma Política de Segurança Alimentar. Diante desse contexto, o então candidato à presidência Luís Inácio Lula da Silva, toma como premissa de campanha das eleições de 1998, a promessa de elaborar uma proposta à erradicação da fome no país (INSTITUTO CIDADANIA, 2001; YASBEK, 2004).

A partir de 1999, foi criada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) que foi integrada a Política Nacional de Saúde. A PNAN foi estabelecida com o propósito de garantir a qualidade dos alimentos comercializados ao consumo, a promoção de práticas alimentares saudáveis, a prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e o incentivo às ações intersetoriais de acesso universal aos alimentos. Dentro da perspectiva da PNAN, a alimentação é reconhecida como direito humano fundamental e a contribuição setorial da saúde é inerente à garantia de SAN (CONSEA, 2009).

O debate sobre a questão da fome no Brasil foi retomado no início do ano 2000, diante da gravidade das condições de pobreza e vulnerabilidade das famílias, sobreposta pela crise econômica e pelo aumento do desemprego no final da década de 1990. Naquele período, 54,4 milhões de pessoas conviviam com renda insuficiente para alimentação, vestuário, moradia e saúde, e 24 milhões destes não possuíam renda sequer para o acesso à alimentação adequada. O país passava também por um momento de oscilações nos preços dos alimentos, com crescente importação de alimentos e redução dos estoques públicos de insumos agrícolas (INSTITUTO CIDADANIA, 2001).

Dessa maneira, o compromisso assumido por diversos movimentos sociais brasileiros nos anos 2000, pactuados com a prioridade governamental diante da fome no país, colocou em evidência a importância do acesso as necessidades básicas pela população, dentre estas a alimentação adequada (YASBEK, 2004).

Em 2001, o Instituto Cidadania lançou o Programa Fome Zero, que se instituiu como uma Política Nacional de SAN dentro da perspectiva brasileira. Tal estratégia, favoreceu o combate às causas estruturais da fome, responsáveis pelas iniquidades sociais. Funcionou também como garantia de promoção da SAN e o enfrentamento da miséria, por meio da

inclusão social e a possibilidade do direito de cidadania à população mais vulnerável. O Programa foi adotado pelo governo federal em 2003 e consolidou-se como uma estratégia para assegurar o DHAA às pessoas mais desfavorecidas (MALUF, 2009; CONSEA, 2010).

Outra política relacionada à promoção de SAN, foi a criação do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), também em 2003. O programa foi tido como fruto de dois importantes debates políticos no Brasil: o primeiro relacionado ao combate à fome e a garantia da SAN da população brasileira, e o segundo, acerca do reconhecimento da agricultura familiar como categoria social de política pública. O PAA tem atuação abrangente, que vai desde o suprimento de populações em situação de insegurança alimentar (IA) até as demandas dos agricultores familiares, facilitando a disponibilidade de mercados para seus produtos e assegurando preço, novos mercados e rendas alternativas (STRASSBURG *et al.*, 2015).

A criação do Programa Bolsa Família (PBF) em 2003, também integrou o escopo do Programa Fome Zero como um dos Programas de Transferência Condicionada de Renda (PTCR) do governo brasileiro, durante a presidência do Luís Inácio Lula da Silva. O PBF atua por meio de três eixos principais: a transferência condicionada de renda, como forma imediata de amortizar a pobreza; as condicionalidades, que viabilizam o acesso a direitos sociais básicos como a educação, a saúde e assistência social; e os programas complementares, que objetivam o desenvolvimento das famílias (BRASIL, 2010a).

Em diversos países, inclusive no Brasil, os PTCR têm-se destacado como uma importante estratégia das políticas de proteção social e combate à pobreza (COTTA; MACHADO, 2013). Estudos evidenciaram que as famílias beneficiárias de PTCR tendem a aumentar os gastos com a compra de alimentos, principalmente para as crianças (CABRAL *et al.*, 2014; SPERANDIO; PRIORE, 2015; COTTA; MACHADO, 2013). Contudo, o incremento da alimentação não basicamente resultou na diminuição da IA ou proporcionou bem-estar nutricional. Às famílias vulneráveis, além de questões financeiras, existem outros aspectos que interferem na escolha dos alimentos, como as propagandas de produtos de baixo valor nutricional e altamente calóricos, que muitas vezes têm preços relativamente acessíveis (COTTA; MACHADO, 2013).

A criação do Programa Restaurante Popular (PRP) foi também uma das ações integrais à política de inclusão social, iniciada em 2003, pelo Programa Fome Zero. O estabelecimento do Programa é de responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e tem como prioridade, criar uma rede de proteção alimentar em áreas de grande circulação de pessoas, fornecendo apoio à construção e modernização de unidades de

alimentação e nutrição que atendam os segmentos vulneráveis à situação de IA (GONÇALVES; CAMPOS; SARTI, 2011).

Ademais, apesar do constante desenvolvimento das unidades conveniadas desde o início da implementação do PRP, observou-se baixa correlação entre a implantação do PRP e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Em 2011, a região Nordeste apresentava cerca de 31,0% de restaurantes populares em funcionamento, enquanto a Sudeste concentrava 44,0%. Esta correlação mostrou-se como condição antagônica à prerrogativa do PRP, que incentiva a adesão ao programa em regiões de menor IDH, que apresentam maior necessidade de intervenções em segurança alimentar (GONÇALVES; CAMPOS; SARTI, 2011).

Já em 2004, a II Conferência Nacional de Segurança Alimentar, realizada em Olinda, Pernambuco, serviu de base para o Sistema Nacional de Segurança Alimentar (SISAN), criado posteriormente em 2006. A II Conferência também estabeleceu recomendações que tornaram o conceito de SAN ampliado, instituído pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que define SAN como:

“(...) a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis” (BRASIL, 2006).

Dentre as políticas públicas em SAN, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), desenvolvido desde 1955 pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), é o maior e mais antigo programa de alimentação escolar do mundo. A objetivo principal do PNAE se baseia na contribuição ao crescimento, desenvolvimento, aprendizagem, rendimento escolar e aquisição de hábitos alimentares saudáveis, utilizando como estratégias, a oferta da alimentação escolar e as ações de educação alimentar e nutricional (BRASIL, 2016a).

O PNAE tem sofrido diversas modificações em sua base legal e inúmeros projetos foram incorporados para estabelecimento e garantia da política de SAN, a exemplo: “Dez Passos para Alimentação Saudável na Escola” (Ministério da Saúde), “Projeto Criança Saudável Educação Dez” (MDS), “Projeto Alimentação Saudável nas Escolas” em parceria com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Projeto Educando com a Horta Escolar (ONU/FAO) (SANTOS, 2012).

Dentre as ações de governamentais de promoção de SAN, desde 2009 a Lei nº 11.947

determina um repasse mínimo de 30,0% do recurso do PNAE de estados, municípios e Distrito Federal, para serem destinados à compra de gêneros alimentícios diretamente da agricultura familiar e do empreendedor familiar rural ou de suas organizações, preferencialmente dos assentamentos da reforma agrária, das comunidades tradicionais indígenas e das comunidades quilombolas (BRASIL, 2016a).

Mesmo o DHAA tendo sido um direito estendido para toda a humanidade na Declaração Universal dos Direitos Humanos, assinada em 1948, somente em 2010 a alimentação passou a ser considerada, de fato, como um dos direitos sociais previstos na Constituição Brasileira (1988) (KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2011). Isso ocorreu graças a aprovação da Emenda Constitucional nº 64, de 04 de fevereiro de 2010, onde ficou evidenciada a necessidade de uma revisão das ações e políticas do Estado voltadas para SAN, pois concebendo a alimentação como um direito, essas políticas deixam de ter um caráter apenas assistencialista (BRASIL, 2010b).

Assim como em outros países, as discussões envolvendo a SAN, a soberania alimentar e o DHAA, também ocuparam de forma crescente a agenda pública no Brasil nos últimos anos, tanto pela atuação do Estado como pela participação da sociedade civil organizada (MALUF, 2009). A SA passou a ser tratada como um bem público, em que toda uma sociedade se beneficia (MONTEIRO, 2013). Ademais, esse bem público pode se transformar em um problema público e a única maneira de se garantir a SAN e o DHAA será mediante demandas de ações de programas e políticas públicas (MAGALHÃES; BURLANDY; FROZI, 2013; ROCHA, 2013).

Quando a perspectiva de SA não é alcançada, tem-se a situação de IA. Esta condição ocorre desde a preocupação relacionada à qualidade da alimentação e a preocupação da falta do alimento em futuro próximo até a deficiência quantitativa de alimentos, provocando sensação de fome entre adultos e crianças do domicílio (BRASIL, 2006). Essa condição é reflexo da negação a um direito fundamental do ser humano, ou seja, a violação do direito de acesso a uma alimentação adequada e saudável, em quantidades suficientes (PANIGASSI *et al.*, 2008).

1.1.3 Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar

As questões pertinentes ao estado de IA estão relacionadas às dimensões sociais, políticas, econômicas, culturais e de saúde de cada população (KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2011). Para avaliá-las são necessárias metodologias que se adequem às características locais do problema, reafirmando a importância da abordagem e entendimento da questão em toda sua complexidade para o devido planejamento e execução de políticas públicas mais efetivas de

promoção da segurança alimentar (PEIXOTO *et al.*, 2014; MACHADO, 2011).

A Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar (EBIA) é um instrumento de medida da IA, adaptada da escala *Household Food Security Survey Module* (HFSSM) (SEGALL-CORRÊA; MARIN-LEON, 2009; KEPPLER; SEGALL-CORRÊA, 2011). A escala foi adaptada e validada no Brasil, constituindo-se como um instrumento que se dispõe como indicador direto da IA da população brasileira, seja ela rural ou urbana, diferentemente dos demais métodos que, em geral avaliam a disponibilidade calórica *per capita* (PÉREZ-ESCAMILLA *et al.*, 2004; SEGALL-CORRÊA; MARIN-LEON, 2009).

Desde então, foram realizados diversos estudos utilizando a EBIA, de modo a avaliar e diagnosticar a segurança e a insegurança alimentar e nutricional dos domicílios das diferentes regiões brasileiras, evidenciando as desigualdades existentes, associadas aos seus determinantes sociais e econômicos, que são refletidos na saúde e bem-estar da família (PANIGASSI; *et al.*, 2008; SEGALL-CORRÊA; MARIN-LEON, 2009; GUBERT; BENÍCIO; SANTOS, 2010).

A EBIA é uma escala da percepção de IA e progressiva piora da condição, tendo como base temporal a referência aos últimos três meses antecedentes à entrevista, para domicílios com ou sem a presença de moradores menores de 18 anos (SEGALL-CORRÊA *et al.*, 2007). Permite a medida direta da experiência de preocupação relacionada à qualidade da alimentação e falta do alimento em futuro próximo até a experiência de restrição alimentar grave, em que ocorre deficiência quantitativa dos alimentos, resultando no estado de fome dos membros familiares (BERLT; WICHMANN, 2007; VIANNA; SEGALL-CORRÊA, 2008).

O primeiro diagnóstico brasileiro de segurança e insegurança alimentar domiciliar, com abrangência e representatividade nacionais, foi conduzido em 2004, quando a EBIA foi incluída à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), por decisão do MDS (SEGALL-CORRÊA *et al.*, 2007). Nos anos de 2009 e 2013, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) também incluiu a aplicação da EBIA como forma de qualificação da situação de IA no país (IBGE, 2015).

Hoffmann (2008), Segall-Corrêa e Marin-Leon (2009) descreveram a primeira versão da EBIA baseada em um conjunto de 15 perguntas, respondidas por um morador tido como o(a) chefe da família, considerado(a) preparado(a) para respondê-las, conforme quadro 1:

Quadro 1 – Questões da primeira versão da Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar.

| Item | Pergunta |
|------|--|
| 1 | Nos últimos três meses, os moradores tiveram preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida? |
| 2 | Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores tivessem dinheiro para comprar mais comida? |
| 3 | Nos últimos três meses, os moradores ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? |
| 4 | Nos últimos três meses, os moradores comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou? |
| 5 | Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos de idade ou mais diminuiu alguma vez a quantidade de alimentos nas refeições ou deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar comida? |
| 6 | Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos de idade ou mais alguma vez comeu menos, porque não havia dinheiro para comprar comida? |
| 7 | Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos de idade ou mais alguma vez sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida? |
| 8 | Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos de idade ou mais perdeu peso, porque não comeu quantidade suficiente de comida devido à falta de dinheiro para comprar comida? |
| 9 | Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos de idade ou mais alguma vez fez apenas uma refeição ou ficou um dia inteiro sem comer, porque não havia dinheiro para comprar comida? |
| 10 | Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez deixou de ter uma alimentação saudável e variada, porque não havia dinheiro para comprar comida? |
| 11 | Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez não comeu quantidade suficiente de comida, porque não havia dinheiro para comprar comida? |
| 12 | Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade diminuiu a quantidade de alimentos nas refeições, porque não havia dinheiro para comprar comida? |
| 13 | Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez deixou de fazer uma refeição, porque não havia dinheiro para comprar comida? |
| 14 | Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez sentiu fome, mas não comeu, porque não havia dinheiro para comprar comida? |
| 15 | Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez ficou um dia inteiro sem comer, porque não havia dinheiro para comprar comida? |

Fonte: Adaptado de Segall-Corrêa; Marin-Leon, 2009.

As respostas do tipo “não” correspondem a 0 (zero) e atribui-se 1 (um) ponto para cada resposta do tipo “sim” aos itens da escala, resultando na pontuação do domicílio. O domicílio apresenta a condição de segurança alimentar quando não há resposta afirmativa a nenhum dos itens. Dessa maneira, obtém-se, para cada domicílio, as variáveis “segurança alimentar” ou “insegurança alimentar”, esta última com três níveis progressivos: leve, moderada e grave,

tabela 1 (HOFFMANN, 2008).

Contudo, pesquisas acadêmicas e os dados divulgados pelas PNAD, permitiram atualizar as análises elaboradas anteriormente e abordar novos aspectos relacionados a situação de IA (HOFFMANN, 2014). Foram também consideradas as consequências relacionadas à transição nutricional ocorrida no Brasil, que é um processo caracterizado por modificações na dieta e na composição corporal da população, que repercutiu na piora do perfil de saúde dos brasileiros (TARDIDO; FALCÃO, 2006). Os resultados indicaram a necessidade de melhorias na escala, ajustando e suprimindo alguns itens, e estas observações foram coerentes com as informações disponíveis na literatura científica acerca da IA (SEGALL-CORRÊA *et al.*, 2014).

A escala foi modificada e o item que se refere a “algum morador de 18 anos de idade ou mais perdeu peso” foi removido. Também houve alteração no item de “algum morador de 18 anos de idade ou mais diminuiu alguma vez a quantidade de alimentos nas refeições ou deixou de fazer alguma refeição” (HOFFMANN, 2014). Assim, a nova EBIA permaneceu com os seguintes itens (Quadro 2):

Quadro 2 – Questões da segunda versão da Escala Brasileira de Medida Domiciliar de Insegurança Alimentar.

| Item | Pergunta |
|------|--|
| 1 | Nos últimos três meses, os moradores desse domicílio tiveram a preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar mais comida? |
| 2 | Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores desse domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida? |
| 3 | Nos últimos três meses, os moradores desse domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? |
| 4 | Nos últimos três meses os moradores desse domicílio comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham porque o dinheiro acabou? |
| 5 | Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida? |
| 6 | Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro para comprar comida? |
| 7 | Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida? |
| 8 | Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, alguma vez, fez apenas uma refeição ao dia ou ficou um dia inteiro sem comer porque não tinha dinheiro para comprar comida? |

Continua

Continuação

| | |
|----|---|
| 9 | Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, deixou de ter uma alimentação saudável e variada porque não havia dinheiro para comprar comida? |
| 10 | Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade, alguma vez, não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar comida? |
| 11 | Nos últimos três meses, alguma vez, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro para comprar comida? |
| 12 | Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar a comida? |
| 13 | Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida? |
| 14 | Nos últimos três meses, alguma vez, algum morador com menos de 18 anos de idade fez apenas uma refeição ao dia ou ficou sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar comida? |

Fonte: Adaptado de Hoffmann, 2014.

Da mesma maneira, obtém-se um escore para cada domicílio e as variáveis “segurança alimentar” ou “insegurança alimentar” com os três níveis progressivos: leve, moderada e grave (HOFFMANN, 2014). Tratam-se de escalas ordinais, com amplitude teórica de 0 a 15 pontos, para a primeira versão, e de 0 a 14 pontos para a nova EBIA. Além disso, para a classificação do escore deve-se levar em consideração que os domicílios com moradores com idade menor que 18 anos possuem classificação diferente daquelas usadas para os domicílios em que somente residem moradores com idade igual ou superior a 18 anos, conforme tabela 1 (SEGALL-CORRÊA; MARIN-LEON, 2009; IBGE, 2014).

Tabela 1 – Pontuação para classificação dos domicílios, com e sem menores de 18 anos, nas categorias de insegurança alimentar.

| Classificação | EBIA com 15 questões* | | EBIA com 14 questões† | |
|---------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | Com menores de 18 anos | Sem menores de 18 anos | Com menores de 18 anos | Sem menores de 18 anos |
| Segurança Alimentar | 0 | 0 | 0 | 0 |
| IA leve | 1 a 5 | 1 a 3 | 1 a 5 | 1 a 3 |
| IA moderada | 6 a 10 | 4 a 6 | 6 a 9 | 4 a 5 |
| IA grave | 11 a 15 | 7 a 8 | 10 a 14 | 6 a 8 |

Fonte: Adaptado de Segall-Corrêa e Marin-Leon (2009); †IBGE (2014).

Os diferentes níveis de IA medidos pela escala são interpretados segundo critérios da PNAD (IBGE, 2014):

- Segurança Alimentar (SA): Acesso regular e permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente, sem sequer se sentir na iminência de sofrer restrição no futuro próximo;
- Insegurança alimentar leve (IA leve): Preocupação ou incerteza quanto à disponibilidade de alimentos no futuro em quantidade e qualidade adequadas;
- Insegurança alimentar moderada (IA moderada): Redução quantitativa de alimentos e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre os adultos;
- Insegurança alimentar grave (IA grave): Redução quantitativa de alimentos e/ou ruptura nos padrões de alimentação resultante da falta de alimentos entre adultos e/ou crianças; e/ou privação de alimentos; fome.

A EBIA é considerada um instrumento de medida simples, de fácil aplicação, compreensão e baixo custo (SEGALL-CORRÊA, *et al.*, 2008). Apresenta como principal vantagem a possibilidade de medir o fenômeno estudado, possibilitando captar não só as dimensões físicas, mas também as dimensões psicológicas da IA e, além disso, expõem e classifica os domicílios de acordo com sua vulnerabilidade (PESSANHA *et al.*, 2008).

Mesmo considerando as limitações da EBIA, a IA medida pela escala é considerada um incremento à outras medidas de qualidade de vida e saúde, pois consegue, sobretudo, evidenciar as condições de vulnerabilidade social e econômica vivenciadas pelas populações (HOFFMANN, 2014).

1.1.4 Determinantes da insegurança alimentar

A IA é reflexo da dinâmica estrutural e conjunturas que expressam a organização e o funcionamento de uma sociedade (MALUF; REIS, 2013). Estas condições são influenciadas por componentes sociodemográficos e econômicos, a exemplo da vulnerabilidade social, responsável pelas iniquidades e contrastes observados nos grandes bolsões de pobreza (MALUF; REIS, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2010).

As circunstâncias em que os indivíduos nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, assim como os sistemas estabelecidos para promover a saúde e combater as

doenças são denominados Determinantes Sociais em Saúde (DSS). Tais circunstâncias estão caracterizadas em um conjunto de dimensões mais amplificadas: econômicas, sociais, normativas e políticas (PAIM, 2011).

As características sociodemográficas e econômicas mantêm relação direta com a condição de saúde da família, considerando o acesso a bens e serviços básicos disponíveis ao domicílio (IBGE, 2010; MALUF; REIS, 2013). Uma breve revisão da literatura demonstrou que fatores como a presença de moradores menores de 18 anos e, conseqüentemente, o maior número de residentes do domicílio; o sexo feminino e a baixa escolaridade da pessoa de referência da família (chefe familiar); a renda domiciliar *per capita* insuficiente; beneficiamento por PTCR; a localização regional de Unidade Federativa (UF), principalmente nas regiões Norte e Nordeste; a zona de residência rural; e condições precárias de moradia podem aumentar a ocorrência da IA (HOFFMANN, 2008; HOFFMANN, 2013; CARVALHO; ALBERTO; PEREIRA, 2014; GUBERT; BENÍCIO; SANTOS, 2010; SEGALL-CORRÊA *et al.*, 2008).

Hoffmann (2008) encontrou associação entre a IA e a presença de indivíduos na família com idade menor que 18 anos e com o número de pessoas que residiam no domicílio. Essa associação foi percebida quando não houve controle do efeito de variáveis do estudo, como renda domiciliar *per capita*, pessoa de referência sem nenhuma escolaridade, mulher, de cor preta ou parda, empregada sem carteira de trabalho assinada, residindo em domicílio com sete pessoas ou mais, duas pessoas por cômodo, sem luz elétrica, sem água encanada e sem esgoto apropriado, UF na Região Norte e de área rural. Quando a presença dos moradores menores de 18 anos foi controlada pelas variáveis, a presença em si destes indivíduos colaborou para a diminuição da possibilidade de IA demonstrando que essa relação está associada ao número de pessoas na família e não à presença de crianças e adolescentes. Os resultados da PNAD (2013) mostraram que os domicílios particulares com IA moderada e grave eram aqueles em que havia um número maior de residentes no domicílio (IBGE, 2015).

No estudo de Ferreira *et al.* (2014), a aglomeração intradomiciliar foi um dos fatores que melhor explicou a IA em seus níveis mais graves. Nestas condições, a IA esteve associada ao perfil socioeconômico da população estudada, principalmente com o número de moradores por domicílio (SOUZA *et al.*, 2012). Essa relação é explicada, em parte, pelo fato de que famílias grandes demandam mais recursos à compra de alimentos, porém, o crescimento familiar muitas vezes não é seguido do aumento da renda (ANSHAU; MATSUO; SEGALL-CORRÊA, 2012).

Outro fator importante nas discussões da IA é a figura dos(as) chefes de família (IBGE,

2010; MONDINI *et al.*, 2011; HOFFMANN, 2008). Segundo dados da PNAD (2013), os domicílios brasileiros onde as mulheres eram as chefes das famílias a situação de IA foi mais prevalente (IBGE, 2015). Carvalho, Alberto e Pereira (2014) encontraram prevalência de IA em domicílios com maior densidade familiar, sobretudo, cujos chefes eram mulheres, de menor renda e menor escolaridade.

Na sociedade brasileira, a maior parte das famílias tem como pessoa de referência o indivíduo do sexo masculino, sendo este considerado o chefe familiar e responsável pelos rendimentos mensais (IBGE, 2010; IBGE, 2013). A mulher é admitida como a responsável pelo domicílio quando, provavelmente, não há presença da figura masculina, indicativo de um domicílio uniparental, com renda familiar ainda menor, embora esta condição tenha passado por mudanças nos últimos anos (GUBERT; SANTOS, 2009; IBGE, 2010; IBGE, 2013). Em geral, o comportamento de consumo da população pobre busca priorizar a alimentação e outras necessidades essenciais, assim, condições socioeconômicas mais precárias são agravadas naqueles chefiados por mulheres (MARIN-LEON *et al.*, 2011).

A responsabilidade com atividades domésticas e familiares, incluindo a alimentação, mesmo que não obrigatoriamente, está atrelada frequentemente a mulher do domicílio. Em famílias menos favorecidas e beneficiárias dos PTCR, quando a mulher passa a ser considerada a chefe da família, pode possibilitar melhorias nos rendimentos (BRITO; COSTA, 2015). Cabral *et al.* (2013), em um estudo com famílias beneficiárias do PBF no município de Maceió, Alagoas, evidenciaram que na maioria das famílias as mães trabalhavam só no lar (55,5%), tinham baixa escolaridade, com cerca de 70,0% de analfabetas funcionais, e estavam como responsáveis pelo recebimento do benefício do PBF (89,2%).

Além disso, as mulheres beneficiárias alcançam também o empoderamento, mediante as mudanças significativas ocorridas nas relações das famílias. Dentre suas múltiplas funções, o dinheiro repassado pelo benefício permite, além das aquisições materiais, autonomia e liberdade de escolha à estas mulheres (REGO; PINZANI, 2013).

A baixa escolaridade do(a) chefe da família também se mostrou associada a IA (FERREIRA *et al.*, 2014; HOFFMANN, 2008). Facchini *et al.* (2014) observaram que a IA moderada ou grave tiveram maior prevalência em domicílios com menor escolaridade materna, quando esta era a chefe da família. A baixa escolaridade da pessoa de referência da família aumentou a possibilidade de uma alimentação inadequada, especialmente as crianças, devido à dificuldade de acesso à informação e, por consequência, escolha de alimentos não saudáveis.

O acesso a emprego e melhores oportunidades de salários também sofrem influência da escolaridade. Quanto maior o número de anos de estudo, melhor a utilização da renda e mais

viável o acesso aos bens e serviços essenciais de saúde, tais como alimentação e moradia (MONTEIRO *et al.*, 2014a). O estudo de Oliveira e Lima-Filho (2001) mostrou que a renda e a escolaridade do(a) chefe da família determinaram 36,0% da SA, evidenciando que as ações de intervenção em IA nos territórios são estreitamente condicionadas a políticas de renda e educação.

É fato, que a determinação da renda domiciliar *per capita* é pertinente a magnitude da pobreza, constituindo-se como um indicador capaz de estimar indiretamente a fome e IA, mensurada pelo grau de acessibilidade aos alimentos (MONTEIRO *et al.*, 2014a). Os rendimentos familiares, especialmente os domicílios com renda domiciliar *per capita* inferior a meio salário mínimo, o trabalho informal ou desemprego do(a) chefe do domicílio estiveram diretamente associados à condição de IA (ANSHAU; MATSUO; SEGALL-CORRÊA, 2012).

A desigualdade de renda foi evidenciada por Hoffman (2008) e Guerra *et al.* (2013) como o determinante isolado mais importante na ocorrência da IA. Mondini *et al.* (2011) evidenciaram que os valores de renda domiciliar *per capita* inferiores a um quarto do salário mínimo mais que triplicaram a proporção de IA em famílias residentes tanto em área urbana como rural. A análise dos dados da PNAD (2013) confirmou que a IA esteve fortemente associada a baixos níveis de renda domiciliar *per capita*, com tendência de maior insegurança quando a fonte de renda foi instável (IBGE, 2015).

Observa-se que, quanto menor o poder de consumo, maiores são as prevalências de IA intradomiciliar, sobretudo, em famílias de áreas rurais brasileiras (ANSCHAU; MATSUO; SEGALL-CORRÊA, 2012; NASCIMENTO *et al.*, 2012; SOUZA *et al.*, 2012).

As pesquisas apontam que famílias participantes de programas sociais do governo federal, como os PTCR, são consideradas de baixa renda e apresentam maiores prevalências de IA (SEGALL-CORRÊA *et al.*, 2008). Estes são grupos familiares de extrema vulnerabilidade social, com uma menor renda familiar mensal e maiores privações alimentares, o que justificou esta associação (MONDINI *et al.*, 2011; SOUZA *et al.*, 2012).

Cabral *et al.* (2014), em um estudo coorte em municípios do interior da Paraíba, 2005 a 2011, observaram uma relação de causalidade entre o incremento da renda pelo PBF e a segurança alimentar. Monteiro, Souza e Pinho (2014) demonstraram que todas as famílias beneficiárias do PBF apresentaram algum grau de IA, resultados muito semelhantes aos valores médios obtidos para a situação nacional. Da mesma forma, foram altas as proporções de IA moderada e grave em domicílios estudados por Anshau, Matsuo e Segall-Corrêa (2012), onde residiam beneficiários de algum PTCR, refletindo a iniquidade social a que muitas dessas famílias estão expostas.

É importante salientar e analisar as grandes variações inter e intrarregionais na prevalência de IA grave no Brasil, posto que os municípios brasileiros apresentam proporções diversas de IA em uma mesma região ou até em uma mesma UF. A desigualdade social é o fator mais presente no Brasil e considerada a principal razão desta disparidade (GUBERT; BENÍCIO; SANTOS, 2010).

Apesar de haver produção de alimentos em grande escala em algumas regiões, ainda são presentes condições suscetíveis à indisponibilidade dos alimentos (GUERRA *et al.*, 2013). O elenco dos principais fatores associados à situação de IA na área rural corresponde ao local de residência nas regiões Norte e Nordeste, cuja força de associação foi superior à das respectivas regiões em área urbana (MONDINI *et al.*, 2011). Destaca-se que a concentração da produção e a ocorrência de grandes propriedades são fatores que podem contribuir para um quadro de insegurança alimentar e nutricional (TINOCO *et al.*, 2011).

A disponibilidade de recursos econômicos e sociais são aspectos pertinentes à ocorrência da IA e, nas últimas décadas, vem se observando que populações rurais enfrentam desvantagens frente às urbanas no que se refere a distribuição da pobreza no Brasil (HOFFMANN, 2008). De modo geral, o grau de pobreza no país apresentou um declínio expressivo ao longo da década de 1990, em virtude de importantes mudanças percebidas na oferta de serviços de saúde e educação, bem como da ampliação do escopo de programas sociais destinados às classes mais desfavorecidas. Contudo, embora os avanços tenham sido pertinentes à condição de melhoria social, as políticas públicas brasileiras ainda não têm sido eficientes à diminuição da desigualdade de renda no país (MONDINI *et al.*, 2011).

Na zona rural são encontrados problemas adicionais que dificultam a efetividade dos programas sociais, conseqüentemente, o elevado grau de pobreza nesse âmbito se manteve elevado quando comparado ao urbano. No meio rural a reforma agrária é a principal política atuante, por conseguinte, áreas como a educação, muitas vezes não são o foco das ações públicas contra as disparidades de renda (NEY; HOFFMANN, 2009).

Famílias com residência na zona rural tiveram maior prevalência de IA quando comparadas com famílias residentes na zona urbana (VIANNA; SEGALL-CORRÊA, 2008; FERREIRA *et al.*, 2014; ROCHA; LIMA; ALMEIDA, 2014). Apesar disso, o que contribui para essa prevalência aumentada não se refere ao fato de residir na área rural. Nesse caso, as condições de vida enfrentadas por essa população contribuem à situação de IA (HOFFMANN, 2014).

As discussões sobre as condições precárias de moradia também são essenciais para compreensão do fenômeno da IA. Famílias residentes em domicílios cuja água de beber

provinha de fontes não seguras (cacimba, água de rio e açudes), com um menor número de cômodos, sem acesso a luz elétrica e, proporcionalmente, menos atendidos pela rede de saneamento básico apresentaram maior prevalência de IA (FERREIRA *et al.*, 2014; IBGE, 2015; GUBERT; BENÍCIO; SANTOS, 2010; GUERRA *et al.*, 2013; HOFFMANN, 2008; HOFFMANN, 2013).

Compreende-se que a determinação social da saúde reflete as conjunturas vivenciadas pelas populações de acordo com sua condição social. A restrição alimentar em grupos socialmente vulneráveis pode resultar em prejuízos à qualidade nutricional dos hábitos alimentares e ao estado nutricional dos indivíduos (NAVAS *et al.*, 2015), caracterizando uma das faces da IA

1.2 Estado nutricional e hábitos alimentares

No que concerne à compreensão do contexto de saúde, considera-se que esta pode ser determinada por múltiplos aspectos, dentre eles as dimensões nutricionais de acesso e utilização dos alimentos e seus nutrientes. O estudo das condições nutricionais, sobretudo, do estado nutricional e dos hábitos alimentares dos indivíduos, pode corroborar com os indicadores da situação de saúde e das condições em que vivem as populações (BRASIL, 2014a).

O processo de transição nutricional ocorrido no Brasil esteve associado à piora do estilo de vida dos brasileiros, à redução da prática de atividade física, assim como aos aspectos sociais que implicam nos modos de vida coletivo e individual. De um modo geral, as condições financeiras de acesso aos alimentos e a influência de uma dieta ocidentalizada, baseada em alimentos industrializados, são fatores que contribuíram diretamente para essas modificações e refletiram em um pior estado nutricional da população (TARDIDO; FALCÃO, 2006).

O perfil de morbimortalidade no país evidenciou maiores prevalências de sobrepeso/obesidade nas últimas décadas, em detrimento às carências nutricionais antes observadas. Apesar disso, entre os grupos mais vulneráveis, ainda são encontradas doenças nutricionais, como as deficiências de micronutrientes e a desnutrição crônica. Em paralelo a isso, o sobrepeso e a obesidade são as principais causas do acometimento de morbimortalidades em todas as faixas etárias (BRASIL, 2014a).

Por um lado, a obesidade é uma comorbidade cada vez mais evidente na população adulta, tornando-a uma das grandes preocupações para os serviços de saúde pública, sobretudo, porque este agravo tem como principal consequência o desenvolvimento de Doenças Crônicas não Transmissíveis. Em contrapartida, especificamente entre os idosos, a desnutrição ainda é

um grave problema nutricional, que mostra-se associado a fatores comuns desta faixa etária, tais como: maior incidência de internações, maior suscetibilidade às infecções, incapacidade funcional, perda da qualidade de vida e, conseqüentemente, aumento da mortalidade (PEREIRA; SPYRIDES; ANDRADE, 2016).

Atualmente, há uma ampla discussão sobre a importância da nutrição para prevenção de doenças e promoção da saúde. O incentivo a um estilo de vida mais saudável, sobretudo que inclua cuidados adicionais com a dieta, é um recurso que pode gerar “reservas de saúde” e contribuir para uma maior longevidade e melhor qualidade de vida dos indivíduos. Todavia, a configuração da nutrição como aliada à promoção da saúde envolve outros aspectos, como os fenômenos fisiológicos que, por consequência, são diretamente influenciados por fatores ambientais, sociais e psicológicos (MONTENEGRO *et al.*, 2012).

A despeito das “reservas de saúde”, um estado nutricional inadequado contribui negativamente para o desenvolvimento e a evolução de comorbidades e, do mesmo modo, a presença de comorbidades pode refletir uma piora do estado nutricional. Entre as doenças infecciosas, a manutenção de um bom estado nutricional é compreendida como principal modulador da resposta imune, podendo influenciar a duração e período do agravo, bem como, prevenir a ocorrência deste. Entre os indivíduos que sofreram com alguma doença ou com as consequências destas, a relação entre alimentação adequada e bom estado nutricional mostra-se fundamental, mesmo na ausência de sinais e sintomas, pois possibilita uma melhor condição de saúde, qualidade de vida e prevenção de recidivas (SILVA; MIYAZAKI, 2012).

A restrição alimentar ou as más condições nutricionais em populações mais vulneráveis podem, muitas vezes, desencadear o aparecimento de doenças ou favorecer riscos adicionais aos indivíduos. Doenças negligenciadas como a hanseníase estão atreladas a reflexão de sua determinação social e à presença das desigualdades sociais relacionadas, intimamente condicionadas ao contexto de vulnerabilidade (AYRES *et al.*, 2012; SILVA; NICOLETTI, 2013). Ademais, esta determinação não implica na certeza de adoecimento para todos os indivíduos, mesmo que estes estejam em situação de vulnerabilidade (LOPES; RANGEL, 2014).

1.3 Vulnerabilidade

A condição de vulnerabilidade aparece como uma essência natural à coexistência do homem moderno, como um paradigma intransponível dos meios de vida dessa sociedade. Contudo, a construção do conceito de vulnerabilidade no campo da saúde pública tem um

contexto muito peculiar, uma vez que esteve primordialmente ligada às lutas civis e ao discurso jurídico, remetendo à uma preocupação científica no campo sanitário (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

A vulnerabilidade pode ser entendida como:

(...) a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recurso de todas as ordens para se proteger de ambos (AYRES *et al.*, 2003, p. 121).

Para que haja compreensão de agravos e medidas de intervenção é importante considerar os aspectos culturais, socioeconômicos, políticos, além das questões de gênero e etnia. Ou seja, todo e qualquer tipo de situação que implique em suscetibilidade ao adoecimento do indivíduo e/ou população (SOUSA; MIRANDA; FRANCO, 2011).

Para Nichiata *et al.* (2011) a análise da vulnerabilidade envolve duas dimensões articuladas: o plano individual e o coletivo, este último desdobrado nos aspectos programático e social:

Na dimensão individual avaliam-se aspectos cognitivos, comportamentais e sociais (OVIEDO; CZERESNIA, 2015), ou seja:

“(...) ao grau e à qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema; à capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las aos seus repertórios cotidianos (...), ao interesse e às possibilidades efetivas de transformar essas preocupações em práticas protegidas e protetoras” (AYRES *et al.*, 2003, p. 123).

A dimensão programática envolve o acesso efetivo e igualitário aos recursos sociais necessários para evitar a exposição aos agravos, além da possibilidade de acessar os meios de proteção, de “se proteger de seus danos que sejam disponibilizados de modo efetivo e democrático” (AYRES *et al.*, 2003, p. 123).

A dimensão social abrange aspectos culturais, sociais e econômicos que determinam as possibilidades de acesso a bens e serviços, pertinentes à educação, aos meios de comunicação, às políticas sociais, econômicas e de saúde, à cidadania, gênero, cultura, religião, entre outros, que exercem influência nas outras dimensões, seja de forma a determiná-las ou mediá-las

(RODRIGUES; NERY, 2012; AYRES *et al.*, 2003).

A vulnerabilidade social está vinculada a ideia de riscos, que presentes em cenários de pobreza, abrem espaço à reflexão do processo saúde-doença de categorias sociais que vivem sob esta condição. Por risco, compreende-se uma variedade de circunstâncias que englobam os riscos naturais, os de saúde, os ligados ao ciclo de vida, os sociais, os econômicos, os ambientais e os políticos (BRONZO, 2009). O surgimento de enfermidades se dá em meio a riscos, que ocorrem de modo proporcional a vulnerabilidade social, o que resulta em barreiras ao processo de tratamento (LOPES; RANGEL, 2014).

As Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) caracterizam como um grupo de doenças que afetam principalmente, mas não exclusivamente, populações mais pobres e vulneráveis (DIAS *et al.*, 2013). Cabe a estas doenças a denominação de negligenciadas, porque os investimentos em pesquisa nesta área, comumente, não resultam em desenvolvimento e ampliação de acesso à terapêutica avançada, testes diagnósticos, vacinas e outras tecnologias de prevenção e controle (WERNECK; HASSELMANN; GOUVÊA, 2011). De acordo com a OMS, atualmente, dezessete doenças crônicas são classificadas como DTN, dentre elas a hanseníase (WHO, 2016a).

1.4 Hanseníase

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa bacteriana, de notificação compulsória, causada por *Mycobacterium leprae* (MONTEIRO *et al.*, 2015). Atinge primariamente a pele e os nervos, devido ao tropismo dos bacilos por terminações nervosas periféricas, podendo causar sequelas neurológicas, motoras, oftalmológicas, estigmatizantes, quando não detectada e tratada precocemente, o que a torna alvo de estudos sobre questões psicológicas e sociais nela envolvidas (FONSECA; GARCIA, 2014; BARBOSA *et al.*, 2014).

Para a OMS, a classificação é feita em caráter simplificado e operacional, baseada na contagem do número de lesões da pele e nervos envolvidos, sendo denominadas Paucibacilar (PB), quando apresentar de uma a cinco lesões, ou Multibacilar (MB), quando apresentar mais de cinco lesões (WHO, 2012).

A transmissão se dá pelo trato respiratório, onde ocorre maior penetração dos bacilos no organismo, e ocorre pelo convívio íntimo e prolongado com pessoas, normalmente, MB e sem tratamento, em meio a condições socioeconômicas desfavoráveis (DE ALENCAR *et al.*, 2012).

O diagnóstico é feito de forma clínica e epidemiológica, realizado por profissional capacitado, por meio da anamnese clínica e das condições de vida do paciente, e do exame

dermatoneurológico, para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos, sensitivo, motor e/ou autonômico (LYON; GROSSI, 2014).

A baciloscopia é realizada em caso de dúvida no diagnóstico inicial, na qual é feita a biopsia da borda de uma lesão infiltrada ou de vários pontos definidos, como lóbulos de orelhas, cotovelos ou joelhos. Entretanto, o conjunto de sintomas clínicos, microscopia e/ou baciloscopia, se mostra amplo e complexo, tornando-se um enredo passível de demora e erros no diagnóstico ou levando a um subdiagnóstico (BARRETO, 2014).

Desde 1982 a poliquimioterapia (PQT) é o tratamento para a cura da hanseníase, que é baseada na combinação de três medicamentos: dapsona, rifampicina e clofazimina (WHO, 2012). A combinação das drogas e duração do tratamento podem variar de acordo com a idade do paciente e a dose de administração é feita de acordo com a classificação operacional. São recomendadas 6 doses mensais de rifampicina em até 9 meses de tratamento e dapsona diariamente para os indivíduos PB. Já para os pacientes MB, prescreve-se 12 doses mensais de rifampicina e clofazimina, em até 18 meses, e dapsona e clofazimina em doses diárias (BRASIL, 2014b).

No entanto, a pessoa com hanseníase pode apresentar episódios reacionais caracterizados pela ocorrência de quadros inflamatórios agudos, desencadeados por uma hipersensibilidade ao bacilo que pode ocorrer antes, durante ou após a administração da PQT, e que também necessitam de intervenção medicamentosa (TEIXEIRA, *et al.*, 2010; ANDRADE; NERY, 2014).

Sabe-se que tanto a PQT, quanto os medicamentos antirreacionais, podem ter efeitos adversos sobre as condições clínico-nutricionais do paciente. Logo, a diminuição e/ou alteração de micronutrientes na hanseníase é fator associado ao acometimento de indivíduos com estado nutricional comprometido, seja de macro ou micronutrientes, que por sua vez predispõe a prejuízos no tratamento e cura (OLIVEIRA, 2012; VÁSQUEZ, 2012).

A hanseníase mostra-se endêmica e estigmatizada, mesmo que nos dias atuais exista cura e tratamento gratuito disponível à população. Por apresentar diagnóstico e terapêutica complexos, dificultados por diversos fatores, é considerada um grave problema de saúde pública (OLIVEIRA, 2012; PENNA; DE OLIVEIRA; PENNA, 2009).

No âmbito mundial, 210.758 novos casos foram registrados no ano de 2015 e neste mesmo ano, o Brasil teve deste total uma parcela de 13,0% (26.395 casos) (WHO, 2016b), sendo as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste as mais representativas neste cenário (BRASIL, 2016a). Neste mesmo período, o coeficiente geral de detecção de 14,06/100 mil

habitantes, dados que o situou como o país com o maior número de casos detectados nas Américas. Nas regiões endêmicas, estes coeficientes foram de 29,6, 22,7 e 36,7/100 mil habitantes, respectivamente (BRASIL, 2016a).

A detecção de casos de hanseníase em menores de 15 anos foi adotada como principal e importante indicador de monitoramento da doença, pois sinaliza a força de transmissão recente, o aumento da doença e a capacidade dos serviços de saúde na identificação dos sinais e sintomas (PENNA; DE OLIVEIRA; PENNA, 2009).

O grau de descoberta destes menores vem diminuindo ao decorrer do tempo nas regiões endêmicas, mas embora exista esta redução, de acordo com os dados preliminares do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Ministério da Saúde (SINAN – MS), em 2015 os coeficientes de detecção foram de 9,6; 7,5 e 7,9 /100 mil habitantes, respectivamente às regiões, caracterizando situações de alta endemia (Centro-Oeste) e muito alta endemia (Nordeste e Norte) (BRASIL, 2016a).

Ainda segundo os dados preliminares do SINAN – MS, no ano de 2015 o estado da Bahia apresentou coeficiente geral de detecção de 12,1/100 mil habitantes e em menores de 15 anos 3,7/100 mil habitantes, ambas situações de alta endemia. Neste mesmo ano, Vitória da Conquista e Tremedal, municípios da macrorregião sudoeste da Bahia, apresentaram coeficientes de detecção geral de 14,6/100 mil habitantes e 33,0/100 mil habitantes, alta e muita alta endemia respectivamente. O coeficiente de detecção em menores de 15 anos foi de 9,3/100 mil habitantes para Vitória da Conquista, muita alta endemia, e em Tremedal não houve detecção em menores de 15 anos neste ano, mas no ano de 2014 este coeficiente foi de 23,7/100 mil habitantes, situação hiperendêmica (BRASIL, 2016a).

Com base na epidemiologia da hanseníase, o Ministério da Saúde (MS) preconiza ações de vigilância com maior efetividade no diagnóstico e tratamento integral da doença, com ênfase nas regiões que apresentam maior concentração de casos no país. Da mesma forma, o monitoramento da situação epidemiológica do país, por meio do contínuo aperfeiçoamento dos sistemas de informação, é uma ferramenta que contribui com a meta de eliminação da doença como problema de saúde pública (DAXBACHER; FERREIRA, 2014).

Estudos evidenciam a importância do reconhecimento das demandas de saúde de pessoas acometidas pela hanseníase. Considera-se que a ampliação do cuidado permite a identificação de vulnerabilidades e riscos, de modo que o cuidado integral a essa população seja eficiente e humanizado (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2008).

2 JUSTIFICATIVA

Indivíduos acometidos pela hanseníase podem estar sujeitos a uma maior vulnerabilidade, a julgar pelas consequências provocadas pela doença, como incapacidades físicas, comprometimentos neurológicos e episódios reacionais. As necessidades nutricionais específicas de indivíduos e populações constituem um aspecto relevante no conceito de SAN. Logo, a avaliação da IA, do estado nutricional e do consumo alimentar de pessoas afetadas pela hanseníase, pode revelar iniquidades em saúde e sinalizar a necessidade de cuidados adicionais.

A rede de causas da IA nessa população pode ser diferente de outras populações, haja vista que não há no programa de cuidado à hanseníase, ações voltadas à assistência nutricional, como a prevenção de agravos e /ou distúrbios nutricionais. Espera-se que a ampliação do cuidado integral possa permitir a identificação de outras vulnerabilidades e riscos.

Além disso, são escassos na literatura os estudos que avaliem as dimensões nutricionais de pessoas afetadas por hanseníase. Quando encontrados, referem-se à avaliação dos aspectos nutricionais no momento da doença, deixando de contemplar a avaliação das condições de saúde em meio as consequências da hanseníase e dos episódios reacionais. Cabe ressaltar que não foram encontradas na literatura revisada estudos sobre as relações entre a IA e hanseníase.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Caracterizar a insegurança alimentar, o estado nutricional e os hábitos alimentares em pessoas acometidas por hanseníase, em municípios do interior do estado da Bahia, entre os anos de 2001 e 2014.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil socioeconômico, psicossocial e clínico da população de estudo;
- Determinar os padrões de insegurança alimentar na população de estudo;
- Determinar o estado nutricional da população de estudo;
- Descrever o consumo alimentar da população de estudo;
- Identificar fatores socioeconômicos, psicossociais e clínicos associados à insegurança alimentar.

4 MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Este trabalho fez parte da pesquisa multicêntrica nacional IntegraHans – Norte/Nordeste (N/NE) – *Atenção à saúde para hanseníase em áreas de alta endemicidade nos estados de Rondônia, Tocantins e Bahia: abordagem integrada de aspectos operacionais, epidemiológicos (espaço-temporais), clínicos e psicossociais*. A pesquisa foi desenvolvida entre os anos de 2012 e 2015, tendo por objetivo: caracterizar os aspectos operacionais, epidemiológicos (espaço-temporais), clínicos e psicossociais que influenciam a atenção à saúde para o controle da hanseníase em áreas de alta endemicidade.

Os métodos iniciais de pesquisa foram baseados nos protocolos da Oficina de Investigação em Sistemas de Serviços de Saúde (ISS), realizada em 2001, com o apoio da Organização Não-Governamental *Netherlands Hanseniasis Relief* (ONG NHR – Brasil), em parceria com o *Royal Tropical Institute* (Amsterdã, Holanda). Para condução dos trabalhos das Oficinas, utilizou-se como material de referência a série de manuais sobre Investigação em Sistemas de Saúde: Desenho e Implementação de Protocolos de Investigação em Sistemas de Saúde.

Para o IntegraHans – N/NE, ocorreram modificações nas etapas metodológicas da Oficina ISS, para adequar-se à realidade dos municípios abordados. Assim, equipes de cada município, compostas por seis ou sete componentes definidos como estratégicos para o desenvolvimento do estudo (representante de diferentes áreas ou segmentos), foram mobilizadas para uma oficina única, de cinco dias, que teve como objetivos: discussão sobre protocolo previamente elaborado (ajustado e aprimorado coletivamente em termos do processo de coleta de dados), educação permanente (metodologia científica, epidemiologia), treinamento para as atividades de coleta de dados (com avaliação em termos de processos a serem desenvolvidos, padronização) e mobilização de parceiros.

A proposta de ampla abordagem contemplou, necessariamente, o conceito de integralidade. Em termos, considerou-se que a integralidade é um dos princípios constitucionais e um dos pilares do SUS, que se refere tanto às pessoas quanto ao sistema de saúde e suas redes.

O IntegraHans – N/NE incluiu estudos transversais e estudos ecológicos, tendo sido organizado em:

- Estudos de Base:

1) Padrões e tendências de aglomerados espaço-temporais dos casos de hanseníase diagnosticados entre os anos de 2001 e 2014, referente a variáveis sociais, demográficas, econômicas, ambientais, clínico-epidemiológicas e operacionais;

2) Fatores de risco (operacionais – rede de atenção, clínicos, epidemiológicos, sociais, econômicos, demográficos, ambientais) associados aos padrões de: detecção de casos, desempenho de avaliação de contatos, ocorrência de incapacidades físicas/episódios reacionais dos casos de hanseníase diagnosticados entre 2001 e 2014.

- Subestudos:

1) Aspectos epidemiológicos e operacionais da abordagem de contatos domiciliares pelos serviços de saúde de casos com hanseníase entre 2001 e 2014; Padrões de completitude e consistência do SINAN como fonte de dados sobre avaliação de contatos domiciliares de casos com hanseníase entre 2001 e 2014 – confronto dos dados do SINAN com dados primários; Desempenho em relação à vigilância de contatos de hanseníase e os determinantes de baixa cobertura da avaliação de contatos;

2) Aspectos clínicos (perfil clínico geral, comprometimento neural, episódios reacionais, limitação de atividade e consciência de risco) de casos com hanseníase entre 2001 e 2014; Acesso à rede de atenção à saúde de casos com hanseníase diagnosticados entre 2001 e 2014 – confronto entre os dados de residência e local de notificação;

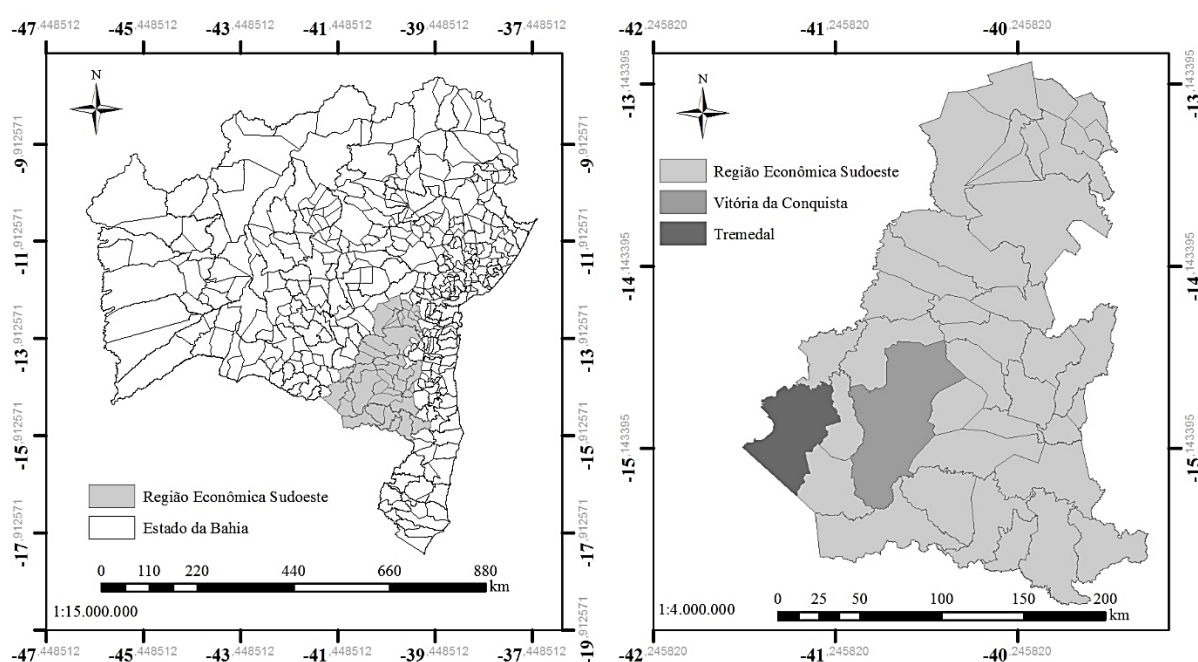
3) Perfil socioeconômico e demográfico dos casos de hanseníase diagnosticados entre 2001 e 2014 e de seus familiares – necessidades sociais e em saúde; Estigma associado à hanseníase em casos novos e antigos de hanseníase; Qualidade de vida de casos com hanseníase entre 2001 e 2014; Redes sociais que permeiam profissionais, programas e usuários do serviço de saúde relativos ao controle da hanseníase.

O recorte do estudo no âmbito deste trabalho de mestrado teve delineamento transversal, aninhado aos subestudos, e foram utilizados apenas os dados referentes ao estado da Bahia.

4.2 Local do estudo

No estado da Bahia, a pesquisa foi realizada nos municípios de Vitória da Conquista e Tremedal (Figura 1), tendo como área de abrangência os territórios assistidos pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades de Saúde da Família (USF) e as unidades de referência especializadas em atendimento à hanseníase.

Figura 1 – Localização geográfica da Região Econômica Sudoeste e dos municípios de Vitória da Conquista e Tremedal, Bahia, 2017.



Projeção *Transverse Mercator*. Datum WGS 1984. Edição: 05/01/2017.

Fonte: Adaptado da. Divisão Político-Administrativa da Bahia 2012: DIGEO/SEI - Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia - Coordenação de Cartografia e Geoprocessamento - CARTGEO, Coordenação de Recursos Naturais - CRNA, Divisão de Informação Geoambientais

4.2.1 Caracterização do município de Vitória da Conquista

Vitória da Conquista é um município da macrorregião sudoeste da Bahia, região Nordeste do Brasil, distante 512 km da capital Salvador. O município ocupa a posição de terceira maior cidade do estado, conta com uma história de 175 anos e estima grande importância cultural, econômica e demográfica.

Segundo dados do IBGE, o município possui área de unidade territorial de 3.704,02 km² e população estimada em 343.230 habitantes no ano de 2015 (IBGE, 2016). O município possui 77.917 domicílios na zona urbana e 8.543 na zona rural, com Índice de Desenvolvimento

Humano Municipal (IDHM) considerado de médio desenvolvimento (0,678), acima do IDH da Bahia (0,660) e abaixo do IDH do país (0,715).

Econômica e socialmente, o município possui um dos Produtos Internos Brutos (PIB) que mais crescem sistematicamente nesta região. Em 2015, apresentou PIB de 3.491.076,00 reais, renda *per capita* de 1.117,49 reais e 9,4% da população vivendo em situação de extrema pobreza, segundo dados do último censo (IBGE, 2016).

Em termos de saúde, Vitória da Conquista representa um importante polo de produção de serviços, abrangendo municípios de diferentes regiões da Bahia, além dos municípios de outros estados, sobretudo da região norte de Minas Gerais. Concentra a sede administrativa do Núcleo Regional de Saúde Sudoeste, que compreende 73 municípios em uma macrorregional de saúde (SESAB, 2016). Além disso, o município possui 238 estabelecimentos, sendo 68 estabelecimentos de saúde do SUS (IBGE, 2016).

A política pública de saúde aplicada neste município concentra-se em partes na Atenção Primária à Saúde (APS) com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que conta com 42 equipes e cobertura de 42,6% do território; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o total de 08 UBS; e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que dispõe de 03 equipes (BRASIL, 2016b; SESAB, 2016).

Desde 1995, o município conta com uma rede de assistência social, por meio do Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS). O Conselho é responsável pela execução das políticas municipais de assistência social, estabelecendo normas para concessão de registro e certificado de filantropia para as entidades privadas prestadoras de serviços e assessoria em assistência social. A cada dois anos ou em caráter extraordinário, o CMAS promove uma Conferência Municipal de Assistência Social, para avaliar e propor diretrizes para ações de promoção social no Município (PMVC, 2016).

O município conta também com um Serviço de Tisiologia e Dermatologia Sanitária, que atua na perspectiva de atenção à saúde, prevenção, assistência e diagnóstico de tuberculose e hanseníase. Entre as competências do serviço, estão a busca de casos na comunidade, diagnóstico precoce e adequado, tratamento da doença até a cura e manejo de complicações. O atendimento é prestado à população em geral, com suspeita de tuberculose ou hanseníase, bem como àquelas pessoas vulneráveis, como as populações em situação de rua e pessoas privadas de liberdade (PMVC, 2016).

Desde 2009, o Plano Estadual de Ações e Metas para Controle da Hanseníase no Estado da Bahia estabeleceu alguns objetivos específicos, dentre eles a descentralização das ações de diagnóstico, tratamento e vigilância de contatos para as UBS dos municípios prioritários. Desde

então, a gestão de saúde do município de Vitória da Conquista tem buscado atuar em parceria com instituições governamentais e não governamentais, com vistas à promoção de ações intersetoriais voltadas ao controle da hanseníase (SMSVC, 2014).

4.2.2 Caracterização do município de Tremedal

O município de Tremedal é de pequeno porte, distante 588 km da capital da Bahia, localizado em região predominantemente de caatinga, com polo econômico voltado à agricultura e pecuária. Possui área de unidade territorial de 2.018,72 km² e população estimada em 18.187 habitantes em 2015 e um total de 4.831 domicílios na zona urbana e rural, com IDHM de 0,528. Registrou PIB de 62.766,00 reais, renda *per capita* de 1.387,85 reais e 26,0% da população vivendo em situação de extrema pobreza (IBGE, 2016; BRASIL, 2016b; SESAB, 2016).

De acordo com a Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI), o município de Tremedal está elencado entre os de maior vulnerabilidade fiscal, devido a sua baixa capacidade de receitas próprias (SEI, 2015). O município tem incidência de 30,4% de pobreza e 44,8% de pobreza subjetiva (IBGE, 2016). Depende da vinculação a programas sociais do governo federal, sobretudo para investimentos em educação, saúde, saneamento básico e infraestrutura, de modo que as receitas próprias não são suficientes para custeio e execução de políticas públicas que possam melhorar a qualidade de vida da população (SEI, 2015).

O município faz parte do Núcleo Regional de Saúde Sudoeste, assistido por Vitória da Conquista, e possui 09 estabelecimentos de saúde do SUS, 06 equipes ESF, que garantem a cobertura de 96,6 % do território e conta com o apoio de 01 equipe do NASF (BRASIL, 2016b; SESAB, 2016).

4.3 População alvo

O estudo foi de caráter censitário e teve como população alvo todos os casos de hanseníase (casos referência), notificados no SINAN – MS, entre os anos de 2001 e 2014, residentes nestes municípios. Foram identificados 643 casos residentes no município de Vitória da Conquista e 51 casos em Tremedal, totalizando 694 casos referência para a pesquisa.

4.4 Procedimentos

4.4.1 *Atividades preparatórias, recrutamento e treinamento da equipe*

Em um primeiro passo, os municípios e respectivos departamentos de saúde, vigilância e administração foram envolvidos e convidados a participarem do estudo. Para tal, foram realizadas reuniões com representantes estaduais, prefeitos, secretários de saúde e de administração, diretores, gerentes e coordenadores de saúde, em que foram apresentadas as propostas de estudo e articuladas as ações necessárias à sistematização e logística.

Cada equipe de saúde do território da APS foi contatada e reunida para apresentação do projeto, dinâmica de pesquisa e sistematização dos procedimentos. Para todas as etapas de abordagem ao caso referência houve recrutamento e treinamento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pesquisadores (profissionais de saúde, pós-graduandos, estudantes e colaboradores). O desenvolvimento da pesquisa a nível local contou com equipe de coordenação específica, estabelecida no município de Vitória da Conquista, composta por: um coordenador geral, três coordenadores de subestudos, três gerentes de campo, pesquisadores e colaboradores locais.

Ressalta-se a importância do estudo realizado no estado de Rondônia, que serviu como base para ajustes dos procedimentos realizados na Bahia. Nesta primeira pesquisa, coordenadores e pesquisadores tiveram oportunidade de vivenciar os processos metodológicos no território, adquirindo capacidades e experiências que colaboraram à execução do projeto como um todo. Foram também identificadas falhas operacionais, de coleta, entrada e análise de dados, bem como a necessidade de adaptação dos instrumentos de coleta de dados e do treinamento da equipe à realidade da população local.

O treinamento e capacitação ocorreram entre os meses de julho e outubro de 2014. Foram realizadas oficinas teórico-práticas, de metodologia participativa e problematizadora, utilizando como material didático o Guia de Ações de Controle da Hanseníase para Agentes Comunitários de Saúde, da Universidade Federal do Ceará/2013, do Departamento de Saúde Comunitária (ALENCAR; PEREIRA, 2013). As oficinas tiveram duração de 40 horas e foram ministradas por pesquisadores da Universidade Federal do Ceará (UFC) e facilitadores locais, tendo como objetivos: a abordagem para ações de controle, comunicação, educação em saúde e autocuidado e, ainda, incluiu a forma adequada de abordagem do caso referência.

4.4.2 Abordagem aos casos de hanseníase

Para esta etapa, buscou-se o envolvimento da APS e, primeiramente, o caso referência foi abordado a partir de visitas domiciliares realizadas pelos ACS e/ou pesquisadores, a fim de informá-los sobre o estudo e realizar o convite à participação (Apêndice A). Como estratégia, foram feitas até 3 visitas, em horários e dias diferentes, para as pessoas que não foram encontrados na primeira tentativa. Paralelamente, foi realizado o mapeamento dos domicílios, por meio de aparelhos GPS (Garmin Hino 530 HCx), com precisão de 3 m, e máquina fotográfica digital, para registro de atividades (Apêndice B).

Àquelas pessoas acometidas pela hanseníase residentes em áreas descobertas de ESF e PACS, foi realizada visita domiciliar pelos pesquisadores e/ou ACS de áreas próximas de sua correspondência de atuação. A partir da confirmação da participação, foi feito o agendamento para coleta de dados e os casos foram convidados a comparecer a locais previamente definidos, na abrangência dos territórios assistidos pelas UBS e ESF/PACS.

4.5 Coleta de dados

4.5.1 Identificação dos casos de hanseníase

O levantamento dos casos de hanseníase notificados entre os anos de 2001 e 2014 foi realizado, inicialmente, por meio de uma Pesquisa Operacional, utilizando como fonte primária os serviços de saúde e os sistemas de informações de saúde dos municípios de Vitória da Conquista e Tremedal.

Os dados foram extraídos do SINAN – MS nas secretarias municipais de saúde, nos departamentos de vigilância dos municípios. Foram identificados dados operacionais relacionados ao modo de detecção e à forma de entrada. Os endereços identificados no sistema correspondiam ao logradouro declarado na data da notificação. Por isso, para fins de comparabilidade e atualização do endereço e telefone de contato, foi necessária consulta em sistemas como o Cadastro Nacional de Usuários do Sistema Único de Saúde (CADSUS) e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), considerando a provável rotatividade de informações durante o período descrito acima.

Para acesso a estes dados secundários, os pesquisadores solicitaram aos setores de Coordenação de Informações em Saúde a consulta e comparação das informações de cada caso referência, utilizando os sistemas de informações municipais de saúde.

4.5.2 Aplicação dos questionários estruturados, antropometria e coleta de dados clínicos

A aplicação dos questionários e a coleta de dados clínicos ocorreram entre os meses de outubro de 2014 e agosto de 2015. Foram aplicados instrumentos de coleta de dados para conhecimento da situação de domicílio (Apêndice C); sociodemográfica e econômica (Apêndice D); clínica (Apêndices E; Anexo H); e psicossocial (Anexos A, B, C, D e E), elaborados com base em escalas de percepção e avaliação, de validação nacional e internacional. Os dados foram coletados por pesquisadores, estudantes de pós-graduação e graduação, e por profissionais do serviço, devidamente capacitados e supervisionados pela equipe de coordenação.

A EBIA é um instrumento que avalia a situação de IA de unidades familiares (SEGALL-CORRÊA; MARIN-LEON, 2009). Assim, como critério de inclusão para este estudo, o indivíduo entrevistado prioritariamente foi o responsável pelo seu grupo familiar (chefe da família), desde que o mesmo apresentasse idade igual ou maior que 18 anos e estivesse apto a responder o instrumento (Anexo F).

Na impossibilidade do(a) chefe da família, entrevistou-se o próprio caso referência. Para os domicílios em que haviam notificados mais de um caso de hanseníase, optou-se pela aplicação da EBIA a apenas um caso, utilizando como critério de escolha a entrevista ao caso mais antigo. Foram excluídas as famílias que ao serem visitadas não se encontravam na residência, após três tentativas de abordagem.

A avaliação antropométrica foi realizada conforme recomendações das Normas Técnicas do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2011) (Anexo G). O peso foi aferido em quilos (kg), estando os indivíduos descalços e usando roupas leves, em balança eletrônica portátil da marca Marte (modelo LC 200pp) com capacidade para 200,0 kg e sensibilidade de 0,05 kg. A estatura foi verificada em centímetros (cm), com os indivíduos também descalços e em posição ereta, em estadiômetro portátil da marca CauMaaq (modelo est-22), de extensão de 2 metros (m) e graduação em milímetros (mm).

O consumo alimentar foi estimado a partir do Questionário de Frequência Alimentar (QFA) individual (Anexo G), baseado em instrumento utilizado pela Pesquisa Nacional de Saúde – PNS (IBGE, 2009). Foi registrada a frequência de consumo (de 0 a 5 dias ou mais por semana) de 17 alimentos, grupos de alimentos ou preparações. As frequências de ingestão semanal de cada alimento e o consumo regular foram descritos considerando-se a utilização do alimento em 5 dias ou mais da semana. Entre as proteínas, foi considerado como consumo regular a ingestão de carne vermelha e frango, em 3 ou mais dias, e de peixe, em 1 ou mais dias

na semana (Quadro 3).

O consumo recomendado de frutas e hortaliças, correspondeu à ingestão diária de pelo menos 400,0 g desses alimentos, conforme a OMS (IBGE, 2009). Esta porção equivale, aproximadamente, ao consumo diário de 5 porções da soma do número diário de porções de hortaliças cruas, hortaliças cozidas (exceto batata, mandioca ou inhame, frutas e suco de fruta natural). O consumo de sal foi obtido mediante resposta às opções de consumo diário: muito alto, alto, adequado, baixo ou muito baixo.

Quadro 3 – Avaliação da frequência e consumo regular de alimentos.

| Frequência | Alimentos | Consumo regular |
|-------------------|-------------------------------|------------------------|
| 0 a 5 dias | Consumo excessivo de sal | Alto e muito alto |
| | Excesso de gordura das carnes | ≥ 5 dias |
| | Refrigerante | |
| | Refrigerante açucarado | |
| | Guloseimas | |
| | Lanches (<i>fast food</i>) | |
| | Carne vermelha | ≥ 3 dias |
| | Frango | ≥ 1 dia |
| | Peixe | |
| | Leite integral | ≥ 5 dias |
| | Feijão | |
| | Hortaliças | |
| | Hortaliças cruas | |
| | Hortaliças cozidas | |
| | Frutas | |
| Suco de frutas | | |

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Durante a avaliação clínica dos indivíduos, a presença de sinais e sintomas referentes à hanseníase serviu de triagem para encaminhamento à consulta médica, garantindo a estas pessoas o tratamento e acompanhamento adequado nos serviços da APS.

4.6 Variáveis dependentes e independentes

Como variável dependente foi considerada a IA, calculada a partir da EBIA. A escala foi composta de 15 perguntas, referentes aos três meses antecedentes à entrevista, para domicílios com ou sem moradores menores de 18 anos. Em relação à pontuação, tratou-se de uma escala ordinal com valores de 0 a 15 e foi atribuído 1 ponto para respostas "sim" e 0 para

respostas "não" e “não sabe”.

A presença de pelo menos uma resposta do tipo “sim” definiu o estado de IA, que foi calculado em seus diferentes níveis, segundo o escore obtido: leve, moderada e grave (Tabela 1). O estado de IA também foi calculado conforme orientado por Hoffmann (2014), para fins de comparabilidade com os dados da PNAD 2013 (IBGE, 2015). Entretanto, foi desconsiderado o item “Nos últimos 3 meses, o(a) senhor(a) perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida?”, considerando-se a EBIA com apenas 14 questões (Tabela 1).

O estado nutricional foi classificado a partir do Índice de Massa Corporal (IMC), determinado a partir da divisão do peso (kg) pelo quadrado da estatura (m). O IMC de adultos e idosos foi classificado, respectivamente, em: baixo peso ($< 18,5 \text{ kg/m}^2$; $\leq 22,0 \text{ kg/m}^2$), eutrofia ($\geq 18,5$ e $< 25,0 \text{ kg/m}^2$; $> 22,0$ e $< 27,0 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($\geq 25,0$ e $< 30,0 \text{ kg/m}^2$; $\geq 27,0 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($\geq 30,0 \text{ kg/m}^2$) (BRASIL, 2011).

Os hábitos alimentares foram descritos conforme avaliação do consumo regular dos alimentos. Para avaliar o consumo excessivo de sal, foram consideradas as categorias alto e muito alto.

As variáveis explicativas ao estudo foram selecionadas de acordo com a literatura e divididas em blocos. O bloco 1 foi composto pelas variáveis domiciliares e do entorno (Tabela 2); o bloco 2 pelas variáveis familiares e socioeconômicas (Tabela 3); e o bloco 3 pelas variáveis psicossociais e clínicas (Tabela 4).

Tabela 2 – Variáveis domiciliares e do entorno. IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015.

| Variáveis | Categorização |
|-------------------------------|--|
| Município | Vitória da Conquista Tremedal |
| Zona de residência | Urbana Rural |
| Material das paredes externas | Alvenaria com revestimento Alvenaria sem revestimento Madeira apropriada para construção Taipa não revestida Taipa revestida Madeira aproveitada Palha |
| Abastecimento de água | Rede geral de distribuição |

Continua

Continuação

| | |
|------------------------------|---|
| | Poço ou nascente na propriedade |
| | Poço ou nascente fora da propriedade |
| | Água de carro-pipa não armazenada |
| | Água de carro-pipa armazenada em cisterna |
| | Água de carro-pipa armazenada de outro modo |
| | Água de chuva armazenada em cisterna |
| | Água da chuva armazenada de outro modo |
| | Rios, lagos e igarapés |
| | Açudes, represas ou lago artificial |
| Destino do lixo | Coletado diretamente por serviço de limpeza |
| | Coletado em caçamba de serviço de limpeza |
| | É queimado na propriedade |
| | É enterrado na propriedade |
| | Jogado em terreno baldio ou logradouro |
| | Jogado em rio, lago ou mar |
| Residentes do domicílio | Numérica |
| Moradores menores de 18 anos | Não |
| | Sim |

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Tabela 3 – Variáveis familiares e socioeconômicas. IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015.

| Variáveis | Categorização |
|----------------------|--|
| Raça | Branca Parda Negra/Preta Amarela Indígena |
| Escolaridade | Analfabeta 1ª a 3ª série do ensino fundamental 4ª a 7ª série do ensino fundamental Ensino fundamental completo (terminou 8ª série) 1º ou 2º ano do ensino médio Ensino médio completo (terminou 3º ano colegial ou 3º ano científico) Superior incompleto Superior completo |
| Contexto de trabalho | Nunca trabalhou Ativo Ativo/Aposentado Ativo/Benefício Ativo/Aposentado/Benefício |

Continua

Continuação

| | |
|--------------------------|------------------------------|
| | Inativo |
| | Inativo/Aposentado |
| | Inativo/Benefício |
| | Inativo/Aposentado/Benefício |
| Benefício pelo PBF | Não |
| | Sim |
| Banheiros | Numérica |
| Televisores em cores | Numérica |
| Rádios | Numérica |
| Automóveis | Numérica |
| Máquinas de lavar roupas | Numérica |
| Vídeos/DVD | Numérica |
| Geladeiras | Numérica |
| Freezer | Numérica |
| Empregadas mensalistas | Numérica |

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Tabela 4 – Variáveis psicossociais e clínicas. IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015.

| Variáveis | Categorização |
|-----------------------------------|--|
| Limitação de atividade | Sem limitação Leve limitação Moderada limitação Grande limitação Extrema limitação |
| Restrição à participação social | Nenhuma restrição significativa Leve restrição Moderada restrição Grande restrição Extrema restrição |
| Qualidade de vida em dermatologia | Sem efeito Leve efeito Moderado efeito Grande efeito |
| Episódio reacional | Não Sim |
| Incapacidade física | Não Grau 1 Grau 2 |

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

4.7 Entrada e análise dos dados

Os dados foram consolidados por digitação no *software* Epi-Info™, versão 3.5.1 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, USA) e, posteriormente, foram checados e analisados em relação à completude e consistência. As variáveis explicativas referentes às informações do caso referência e de sua unidade familiar foram recategorizadas, tornando a distribuição das frequências mais proporcional. Para análise do estado nutricional foi considerada a ocorrência de sobrepeso e para isso foram somadas as categorias de sobrepeso e obesidade. A avaliação do consumo excessivo de sal considerou as categorias alto e muito alto.

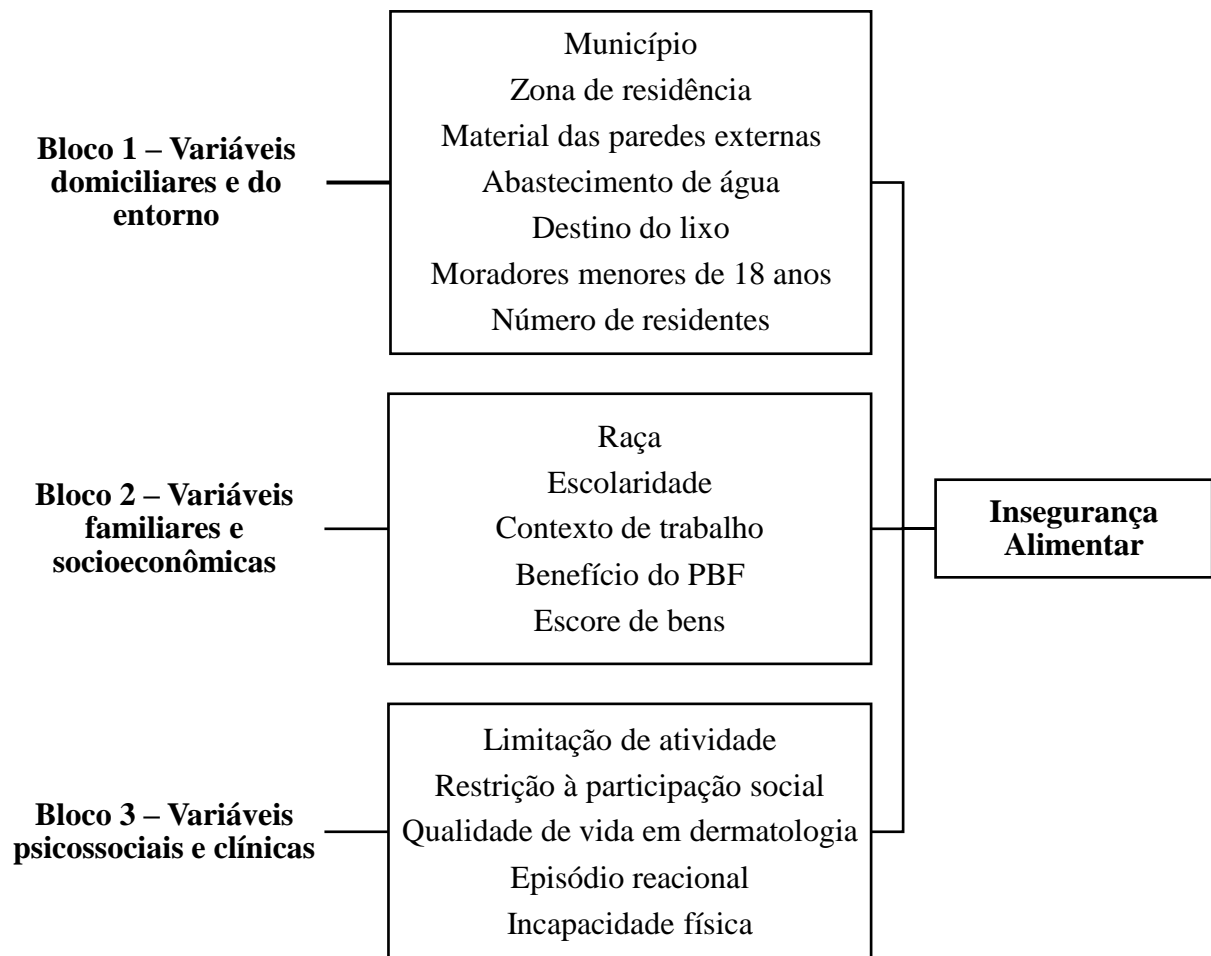
Para o bloco 1 foram recategorizadas ou criadas as variáveis: material das paredes externas (com revestimento ou sem revestimento); abastecimento de água (rede geral de distribuição ou poço, nascente, água de chuva, água de carro pipa); destino do lixo (serviço de limpeza ou queimado, enterrado, jogado em terreno baldio); moradores menores de 18 anos (não ou sim); número de residentes (até 2, 3 ou 4, 5 e mais);

Foram também recategorizadas ou criadas as variáveis do bloco 2: raça/cor (não negra ou negra – pretos e pardos); escolaridade (ensino médio/superior – incompleto/completo, ensino fundamental – incompleto/completo ou não estudou), contexto de trabalho (ativo, aposentadoria/benefício ou inativo/nunca trabalhou); escore de bens do domicílio (1º tercil – Nível A: pessoas de maior rendimento econômico; 2º tercil – Nível B: pessoas de médio rendimento econômico; 3º tercil – Nível C: pessoas de baixo rendimento econômico). O escore foi obtido pela soma total da posse de bens e utensílios domésticos: televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, máquina de lavar roupa, vídeo/DVD, geladeira e freezer; conforme Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2014).

Para o bloco 3 foram recategorizadas ou criadas as variáveis: limitação de atividade (sem limitação ou alguma limitação); restrição à participação social (sem restrição ou alguma restrição); qualidade de vida em dermatologia (sem efeito ou com efeito); episódio reacional (não ou sim); incapacidade física (não ou sim).

Considerando os determinantes descritos na literatura (HOFFMANN, 2013; CARVALHO; ALBERTO; PEREIRA, 2014; SEGALL-CORRÊA *et al.*, 2008), foi organizado um modelo teórico conceitual de análise para a ocorrência da IA nesta população, conforme figura 2:

Figura 2 – Modelo teórico conceitual das variáveis explicativas da IA em pessoas acometidas pela hanseníase, Vitória da Conquista e Tremedal. IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Inicialmente, foi feita análise descritiva, estratificada pelas populações dos referidos municípios, por meio de medidas de frequência das variáveis do estudo. Contudo, por falta de poder amostral, devido ao número insuficiente de observações no município de Tremedal, para análise bivariada e multivariada, foi avaliada a amostra total e a variável município, tida como variável independente. Foram utilizados os testes qui-quadrado de Pearson, de tendência linear e o exato de Fischer (para categorias com $n < 5$). A Razão de Prevalência (RP) foi usada como estimativa de associação entre a IA e as variáveis explicativas de interesse. Essa medida e seu intervalo de confiança de 95% (IC95%) foram estimados por regressão de Poisson com variância robusta.

Foram realizadas análises estratificadas para avaliar possíveis efeitos de confundimento e/ou de interação entre algumas das variáveis indicadoras de vulnerabilidade econômica

(paredes externas do domicílio, escolaridade, benefício do PBF e escore de bens), que apresentaram significância estatística inferior a 20%, e indicadoras de vulnerabilidade individual, características de consequências da hanseníase (limitação de atividade, restrição à participação social, qualidade de vida em dermatologia, episódio reacional e incapacidade física). A partir dos resultados obtidos nas estratificações, foram calculados os possíveis efeitos de interação que as variáveis características da hanseníase tiveram sobre a ocorrência de IA e sua associação com as variáveis de vulnerabilidade econômica. A existência de possíveis interações entre as demais variáveis independentes foi também avaliada.

A análise multivariada foi realizada em duas etapas. Na primeira foram analisadas as variáveis independentes associadas ao desfecho na análise bivariada. Para a segunda, além das associações da bivariada, foram também incluídas as possíveis interações encontradas entre as demais variáveis. Foram incluídas nos modelos iniciais todas as variáveis que, na análise bivariada e análise de interações, apresentaram associação com a IA em nível de significância inferior a 20%. Para todos os testes e para a permanência das variáveis no modelo final, foi utilizado nível de significância de 5%. Os modelos foram comparados pelo critério de Akaike e a adequação do modelo foi avaliada pelo qui-quadrado.

O programa Stata, versão 11.2 (*Stata Corporation, College Station, USA*) foi utilizado para as análises.

4.8 Considerações éticas

O projeto IntegraHans – N/NE foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal do Ceará, sob parecer número 544.962 (Anexo I), Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 19258214.2.0000.5054, de acordo com a resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Este recorte foi aprovado por adendo com parecer número 1.086.400, CAAE 19258214.2.0000.5054 (Anexo J).

Para a coleta dos dados, os participantes foram previamente informados sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos e sigilo dos dados por meio da leitura e assinatura, ou impressão dactiloscópica, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice F). Nas situações em que os participantes tinham idade menor que 18 anos, estes assinaram o Termo de Assentimento (Apêndice G) e o TCLE foi assinado por seu representante legal.

Junto ao processo das atividades de pesquisa, foram desenvolvidas estratégias de educação permanente. Como devolutiva social e acadêmica, pesquisadores, profissionais e

sujeitos da pesquisa foram envolvidos direta ou indiretamente às ações de controle da hanseníase, tais como: seminários, fóruns, oficinas, apresentações em congressos e publicações técnico-científicas.

4.9 Fontes de financiamento

A pesquisa IntegraHans – N/NE foi aprovada no edital MCTI/CNPq/MS-SCTIE - Decit Nº40/2012 – Pesquisa em Doenças Negligenciadas, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Houve interface com organização da *International Federation of Anti-Leprosy Associations* (ILEP Brasil) que atua nos estados *Netherlands Leprosy Relief/ Netherlands Hanseniasis Relief – Brasil* (NLR/NHR), possibilitando um trabalho mais eficiente em termos do gerenciamento dos esforços empreendidos.

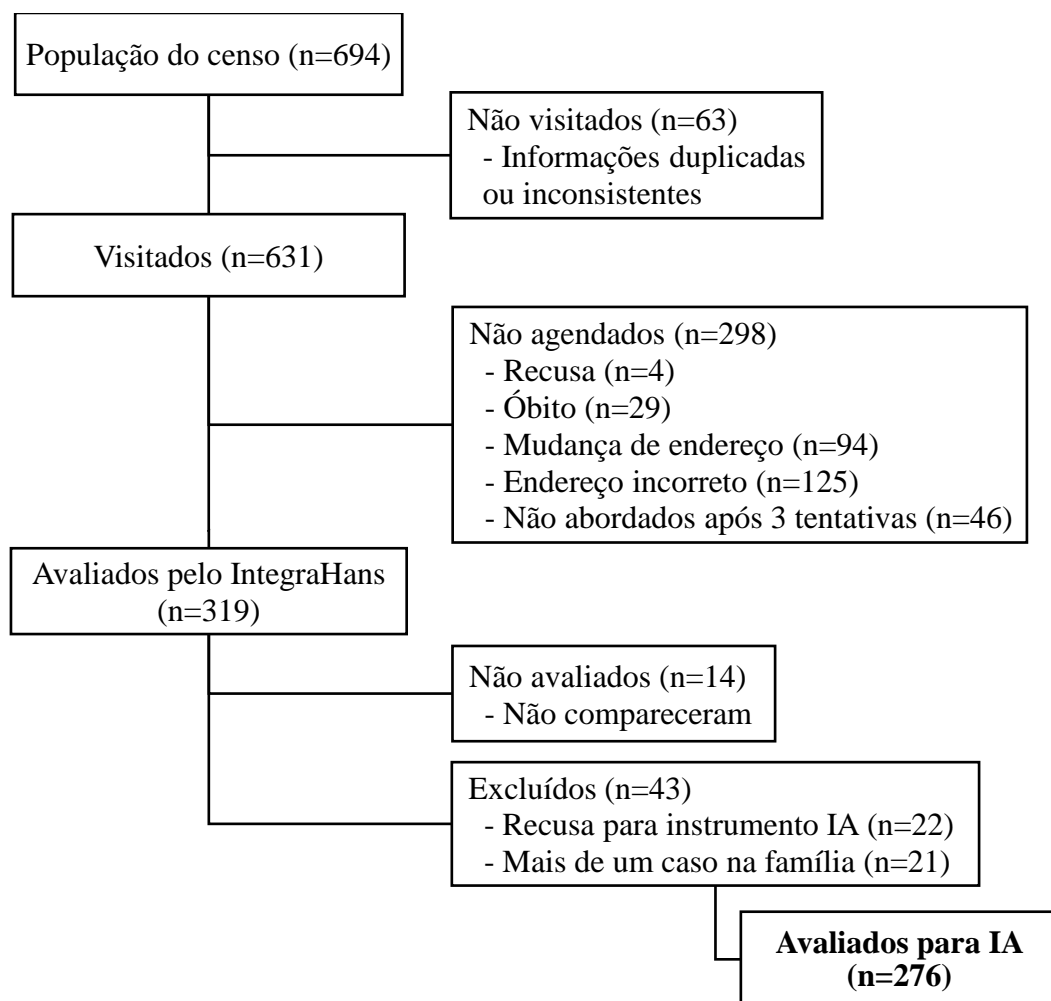
Além disso, Camila Silveira Silva Teixeira é bolsista de Mestrado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da população

Do total de 694 casos referência, o estudo IntegraHans – N/NE avaliou 319 indivíduos, sendo 272 do município de Vitória da Conquista e 47 de Tremedal. O processo de composição da população resultou em uma proporção de 45,0% (n=312) de indivíduos não avaliados, diante de situações como: recusa (1,3%); óbito (9,3%); mudança de endereço (30,1%); endereço incorreto (40,1%); não abordagem após três tentativas (14,7%); e não comparecimento à avaliação (4,5%). Neste recorte, foram avaliados os dados de 276 indivíduos, dado que 21 não preencheram os critérios de inclusão e 22 recusaram responder o instrumento de IA (Figura 3).

Figura 3 – Seleção da população para investigação da IA, em pessoas acometidas pela hanseníase, Vitória da Conquista e Tremedal. IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015.



A maior parte das famílias de Vitória da Conquista residia em domicílios de zona urbana (70,0%), com revestimento nas paredes externas (86,3%), abastecimento de água pela rede geral de distribuição (87,2%) e tinha como forma de destino de lixo o serviço geral de limpeza (81,5%). A presença de moradores menores de 18 anos (47,7%) e uma quantidade de 5 e mais residentes no domicílio (24,2%) foram observadas nestas famílias (Tabela 5).

Em Tremedal, as famílias residiam em domicílios predominantemente de zona rural (94,3%), sem revestimento das paredes externas (51,4%), abastecidos por água de poço, nascente, água de chuva ou de carro-pipa (88,6%), com lixo destinado a ser queimado, enterrado ou jogado em terreno baldio (85,7%). Observou-se que 45,7% dessas famílias tinham a presença de moradores menores de 18 anos e 25,7% tinham 5 e mais residentes no domicílio (Tabela 5). Observaram-se diferenças significativas entre os municípios, para a zona de residência, o revestimento das paredes externas dos domicílios, a forma de abastecimento de água e o destino do lixo (Tabela 5).

Os entrevistados de Vitória da Conquista, em sua maioria, eram de raça/cor negra (80,9%), cursaram até o ensino fundamental (55,3%), tinham como fonte de renda a aposentadoria/benefício (45,7%). Estas famílias entrevistadas tinham beneficiários do PBF (22,3%) e classificação B de escore de bens (37,0%). Do total, 45,3% apresentaram alguma limitação de atividade, 25,0% tinham restrição à participação social, 35,7% tinham algum efeito dermatológico sobre a qualidade de vida, 50,7% desenvolveram episódio reacional e 74,4% apresentaram alguma incapacidade física (Tabela 5).

No município de Tremedal, 40,0% dos investigados eram ativos no trabalho, 74,3% eram de raça/cor negra, 62,8% não estudaram, 48,6% tinham beneficiários do PBF e 51,4% classificação C de escore de bens. Alguma limitação de atividade foi encontrada em 62,5% dos indivíduos, 31,2% tinham alguma restrição à participação social, 37,5% algum efeito dermatológico sobre a qualidade de vida, 39,4% desenvolveram episódio reacional e 81,8% tinham alguma incapacidade física. Foi encontrada diferença significativa entre os níveis de escolaridade e o beneficiamento do PBF entre as populações dos municípios (Tabela 5).

Tabela 5 – Características da população estudada, nos municípios de Vitória da Conquista (n=241) e Tremedal (n=35). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015.

| Variáveis | Vitória da Conquista | | Tremedal | | p valor [†] |
|---|----------------------|------|----------|------|----------------------|
| | n* | % | n* | % | |
| Zona de residência | | | | | <0,001 |
| Urbana | 159 | 70,0 | 2 | 5,7 | |
| Rural | 68 | 30,0 | 33 | 94,3 | |
| Paredes externas | | | | | <0,001 |
| Com revestimento | 196 | 86,3 | 17 | 48,6 | |
| Sem revestimento | 31 | 13,7 | 18 | 51,4 | |
| Abastecimento de água | | | | | <0,001 |
| Rede geral de distribuição | 198 | 87,2 | 4 | 11,4 | |
| Poço, nascente, água de chuva, água de carro pipa | 29 | 12,8 | 31 | 88,6 | |
| Destino do lixo | | | | | <0,001 |
| Serviço de limpeza | 185 | 81,5 | 5 | 14,3 | |
| Queimado, enterrado, jogado em terreno baldio | 42 | 18,5 | 30 | 85,7 | |
| Moradores menores de 18 anos | | | | | 0,468 |
| Não | 115 | 47,7 | 19 | 54,3 | |
| Sim | 126 | 52,3 | 16 | 45,7 | |
| Número de residentes | | | | | 0,140 |
| Até 2 | 64 | 28,2 | 15 | 42,9 | |
| 3 ou 4 | 108 | 47,6 | 11 | 31,4 | |
| 5 e mais | 55 | 24,2 | 9 | 25,7 | |
| Raça | | | | | 0,364 |
| Não negra | 44 | 19,1 | 9 | 25,7 | |
| Negra | 186 | 80,9 | 26 | 74,3 | |
| Escolaridade | | | | | <0,001 |
| Ensino médio/superior (incompleto/completo) | 46 | 20,2 | 3 | 8,6 | |
| Ensino fundamental (incompleto/completo) | 126 | 55,3 | 10 | 28,6 | |
| Não estudou | 56 | 24,5 | 22 | 62,8 | |
| Contexto de trabalho | | | | | 0,159 |
| Ativo | 86 | 37,4 | 14 | 40,0 | |
| Aposentadoria/benefício | 105 | 45,7 | 11 | 31,4 | |
| Nunca trabalhou/inativo | 39 | 16,9 | 10 | 28,6 | |
| Benefício do PBF | | | | | 0,001 |
| Não | 178 | 77,7 | 18 | 51,4 | |
| Sim | 51 | 22,3 | 17 | 48,6 | |
| Escore de bens | | | | | 0,064 |
| Nível A | 72 | 31,7 | 8 | 22,9 | |
| Nível B | 84 | 37,0 | 9 | 25,7 | |
| Nível C | 71 | 31,3 | 18 | 51,4 | |
| Limitação de atividade | | | | | 0,069 |
| Sem limitação | 116 | 54,7 | 12 | 37,5 | |
| Alguma limitação | 96 | 45,3 | 20 | 62,5 | |
| Restrição à participação social | | | | | 0,451 |
| Sem restrição | 159 | 75,0 | 22 | 68,8 | |
| Alguma restrição | 53 | 25,0 | 10 | 31,2 | |

Continua

Continuação

| | | | | | |
|-----------------------------------|-----|------|----|------|-------|
| Qualidade de vida em dermatologia | | | | | 0,845 |
| Sem efeito | 135 | 64,3 | 20 | 62,5 | |
| Algum efeito | 75 | 35,7 | 12 | 37,5 | |
| Episódio Reacional | | | | | 0,226 |
| Não | 110 | 49,3 | 20 | 60,6 | |
| Sim | 113 | 50,7 | 13 | 39,4 | |
| Incapacidade Física | | | | | 0,358 |
| Não | 57 | 25,6 | 6 | 18,2 | |
| Sim | 166 | 74,4 | 27 | 81,8 | |

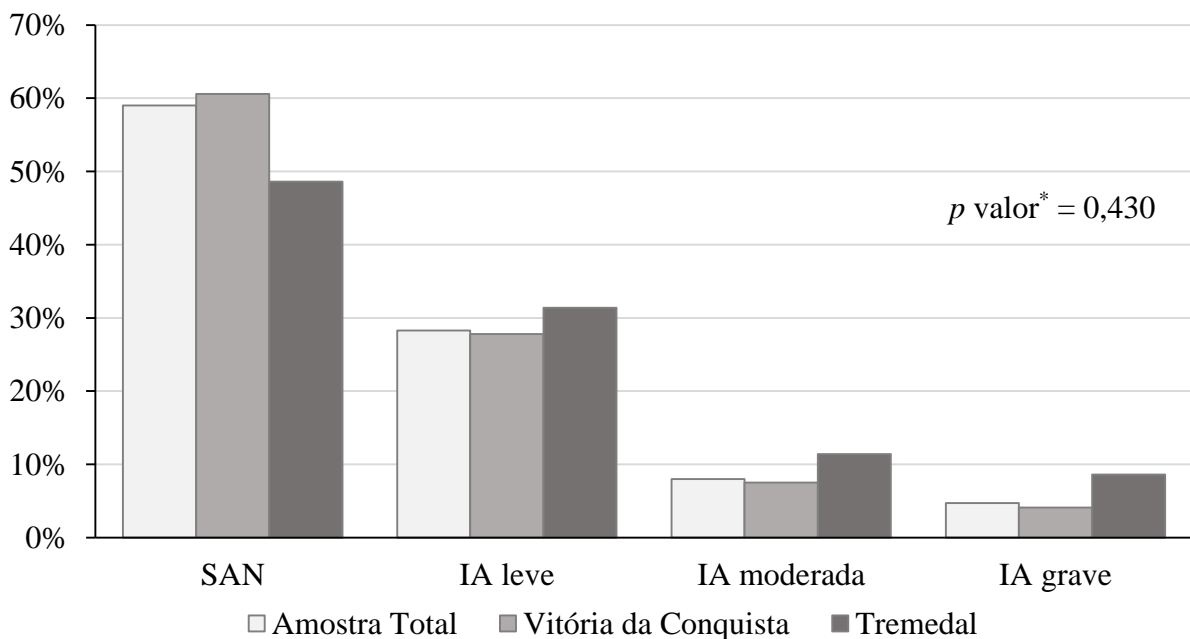
*Número de observações. †Valor de p calculado pelo qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

5.2 Insegurança alimentar, estado nutricional e hábitos alimentares

A situação de IA foi encontrada em 41,0% (n=113) das pessoas estudadas, sendo 28,3% (n=78) leve, 8,0% (n=22) moderada e 4,7% (n=13) grave. Entre a população de Vitória da Conquista foi observada prevalência de IA em 39,4% (n=95), sendo 27,8% (n=67) leve, 7,5% (n=18) moderada e 4,1% (n=10) grave. Já em Tremedal, 51,4% (n=18) da população viveu a situação de IA, 31,4% (n=11) em seu nível leve, 11,4% (n=4) moderado e 8,6% (n=3) grave. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois municípios (Figura 4).

Figura 4 – Prevalência de IA em pessoas acometidas pela hanseníase nos municípios de Vitória da Conquista (n=241) e Tremedal (n=35). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015.



*Valor de p calculado pelo qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, para comparar os municípios.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

A avaliação das respostas às questões da EBIA evidenciou que 28,6% das famílias afirmaram ter preocupação de que a comida pudesse acabar, 28,3% disseram não ter tido uma alimentação saudável e variada por falta de dinheiro, 23,9% tiveram que se basear em apenas poucos tipos de alimentos para alimentar os moradores do domicílio e 52,6% não puderam oferecer alimentação saudável/variada para moradores menores que 18 anos (Tabela 6).

Quando avaliados os municípios, observou-se que a proporção de famílias que afirmaram ter preocupação de que a comida pudesse acabar foi de 25,7% em Vitória da Conquista e 48,6% em Tremedal. Destas 27,0% das pessoas de Vitória da Conquista e 37,7% de Tremedal, não tiveram acesso a uma alimentação saudável/variada. Do mesmo modo, a alimentação saudável/variada não pôde ser ofertada para moradores menores que 18 anos em 51,0% dos domicílios de Vitória da Conquista e 62,5% de Tremedal (Tabela 6).

Tabela 6 – Descrição das respostas positivas às questões da EBIA, Vitória da Conquista (n=241) e Tremedal (n=35). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015.

| EBIA | Amostra total | | Vitória da Conquista | | Tremedal | |
|--|---------------|------|----------------------|------|----------|------|
| | n* | % | n* | % | n* | % |
| 1. Preocupação de que a comida acabasse | 79 | 28,6 | 62 | 25,7 | 17 | 48,6 |
| 2. Comida acabou antes de poder comprar mais | 44 | 15,9 | 37 | 15,4 | 7 | 20,0 |
| 3. Sem alimentação saudável e variada | 78 | 28,3 | 65 | 27,0 | 13 | 37,1 |
| 4. Basear em apenas poucos tipos de alimentos | 34 | 23,9 | 29 | 23,0 | 5 | 31,3 |
| 5. Diminuiu quantidade de alimentos ou pulou refeições | 35 | 30,7 | 29 | 30,2 | 6 | 33,3 |
| 6. Comeu menos do que achou que deveria | 40 | 35,1 | 34 | 35,4 | 6 | 33,3 |
| 7. Sentiu fome, mas não comeu porque não havia comida | 17 | 14,9 | 15 | 15,6 | 2 | 11,1 |
| 8. Ficou um dia inteiro sem comer ou teve uma refeição ao dia | 4 | 12,3 | 10 | 10,4 | 4 | 22,2 |
| 9. Não pôde oferecer alimentação saudável/variada para morador < 18 anos | 30 | 52,6 | 25 | 51,0 | 5 | 62,5 |
| 10. Morador < 18 anos não comeu quantidade suficiente | 7 | 12,5 | 6 | 12,5 | 1 | 12,5 |

Continua

Continuação

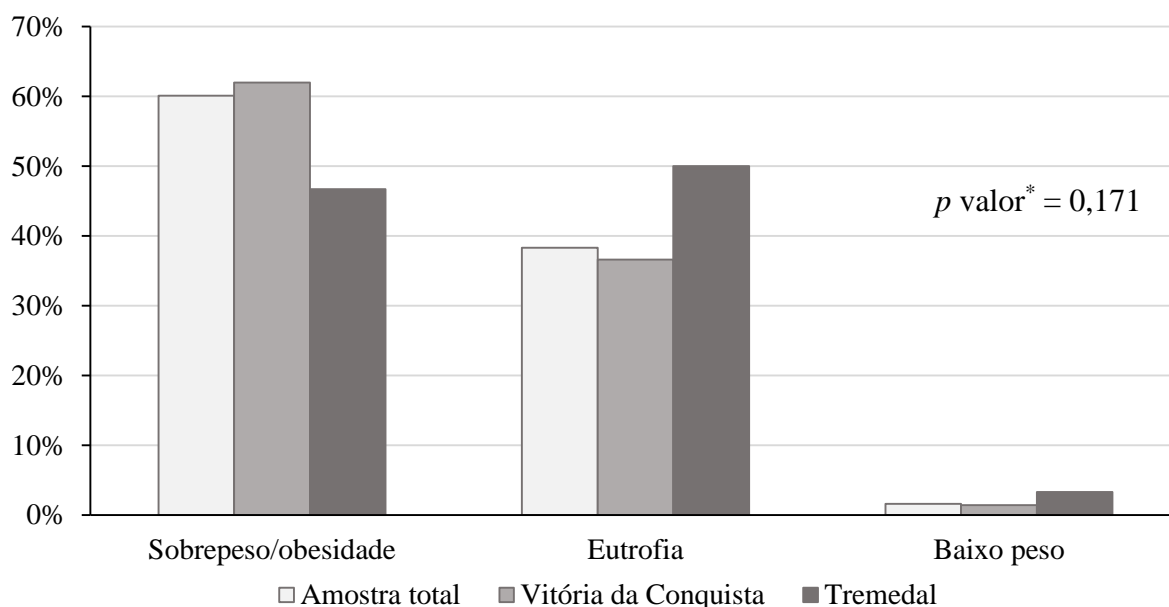
| | | | | | | |
|---|----|------|---|------|---|------|
| 11. Diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de morador < 18 anos | 11 | 20,4 | 9 | 19,6 | 2 | 25,0 |
| 12. Morador < 18 anos deixou de fazer alguma refeição | 7 | 12,5 | 6 | 12,5 | 1 | 12,5 |
| 13. Morador < 18 anos teve fome, mas não podia comprar | 5 | 8,9 | 4 | 8,3 | 1 | 12,5 |
| 14. Morador < 18 anos teve uma refeição ou ficou sem comer o dia inteiro | 3 | 5,4 | 3 | 6,3 | 0 | 0,0 |

*Número de observações.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Observou-se que, 60,1% (n=146) da amostral total tiveram sobrepeso/obesidade, 38,3% (n=93) eutrofia e 1,6% (n=4) baixo peso. Em Vitória da Conquista, 62,0% (n=132) tiveram sobrepeso/obesidade, 36,6% (n=78) estavam eutróficos e 1,4% (n=3) estavam com baixo peso. Em Tremedal, o sobrepeso/obesidade foi percebido em 46,7% (n=14), 50,0% (n=15) estavam eutróficos e 3,3% (n=1) com baixo peso (Figura 5).

Figura 5 – Estado nutricional de pessoas acometidas pela hanseníase nos municípios de Vitória da Conquista (n=241) e Tremedal (n=35). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015.



*Valor de p calculado pelo qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher, para comparar os municípios.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

A avaliação do consumo alimentar evidenciou consumo excessivo de sal em 8,1% (n=23) da população estudada, e proporção de 6,9% (n=16) entre a população de Vitória da Conquista e de 20,6% (n=7) em Tremedal.

De um modo geral, 41,6% dos entrevistados tinham o hábito regular de consumir o excesso de gordura das carnes, 15,4% bebiam refrigerante regularmente, 72,3% tinham consumo habitual de proteínas como a carne vermelha, 38,6% de frango, 32,3% de peixe e 39,0% de leite. O consumo regular de feijão foi observado em 84,6% da população, assim como de hortaliças (42,3%) e frutas (44,0%) (Tabela 7).

Em Vitória da Conquista foi percebido consumo regular de 40,8% de excesso de gordura das carnes, 15,9% de refrigerante, 27,2% de guloseimas e 3,4% lanches. Destes, 73,8% tinham consumo regular de carne vermelha e 42,5% de leite. Observou-se que 86,3% consumiam com regularidade o feijão, 49,4% hortaliças, 47,8% frutas e 28,3% suco de frutas. No município de Tremedal, 47,1% consumiam regularmente o excesso de gordura das carnes, 11,8% refrigerante e 14,7% guloseimas. O consumo de proteínas foi de 61,8% de carne vermelha e 14,7% de leite. Neste município, 91,2% consumiam regularmente feijão, 17,7% hortaliças, 17,7% frutas e 32,4% de suco de frutas (Tabela 7). Em ambos os municípios, a soma de porções diárias de frutas e hortaliças, recomendado pela OMS, foi de 4 porções.

Tabela 7 – Frequência alimentar e consumo regular de alimentos pela população estudada, Vitória da Conquista (n=241) e Tremedal (n=35). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015.

| Alimentos | Consumo regular* (%) | | | p valor [§] |
|-------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------|
| | Amostra total | Vitória da Conquista | Tremedal | |
| Excesso de gordura das carnes | 111 (41,6) | 95 (40,8) | 16 (47,1) | 0,487 |
| Refrigerante | 41 (15,4) | 37 (15,9) | 4 (11,8) | 0,799 |
| Refrigerante açucarado | 40 (15,0) | 36 (15,5) | 4 (11,8) | 0,797 |
| Guloseimas | 68 (25,6) | 63 (27,2) | 5 (14,7) | 0,120 |
| Lanches (<i>fast food</i>) | 8 (3,0) | 8 (3,4) | 0 (0,0) | 0,601 |
| Carne vermelha | 193 (72,3) [†] | 172 (73,8) [†] | 21 (61,8) [†] | 0,142 |
| Frango | 103 (38,6) [†] | 90 (38,6) [†] | 13 (38,2) [†] | 0,965 |
| Peixe | 86 (32,3) [‡] | 76 (32,8) [‡] | 10 (29,4) [‡] | 0,697 |
| Leite | 104 (39,0) | 99 (42,5) | 5 (14,7) | 0,002 |
| Feijão | 226 (84,6) | 195 (86,3) | 31 (91,2) | 0,318 |
| Hortaliças | 121 (42,3) | 115 (49,4) | 6 (17,7) | 0,001 |
| Hortaliças cruas | 87 (32,8) | 82 (35,5) | 5 (14,7) | 0,018 |
| Hortaliças cozidas | 90 (33,8) | 86 (36,9) | 4 (12,1) | 0,005 |
| Fruta | 117 (44,0) | 111 (47,8) | 6 (17,7) | 0,001 |
| Suco de fruta | 77 (28,8) | 66 (28,3) | 11 (32,4) | 0,628 |

*Frequência ≥ 5 dias. [†]Frequência ≥ 3 dias. [‡]Frequência ≥ 1 dia. [§]Valor de p calculado pelo qui quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

5.3 Fatores associados à insegurança alimentar

A ocorrência de IA foi maior em domicílios do município de Tremedal (51,4%), em domicílios de zona rural (42,6%), sem revestimento nas paredes (53,1%), com abastecimento de água proveniente de água de poço, nascente, água de chuva e carro pipa (46,7%), que destinavam o lixo para ser queimado, enterrado ou jogado em terreno baldio (48,6%). Do mesmo modo, a IA foi superior em domicílios com moradores com idade menor que 18 anos (44,4%), com 3 a 4 residentes (41,2%), que tinham beneficiários do PBF (50,0%) e classificados com nível C de escore de bens (Tabela 8).

A maior prevalência de IA foi entre as pessoas que nunca trabalharam ou eram inativos (51,0%), de raça negra (42,9%), que não estudaram (51,3%), que apresentavam alguma limitação de atividade (50,0%), tinham alguma restrição à participação social (58,7%), tinham algum efeito dermatológico sobre a qualidade de vida (58,6%), que haviam desenvolvido episódio reacional (48,4%) e que apresentaram alguma incapacidade física (43,0%) (Tabela 8).

A IA foi significativamente mais prevalente entre as pessoas que residiam em domicílio sem revestimento das paredes externas (53,1%), beneficiários do PBF (50,0%), com escore de bens de nível B (44,1%) e C (46,1%), e entre os que não estudaram (51,3%). Tal associação também foi percebida entre as pessoas que tinham alguma limitação de atividade (50,0%), alguma restrição à participação social (58,7%) e com a qualidade de vida afetada por algum efeito dermatológico (58,6%) (Tabela 8).

Tabela 8 – Prevalência de IA, segundo variáveis domiciliares, do entorno, familiares, socioeconômicas, psicossociais e clínicas (n=276). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015.

| Variáveis | P* (%) | p valor [†] | RP bruta (IC95%) [‡] |
|---|-----------|----------------------|-------------------------------|
| Município | | 0,177 | |
| Vitória da Conquista | 95 (39,4) | | 1,00 |
| Tremedal | 18 (51,4) | | 1,30 (0,91 – 1,88) |
| Zona de residência | | 0,451 | |
| Urbana | 61 (37,9) | | 1,00 |
| Rural | 53 (42,6) | | 1,12 (0,83 – 1,52) |
| Paredes externas | | 0,034 | |
| Com revestimento | 78 (36,6) | | 1,00 |
| Sem revestimento | 26 (53,1) | | 1,46 (1,05 – 2,00) |
| Abastecimento de água | | 0,209 | |
| Rede geral de distribuição | 76 (37,6) | | 1,00 |
| Poço, nascente, água de chuva, carro pipa | 28 (46,7) | | 1,24 (0,90 – 1,72) |

Continua

| | | |
|---|-----------|--------------------|
| Continuação | | |
| Destino do lixo | | 0,069 |
| Serviço de limpeza | 69 (36,3) | 1,00 |
| Queimado, enterrado, jogado em terreno baldio | 35 (48,6) | 1,34 (1,00 – 1,81) |
| Moradores menores de 18 anos | | 0,234 |
| Não | 50 (37,3) | 1,00 |
| Sim | 63 (44,4) | 1,19 (0,89 – 1,58) |
| Número de residentes | | 0,897 |
| Até 2 | 30 (38,0) | 1,00 |
| 3 ou 4 | 49 (41,2) | 1,08 (0,76 – 1,55) |
| Maior que 5 | 25 (39,1) | 1,03 (0,68 – 1,56) |
| Raça/cor | | 0,091 |
| Não negra | 16 (30,2) | 1,00 |
| Negra | 91 (42,9) | 1,42 (0,96 – 2,20) |
| Escolaridade | | 0,044 |
| Ensino médio/superior (incompleto/completo) | 15 (30,6) | 1,00 |
| Ensino fundamental (incompleto/completo) | 51 (37,5) | 1,23 (0,76 – 2,10) |
| Não estudou | 40 (51,3) | 1,68 (1,04 – 2,70) |
| Contexto de trabalho | | 0,173 |
| Ativo | 35 (35,0) | 1,00 |
| Aposentadoria/benefício | 47 (40,5) | 1,16 (0,82 – 1,65) |
| Nunca trabalhou/inativo | 25 (51,0) | 1,47 (0,99 – 2,14) |
| Benefício do PBF | | 0,055 |
| Não | 72 (36,7) | 1,00 |
| Sim | 34 (50,0) | 1,36 (1,01 – 1,84) |
| Escore de bens | | 0,027 |
| Nível A | 22 (27,5) | 1,00 |
| Nível B | 41 (44,1) | 1,60 (1,05 – 2,46) |
| Nível C | 41 (46,1) | 1,68 (1,10 – 2,55) |
| Limitação de atividade | | 0,006 |
| Sem limitação | 42 (32,8) | 1,00 |
| Alguma limitação | 58 (50,0) | 1,52 (1,13 – 2,07) |
| Restrição à participação social | | 0,001 |
| Sem restrição | 63 (34,8) | 1,00 |
| Alguma restrição | 37 (58,7) | 1,70 (1,27 – 2,25) |
| Qualidade de vida em dermatologia | | < 0,001 |
| Sem efeito | 47 (30,3) | 1,00 |
| Algum efeito | 51 (58,6) | 1,93 (1,44 – 2,60) |
| Episódio reacional | | 0,025 |
| Não | 45 (34,6) | 1,00 |
| Sim | 61 (48,4) | 1,40 (1,04 – 1,88) |
| Incapacidade física | | 0,363 |
| Não | 23 (36,5) | 1,00 |
| Sim | 83 (43,0) | 1,20 (0,82 – 1,70) |

*Prevalência de insegurança alimentar; †Valor de p calculado pelo qui-quadrado de Pearson ou teste exato de Fisher;

‡Razão de prevalências bruta e intervalo de 95% de confiança.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

5.4 Avaliação de potenciais modificadores de efeito

O efeito da variável ser beneficiário do PBF sobre a IA foi maior entre os indivíduos que não apresentaram limitação de atividade, sendo 116,0% maior que aqueles que não eram beneficiários (Tabela 9). A IA foi mais prevalente entre as famílias que residiam em domicílios com paredes externas sem revestimento (59,0%) e com beneficiários do PBF (63,0%), quando o chefe da família não apresentou restrição à participação social (Tabela 10).

Tabela 9 – Fatores associados à prevalência de IA estratificados pela variável “limitação de atividade” (n=276). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015.

| Variáveis | Limitação de atividade | P*(%) | p valor [†] | RP [‡] | IC95% [§] |
|---|------------------------|-----------|----------------------|-----------------|--------------------|
| Paredes externas | | | | | |
| Com revestimento | Sem limitação | 32 (31,0) | 0,435 | 1,00 | – |
| Sem revestimento | | 8 (40,0) | | 1,29 | 0,70 – 2,37 |
| Com revestimento | Alguma limitação | 38 (44,7) | 0,179 | 1,00 | – |
| Sem revestimento | | 15 (60,0) | | 1,34 | 0,90 – 2,00 |
| Escolaridade | | | | | |
| Ensino médio/superior (incompleto/completo) | Sem limitação | 10 (28,6) | 0,784 | 1,00 | – |
| Ensino fundamental (incompleto/completo) | | 24 (35,3) | | 1,24 | 0,67 – 2,29 |
| Não estudou | | 7 (31,8) | | 1,11 | 0,50 – 2,50 |
| Ensino médio/superior (incompleto/completo) | Alguma limitação | 4 (40,0) | 0,503 | 1,00 | – |
| Ensino fundamental (incompleto/completo) | | 27 (45,8) | | 1,14 | 0,51 – 2,58 |
| Não estudou | | 26 (56,5) | | 1,41 | 0,63 – 3,16 |
| Benefício do PBF | | | | | |
| Não | Sem limitação | 22 (24,4) | 0,002 | 1,00 | – |
| Sim | | 19 (52,8) | | 2,16 | 1,34 – 3,48 |
| Não | Alguma limitação | 42 (49,4) | 0,956 | 1,00 | – |
| Sim | | 15 (50,0) | | 1,01 | 0,67 – 1,54 |
| Escore de bens | | | | | |
| Nível A | Sem limitação | 10 (22,7) | 0,223 | 1,00 | – |
| Nível B | | 15 (37,5) | | 1,65 | 0,84 – 3,25 |
| Nível C | | 15 (38,5) | | 1,69 | 0,86 – 3,33 |
| Nível A | Alguma limitação | 11 (45,8) | 0,881 | 1,00 | – |
| Nível B | | 20 (46,5) | | 1,01 | 0,59 – 1,75 |
| Nível C | | 22 (51,2) | | 1,12 | 0,66 – 1,89 |

*Prevalência de insegurança alimentar. †Valor de p calculado pelo qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher.

‡Razão de prevalências bruta. §Intervalo de 95% de confiança.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Tabela 10 – Fatores associados à prevalência de IA estratificados pela variável “restrição à participação social” (n=276). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015.

| Variáveis | Restrição à participação social | P*(%) | p valor [†] | RP [‡] | IC95% [§] |
|---|---------------------------------|-----------|----------------------|-----------------|--------------------|
| Paredes externas | | | | | |
| Com revestimento | Sem restrição | 43 (30,5) | 0,056 | 1,00 | – |
| Sem revestimento | | 15 (48,4) | | 1,59 | 1,02 – 2,47 |
| Com revestimento | Alguma restrição | 27 (54,5) | 0,984 | 1,00 | – |
| Sem revestimento | | 8 (57,1) | | 0,99 | 0,59 – 1,67 |
| Escolaridade | | | | | |
| Ensino médio/superior (incompleto/completo) | Sem restrição | 10 (26,3) | 0,313 | 1,00 | – |
| Ensino fundamental (incompleto/completo) | | 32 (34,0) | | 1,29 | 0,71 – 2,37 |
| Não estudou | | 19 (42,2) | | 1,60 | 0,85 – 3,02 |
| Ensino médio/superior (incompleto/completo) | Alguma restrição | 4 (57,1) | 1,000 | 1,00 | – |
| Ensino fundamental (incompleto/completo) | | 19 (57,6) | | 1,01 | 0,49 – 2,05 |
| Não estudou | | 14 (60,9) | | 1,07 | 0,52 – 2,20 |
| Benefício do PBF | | | | | |
| Não | Sem restrição | 38 (29,5) | 0,019 | 1,00 | – |
| Sim | | 24 (48,0) | | 1,63 | 1,10 – 2,42 |
| Não | Alguma restrição | 26 (56,2) | 0,676 | 1,00 | – |
| Sim | | 10 (62,5) | | 1,11 | 0,70 – 1,75 |
| Escore de bens | | | | | |
| Nível A | Sem restrição | 14 (25,0) | 0,220 | 1,00 | – |
| Nível B | | 22 (36,1) | | 1,44 | 0,82 – 2,54 |
| Nível C | | 22 (40,0) | | 1,60 | 0,91 – 2,80 |
| Nível A | Alguma restrição | 7 (58,3) | 0,967 | 1,00 | – |
| Nível B | | 13 (59,1) | | 1,01 | 0,56 – 1,83 |
| Nível C | | 15 (55,6) | | 0,95 | 0,53 – 1,72 |

*Prevalência de insegurança alimentar. †Valor de p calculado pelo qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher.

‡Razão de prevalências bruta. §Intervalo de 95% de confiança.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Houve maior prevalência de IA entre famílias com beneficiários do PBF (74,0%) e com escore de bens nível C (121,0%), quando o entrevistado não teve a qualidade de vida afetada por algum efeito dermatológico. Por outro lado, quando esta qualidade de vida foi afetada por algum efeito dermatológico, a prevalência de IA foi 51,0% maior entre os entrevistados residentes em domicílios com paredes externas sem revestimento (Tabela 11).

Tabela 11 – Fatores associados à prevalência de IA estratificados pela variável “qualidade de vida em dermatologia” (n=276). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015.

| Variáveis | Qualidade de vida em dermatologia | P*(%) | p valor [†] | RP [‡] | IC95% [§] |
|---|-----------------------------------|-----------|----------------------|-----------------|--------------------|
| Paredes externas | | | | | |
| Com revestimento | Sem efeito | 35 (28,9) | 0,481 | 1,00 | – |
| Sem revestimento | | 10 (35,7) | | 1,23 | 0,70 – 2,19 |
| Com revestimento | Algum efeito | 33 (50,8) | 0,098 | 1,00 | – |
| Sem revestimento | | 13 (76,5) | | 1,51 | 1,05 – 2,16 |
| Escolaridade | | | | | |
| Ensino médio/superior (incompleto/completo) | Sem efeito | 7 (22,6) | 0,392 | 1,00 | – |
| Ensino fundamental (incompleto/completo) | | 24 (29,6) | | 1,31 | 0,63 – 2,74 |
| Não estudou | | 15 (37,5) | | 1,66 | 0,77 – 3,58 |
| Ensino médio/superior (incompleto/completo) | Algum efeito | 7 (50,0) | 0,775 | 1,00 | – |
| Ensino fundamental (incompleto/completo) | | 27 (58,7) | | 1,17 | 0,66 – 2,10 |
| Não estudou | | 16 (61,5) | | 1,23 | 0,67 – 2,26 |
| Benefício do PBF | | | | | |
| Não | Sem efeito | 27 (24,8) | 0,025 | 1,00 | – |
| Sim | | 19 (43,2) | | 1,74 | 1,09 – 2,80 |
| Não | Algum efeito | 36 (56,3) | 0,545 | 1,00 | – |
| Sim | | 14 (63,6) | | 1,13 | 0,77 – 1,66 |
| Escore de bens | | | | | |
| Nível A | Sem efeito | 8 (17,4) | 0,064 | 1,00 | – |
| Nível B | | 17 (33,3) | | 1,92 | 0,91 – 4,02 |
| Nível C | | 20 (38,5) | | 2,21 | 1,08 – 4,54 |
| Nível A | Algum efeito | 11 (52,4) | 0,918 | 1,00 | – |
| Nível B | | 18 (58,1) | | 1,11 | 0,67 – 1,84 |
| Nível C | | 17 (56,7) | | 1,08 | 0,64 – 1,81 |

*Prevalência de insegurança alimentar. [†]Valor de p calculado pelo qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher.

[‡]Razão de prevalências bruta. [§]Intervalo de 95% de confiança.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

IA foi 72,0% e 104,0% mais prevalente, respectivamente, entre as famílias residentes em domicílios com paredes externas sem revestimento e entre as famílias com beneficiários do PBF, quando o entrevistado não havia desenvolvido episódio reacional (Tabela 12). A prevalência de IA foi 93,0% maior entre as pessoas que não tinham estudado e que apresentaram alguma incapacidade física, enquanto que, entre os beneficiários do PBF, essa prevalência foi 112,0% maior entre os que não tiveram incapacidades (Tabela 13).

Tabela 12 – Fatores associados à prevalência de IA estratificados pela variável “episódio reacional” (n=276). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015.

| Variáveis | Episódio reacional | P*(%) | p valor [†] | RP [‡] | IC95% [§] |
|---|--------------------|-----------|----------------------|-----------------|--------------------|
| Paredes externas | | | | | |
| Com revestimento | Não | 32 (32,0) | 0,323 | 1,00 | – |
| Sem revestimento | | 11 (42,3) | | 1,32 | 0,77 – 2,26 |
| Com revestimento | Sim | 42 (42,0) | 0,018 | 1,00 | – |
| Sem revestimento | | 13 (72,2) | | 1,72 | 1,19 – 2,49 |
| Escolaridade | | | | | |
| Ensino médio/superior (incompleto/completo) | Não | 6 (24,0) | 0,184 | 1,00 | – |
| Ensino fundamental (incompleto/completo) | | 20 (31,8) | | 1,32 | 0,60 – 2,91 |
| Não estudou | | 18 (45,0) | | 1,88 | 0,86 – 4,09 |
| Ensino médio/superior (incompleto/completo) | Sim | 9 (39,1) | 0,449 | 1,00 | – |
| Ensino fundamental (incompleto/completo) | | 31 (47,0) | | 1,20 | 0,68 – 2,13 |
| Não estudou | | 19 (55,9) | | 1,43 | 0,79 – 2,58 |
| Benefício do PBF | | | | | |
| Não | Não | 27 (27,6) | 0,003 | 1,00 | – |
| Sim | | 18 (56,3) | | 2,04 | 1,31 – 3,19 |
| Não | Sim | 42 (48,8) | 0,658 | 1,00 | – |
| Sim | | 16 (44,4) | | 0,91 | 0,59 – 1,39 |
| Escore de bens | | | | | |
| Nível A | Não | 9 (23,7) | 0,178 | 1,00 | – |
| Nível B | | 15 (34,1) | | 1,44 | 0,71 – 2,92 |
| Nível C | | 19 (43,2) | | 1,82 | 0,94 – 3,55 |
| Nível A | Sim | 13 (34,2) | 0,177 | 1,00 | – |
| Nível B | | 22 (52,4) | | 1,53 | 0,90 – 2,60 |
| Nível C | | 20 (52,6) | | 1,54 | 0,91 – 2,63 |

*Prevalência de insegurança alimentar. [†]Valor de p calculado pelo qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher.

[‡]Razão de prevalências bruta. [§]Intervalo de 95% de confiança.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Tabela 13 – Fatores associados à prevalência de IA estratificados pela variável “incapacidade física” (n=276). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015.

| Variáveis | Incapacidade física | P*(%) | p valor [†] | RP [‡] | IC95% [§] |
|---|---------------------|-----------|----------------------|-----------------|--------------------|
| Paredes externas | | | | | |
| Com revestimento | Não | 18 (33,3) | 0,438 | 1,00 | – |
| Sem revestimento | | 4 (50,0) | | 1,50 | 0,68 – 3,32 |
| Com revestimento | Sim | 56 (36,4) | 0,061 | 1,00 | – |
| Sem revestimento | | 20 (55,6) | | 1,45 | 1,01 – 2,07 |
| Escolaridade | | | | | |
| Ensino médio/superior (incompleto/completo) | Não | 7 (36,8) | 1,000 | 1,00 | – |
| Ensino fundamental (incompleto/completo) | | 12 (37,5) | | 1,02 | 0,48 – 2,14 |
| Não estudou | | 4 (33,3) | | 0,90 | 0,33 – 2,46 |
| Ensino médio/superior (incompleto/completo) | Sim | 8 (27,6) | 0,056 | 1,00 | – |
| Ensino fundamental (incompleto/completo) | | 39 (40,2) | | 1,46 | 0,77 – 2,76 |
| Não estudou | | 33 (53,2) | | 1,93 | 1,02 – 3,64 |
| Benefício do PBF | | | | | |
| Não | Não | 12 (27,3) | 0,021 | 1,00 | – |
| Sim | | 11 (57,9) | | 2,12 | 1,14 – 3,95 |
| Não | Sim | 57 (40,7) | 0,448 | 1,00 | – |
| Sim | | 23 (46,9) | | 1,15 | 0,80 – 1,65 |
| Escore de bens | | | | | |
| Nível A | Não | 5 (27,7) | 0,141 | 1,00 | – |
| Nível B | | 11 (50,0) | | 2,30 | 0,95 – 5,59 |
| Nível C | | 6 (35,3) | | 1,62 | 0,59 – 4,48 |
| Nível A | Sim | 17 (32,1) | 0,120 | 1,00 | – |
| Nível B | | 26 (40,6) | | 1,27 | 0,77 – 2,07 |
| Nível C | | 33 (50,8) | | 1,58 | 1,00 – 2,51 |

*Prevalência de insegurança alimentar. †Valor de p calculado pelo qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher.

‡Razão de prevalências bruta. §Intervalo de 95% de confiança.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

A avaliação das interações evidenciou que a presença de alguma limitação de atividade teve efeito modificador significativo sobre a prevalência de IA entre as famílias beneficiários do PBF (RP=0,47; IC95%: 0,25-0,88) (Tabela 14). Do mesmo modo, a ocorrência de reações hansênicas teve efeito modificador significativo quando as famílias tinham beneficiários do PBF (RP=0,46; IC95%: 0,24-0,82) (Tabela 14).

As demais interações avaliadas não mostraram significância estatística. Entretanto, a interação entre a presença de alguma restrição à participação social e algum efeito dermatológico sobre a qualidade de vida apresentou p valor de 0,150 (RP=0,65, IC95%: 0,36-1,17), sendo a mesma incluída na análise multivariada.

Tabela 14 – Efeitos de interação das variáveis estratificadas (n=276). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015.

| Variáveis | RP [†] | IC95% [‡] | p valor [§] |
|---|-----------------|--------------------|----------------------|
| Alguma limitação de atividade | | | |
| * Paredes externas sem revestimento | 1,04 | 0,50 – 2,16 | 0,911 |
| * Ensino fundamental (incompleto/completo) | 0,93 | 0,33 – 2,56 | 0,883 |
| * Não estudou | 1,27 | 0,41 – 3,96 | 0,682 |
| * Com benefício do PBF | 0,47 | 0,25 – 0,88 | 0,019 |
| * Escore de bens nível B | 0,62 | 0,26 – 1,46 | 0,272 |
| * Escore de bens nível C | 0,66 | 0,28 – 1,55 | 0,340 |
| Alguma restrição à participação social | | | |
| * Paredes externas sem revestimento | 0,63 | 0,32 – 1,24 | 0,178 |
| * Ensino fundamental (incompleto/completo) | 0,78 | 0,31 – 1,97 | 0,598 |
| * Não estudou | 0,66 | 0,25 – 1,73 | 0,403 |
| * Com benefício do PBF | 0,68 | 0,37 – 1,24 | 0,208 |
| * Escore de bens nível B | 0,70 | 0,31 – 1,59 | 0,397 |
| * Escore de bens nível C | 0,60 | 0,26 – 1,34 | 0,209 |
| Algum efeito dermatológico sobre a qualidade de vida | | | |
| * Paredes externas sem revestimento | 1,22 | 0,62 – 2,39 | 0,563 |
| * Ensino fundamental (incompleto/completo) | 0,90 | 0,35 – 2,28 | 0,815 |
| * Não estudou | 0,74 | 0,28 – 2,00 | 0,548 |
| * Com benefício do PBF | 0,65 | 0,35 – 1,19 | 0,164 |
| * Escore de bens nível B | 0,58 | 0,24 – 1,42 | 0,232 |
| * Escore de bens nível C | 0,50 | 0,20 – 1,18 | 0,113 |
| Desenvolvimento de episódio reacional | | | |
| * Paredes externas sem revestimento | 1,30 | 0,68 – 2,49 | 0,427 |
| * Ensino fundamental (incompleto/completo) | 0,91 | 0,34 – 2,40 | 0,845 |
| * Não estudou | 0,76 | 0,29 – 2,03 | 0,585 |
| * Com benefício do PBF | 0,46 | 0,24 – 0,82 | 0,010 |
| * Escore de bens nível B | 1,06 | 0,44 – 2,57 | 0,891 |
| * Escore de bens nível C | 0,84 | 0,36 – 1,98 | 0,697 |
| Alguma incapacidade física | | | |
| * Paredes externas sem revestimento | 1,00 | 0,41 – 2,30 | 0,937 |
| * Ensino fundamental (incompleto/completo) | 1,43 | 0,54 – 3,80 | 0,472 |
| * Não estudou | 2,13 | 0,65 – 6,95 | 0,209 |
| * Com benefício do PBF | 0,54 | 0,27 – 1,11 | 0,094 |
| * Escore de bens nível B | 0,55 | 0,20 – 1,51 | 0,247 |
| * Escore de bens nível C | 0,97 | 0,32 – 2,96 | 0,964 |

*Interação entre as variáveis. [†]Razão de prevalências bruta. [‡]Intervalo de 95% de confiança. [§]Valor de p calculado pelo qui-quadrado de Pearson ou exato de Fisher.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

5.5 Fatores independentemente associados à insegurança alimentar

Após análise ajustada por regressão, os seguintes fatores mostraram-se independentemente associados à ocorrência de IA nos domicílios investigados: algum efeito

dermatológico sobre a qualidade de vida (RP=1,63; IC95%: 1,19-2,22), alguma restrição à participação social (RP=1,52; IC95%: 1,11-2,06), benefício pelo PBF (RP=1,40; IC95%: 1,02-2,03), paredes externas do domicílio sem revestimento (RP=1,38; IC95%: 1,01-1,91) e o desenvolvimento de episódio reacional (RP=1,36; IC95%: 0,99-1,83) (Tabela 15).

Tabela 15 – Fatores associados à ocorrência de IA, segundo modelo final de regressão de Poisson (n=276). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015.

| Variáveis | RP ajustada* | IC95%† | p valor‡ |
|-----------------------------------|--------------|-------------|----------|
| Paredes externas | | | <0,050 |
| Com revestimento | 1,00 | – | |
| Sem revestimento | 1,38 | 1,01 – 1,91 | |
| Benefício do PBF | | | 0,040 |
| Não | 1,00 | – | |
| Sim | 1,40 | 1,02 – 2,03 | |
| Restrição à participação social | | | 0,013 |
| Sem restrição | 1,00 | – | |
| Alguma restrição | 1,52 | 1,11 – 2,06 | |
| Qualidade de vida em dermatologia | | | 0,003 |
| Sem efeito | 1,00 | – | |
| Algum efeito | 1,63 | 1,19 – 2,22 | |
| Episódio reacional | | | 0,059 |
| Não | 1,00 | – | |
| Sim | 1,36 | 0,99 – 1,83 | |

*Razão de prevalências ajustada. †Intervalo de 95% de confiança. ‡Valor de p calculado pelo qui-quadrado.
Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

A análise ajustada por regressão, incluindo as interações, mostrou associação entre a prevalência de IA e fatores como: ter benefício do PBF (RP=3,09; IC95%: 1,80-5,40), desenvolvimento de episódio reacional (RP=1,73; IC95%: 1,20-2,60), algum efeito dermatológico sobre a qualidade de vida (RP=1,54; IC95%: 1,13-2,10), alguma restrição à participação social (RP=1,50; IC95%: 1,05-2,14), alguma limitação de atividade (RP=1,50; IC95%: 0,95-2,34) e residir em domicílios com paredes externas sem revestimento (RP=1,38; IC95%: 1,01-1,91) (Tabela 16).

Permaneceram também associadas à ocorrência de IA as interações entre alguma limitação de atividade e benefício do PBF (RP=0,43; IC95%: 0,23-0,82), e desenvolvimento de episódio reacional e benefício do PBF (RP=0,51; IC95%: 0,27-0,96) (Tabela 16).

Considerando os determinantes e interações encontrados após análises, foi organizado um modelo teórico conceitual para compreensão da ocorrência da IA nesta população, a partir dos aspectos socioeconômicos, psicossociais e clínicos associados (Figura 6).

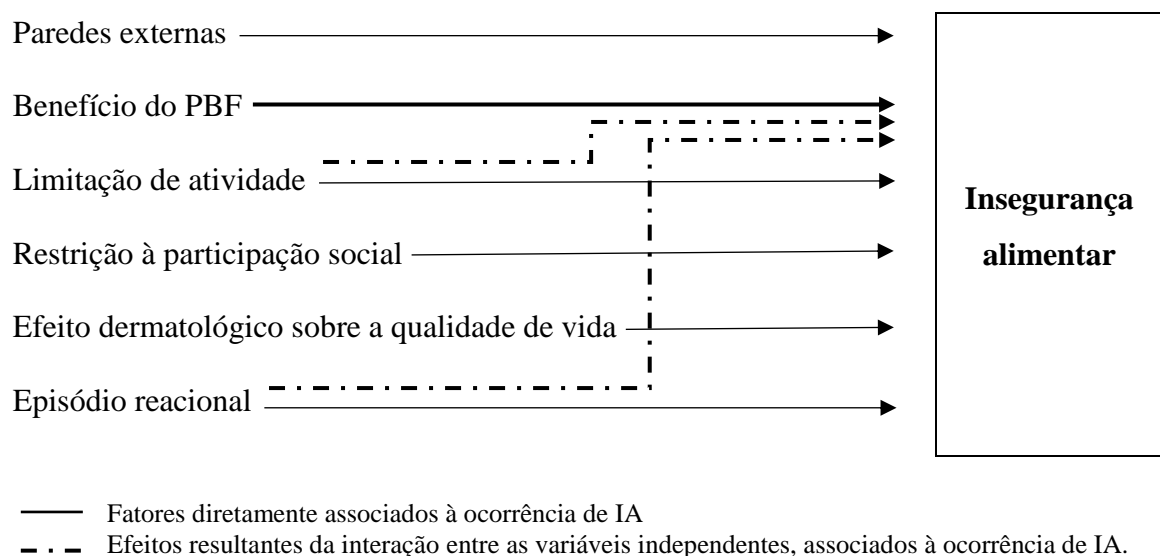
Tabela 16 – Fatores associados à ocorrência de IA, segundo modelo final de regressão de Poisson com interações (n=276). IntegraHans – N/NE, Bahia, 2015.

| Variáveis | RP ajustada* | IC95% [†] | p valor [‡] |
|--|--------------|--------------------|----------------------|
| Paredes externas | | | 0,050 |
| Com revestimento | 1,00 | – | |
| Sem revestimento | 1,38 | 1,01 – 1,91 | |
| Benefício do PBF | | | < 0,001 |
| Não | 1,00 | – | |
| Sim | 3,09 | 1,80 – 5,40 | |
| Limitação de atividade | | | 0,082 |
| Não | 1,00 | – | |
| Sim | 1,50 | 0,95 – 2,34 | |
| Restrição à participação social | | | 0,027 |
| Sem restrição | 1,00 | – | |
| Alguma restrição | 1,50 | 1,05 – 2,14 | |
| Qualidade de vida em dermatologia | | | 0,006 |
| Sem efeito | 1,00 | – | |
| Algum efeito | 1,54 | 1,13 – 2,10 | |
| Episódio reacional | | | 0,008 |
| Não | 1,00 | – | |
| Sim | 1,73 | 1,20 – 2,60 | |
| Alguma limitação de atividade*Com benefício do PBF | 0,43 | 0,23 – 0,82 | 0,011 |
| Algum episódio reacional*Com benefício do PBF | 0,51 | 0,27 – 0,96 | 0,036 |

*Interação entre as variáveis. [†]Razão de prevalências ajustada. [‡]Intervalo de 95% de confiança. [§]Valor de p calculado pelo qui-quadrado.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

Figura 6 – Modelo teórico conceitual para compreensão da ocorrência de IA em pessoas acometidas por hanseníase. IntegraHans, Bahia, 2015.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2016.

6 DISCUSSÃO

6.1 Insegurança alimentar, estado nutricional e hábitos alimentares

O presente estudo demonstrou prevalência significativa de IA e de sobrepeso/obesidade, além de consumo pouco satisfatório de alimentação saudável em pessoas acometidas pela hanseníase nos municípios de estudo. Este resultado aponta um cenário de vulnerabilidade nutricional que pode ter sido impactado pelas consequências clínicas e psicossociais decorrentes da ocorrência da doença, progressão e dificuldades de tratamento no contexto do estado da Bahia.

As prevalências de IA encontradas foram superiores à da população brasileira (22,6%), assim como para os seus diferentes níveis. Considerando que, no Brasil, as maiores prevalências de IA são encontradas nas regiões Norte e Nordeste, os achados para o município de Vitória da Conquista tiveram valores aproximados aos dados da região Nordeste (38,1%) e aos do estado da Bahia (37,8%) (IBGE, 2014). A IA entre as pessoas do município de Tremedal foi elevada, conforme verificado em outros estudos. No estudo de Saboia e Santos (2015), com famílias de uma zona periférica do município de Teresina-Piauí, 65,0% dos domicílios apresentaram IA. Pérez-Zepeda *et al.* (2016), avaliando comunidades de idosos pela Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição do México, verificaram que 73,7% das famílias viviam com IA. No estudo de Pardilla *et al.* (2013) 76,7% dos indígenas da Nação Navajo, nos Estados Unidos da América, tiveram situação de IA.

Sabe-se que a IA é caracterizada por uma amplitude de possibilidades. A IA leve refere-se à preocupação da disponibilidade quantitativa de alimentos em futuro próximo e qualidade nutricional. A IA moderada é percebida diante da redução quantitativa de alimentos aos adultos da família. Enquanto que a IA grave, caracteriza-se pela restrição quantitativa de alimentos às crianças e adultos, podendo ocorrer a sensação de fome entre os membros familiares (IBGE, 2014).

Ambos os municípios tiveram as prevalências de IA leve maiores que a do Brasil (14,8%), da região Nordeste (23,6%) e da Bahia (21,8%). Quando avaliadas as frequências de IA moderada e grave dos 2 municípios, observou-se que estas foram superiores às do Brasil, 4,6% e 3,2%, respectivamente. O município de Tremedal teve prevalências de IA moderada e grave também maiores do que as da região Nordeste (8,9% e 5,6%) e da Bahia (9,4% e 6,6%) (IBGE, 2014).

Estudos com outras populações vulneráveis apresentaram resultados semelhantes, como Fachinni *et al.* (2014), que evidenciaram que as prevalências de IA leve (31,3%), moderada (13,4%) e grave (9,5%) do Nordeste foram significativamente maiores que as respectivas prevalências (19,8%, 4,7% e 2,8%) da região Sul. Rosa *et al.* (2012), avaliando famílias chefiadas por idosos, evidenciaram que a IA foi mais prevalente nas regiões Norte e Nordeste do país, onde os níveis de IA moderada ou grave foram percebidos em mais de 1/4 dos domicílios. O estudo de Anschau, Matsuo e Segall-Corrêa (2012), com famílias beneficiárias de Programas de Transferência de Renda no município de Toledo, Paraná, apontou que 44,9% destas sofreram com IA leve, 23,8% com IA moderada e 5,9% com IA grave.

No presente estudo, as pessoas acometidas pela hanseníase apresentaram condições econômicas e sociais desfavoráveis. Vitória da Conquista apresentou um dos PIB que mais cresceram na região Sudoeste da Bahia e, no último censo, teve padrão médio do IDHM (0,678) (SEI, 2015). Apesar disso, a população estudada teve distribuição homogênea entres os tercís de escore de bens, o que demonstra que uma parcela importante dessas pessoas ainda sobrevivia em precárias condições. Por outro lado, Tremedal é um município de pequeno porte e teve IDHM de 0,528, considerado de baixo desenvolvimento, e está elencado entre os de maior vulnerabilidade fiscal, devido à sua baixa capacidade de receitas próprias. Depende da vinculação a programas sociais do governo federal, sobretudo para investimentos nos setores de educação, saúde, saneamento básico e infraestrutura (SEI, 2015). Nesse município, quase todas as famílias eram da zona rural, com condições de moradia mais precárias, o que acrescenta maior vulnerabilidade à ocorrência de IA, quando comparadas às populações urbanas (MONDINI *et al.*, 2011; HOFFMANN, 2013).

A avaliação do estado nutricional evidenciou alta prevalência de sobrepeso/obesidade, típica do processo de transição nutricional, principalmente entre as pessoas de Vitória da Conquista. Apesar disso, não foram encontradas diferenças significantes entre os municípios. Segundo a última Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) realizada no Brasil, a prevalência de sobrepeso/obesidade foi percebida em 63,8% da população (IGBE, 2010). Resultado semelhante ao deste estudo foi evidenciado por Bruschi, Labrêa e Eidt (2011), com indivíduos curados e em tratamento da hanseníase de um ambulatório de dermatologia de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em que 71,8% destes foram diagnosticados com sobrepeso/obesidade.

A transição nutricional, ocorrida no Brasil nas últimas décadas, é um processo caracterizado por modificações na dieta e na composição corporal da população. A piora do perfil de saúde dos brasileiros, com maiores prevalências de sobrepeso/obesidade, repercutiu no aumento das taxas de morbimortalidade. O padrão alimentar tradicional, baseado em um

maior consumo de grãos e cereais, foi aos poucos sendo substituído por alimentos de baixa qualidade nutricional, pobres em fibras, ricos em gorduras e açúcares, bem como por alimentos processados e ultraprocessados (TARDIDO; FALCÃO, 2006). Embora não haja recomendações nutricionais específicas para a ocorrência de hanseníase, a boa alimentação é considerada fundamental à melhoria do estado nutricional em qualquer condição de saúde. No caso de pessoas que tiveram hanseníase, uma alimentação adequada, configura-se como um fator de proteção a partir da melhora da imunidade e da qualidade de vida dessas pessoas, minimizando por exemplo a ocorrência de recidivas e reações, já que estas podem ser desencadeadas ao longo da vida, mesmo no caso de cura após alta da poliquimioterapia (SILVA; MIYAZAKI, 2012).

O QFA evidenciou alta prevalência do consumo excessivo de sal, sobretudo entre as pessoas do município de Tremedal, que tiveram consumo superior ao encontrado na população brasileira (14,2%). Os valores do consumo regular de gorduras de carne vermelha e frango, de ambos os municípios, foram superiores aos encontrados na população brasileira (37,2%) e entre as pessoas da região Nordeste (29,7%). A ingestão regular de refrigerante dos dois municípios esteve abaixo da encontrada na população brasileira (23,4%) e entre a população do Nordeste (16,8%). Apenas em Vitória da Conquista, o consumo regular de guloseimas foi superior aos resultados da PNS de 2013 para a população do Brasil (21,7%) (IBGE, 2014b).

Um estudo sobre os fatores comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares (DCV), no Sul do Brasil, demonstrou que o hábito de consumir regularmente sal em excesso e a presença de marcadores de alimentação não saudável, foram fatores associados à predisposição e desenvolvimento de DCV (MUNIZ *et al.*, 2012). Mann (2002), em um estudo do risco da dieta para DCV em pessoas com diabetes melito tipo 2, demonstraram que o consumo regular de gorduras de origem animal, a alta ingestão de gorduras saturadas e de alimentos fontes de colesterol estiveram associados ao aumento do risco de doença coronariana e de outras DCV. Os resultados do presente estudo apontam que o comportamento e hábitos alimentares encontrados nos 2 municípios podem ser considerados fatores de risco adicionais para estas populações. Desse modo, podem contribuir nocivamente à má alimentação e, conseqüentemente, à ocorrência de DCV.

Por outro lado, o feijão foi o alimento marcador de uma alimentação saudável mais consumido regularmente entre as populações estudadas, superior ao resultado da população brasileira (71,9%) (IBGE, 2014b). O estudo de Montenegro *et al.* (2010) evidenciou consumo de feijão semelhante ao encontrado nesse estudo (81,8%) em pacientes com hanseníase tratados em uma Unidade de Saúde de Vitória, Espírito Santo. O feijão é uma leguminosa de alto valor

nutritivo, rica em proteínas, ferro, ácido fólico e outros essenciais, e torna-se um importante substituto alimentar, quando não há consumo regular de proteínas animais (BRASIL, 2014a). Culturalmente, o consumo desse alimento é rotineiro para estas populações, e, talvez por isso, o consumo regular tenha se mostrado elevado.

As populações dos municípios não alcançaram o valor de ingestão de frutas e hortaliças recomendado pela OMS, referente a ingestão diária de pelo menos 5 porções da soma desses alimentos. Em pesquisa nacional, o percentual de pessoas que consumiam 5 porções diárias de frutas e hortaliças foi de 37,3% no Brasil e 28,2% na Região Nordeste (IBGE, 2014b). Todavia, a avaliação independente do consumo regular de frutas e consumo regular de hortaliças, bem como dos tipos de hortaliças (cruas e cozidas), demonstrou que houve diferença significativa entre os municípios. As pessoas residentes em Tremedal tiveram consumo menos regular quando comparado às residentes em Vitória da Conquista, dadas as baixas proporções de ingestão destes alimentos. Montenegro *et al.* (2010) demonstraram que o consumo de frutas foi de apenas 41,1% e o de hortaliças de 57,0% entre pessoas acometidas pela hanseníase.

Tardido e Falcão (2006) mostraram que o consumo regular de frutas e hortaliças esteve diretamente associado ao alto custo da dieta, uma vez que, estes alimentos possuem maior custo quando comparados aos demais. Famílias mais vulneráveis, social e economicamente, podem ter menor acesso a estes grupos alimentares e, conseqüentemente, ter maior utilização de alimentos densamente calóricos.

Em um estudo caso-controle com pessoas acometidas por hanseníase, residentes em área endêmica de Bangladesh, foi verificada associação entre condições de baixa ingestão energética total, menor variedade e ausência de estoques de alimentos nos domicílios e hanseníase, sugerindo maior chance de desenvolvimento da doença (WAGENAAR *et al.*, 2015). Ressalta-se que uma alimentação adequada, quanti e qualitativamente, tem caráter fundamental no desenvolvimento do sistema imunológico e, por isso, deficiências de nutrientes podem ter efeito negativo sobre a resposta imune do organismo, favorecendo a ocorrência da doença, a duração do processo infeccioso, recidivas e reações hansênicas.

Devido à maior vulnerabilidade dessas pessoas, o consumo de alimentos saudáveis pode ter sido comprometido. Entre as populações dos municípios estudados cerca de metade apresentou alguma limitação de atividade e, aproximadamente, 1/3 destes apresentaram restrição à participação social. Tendo em vista o caráter incapacitante da doença, a realização de atividades de vida diária e a participação social das pessoas em estudo são aspectos que podem ter afetado as condições de trabalho, a geração de renda e de outros meios de aquisição de alimentos.

Ayres *et al.* (2012) avaliaram as repercussões da hanseníase no cotidiano de pacientes de uma Unidade Básica de Botucatu, São Paulo, e observaram que estas pessoas sofreram prejuízos em sua capacidade de trabalho e, conseqüentemente, restrição no auto sustento e no sustento da família. Monteiro *et al.* (2014b) evidenciaram que em um município hiperendêmico da Região Norte do Brasil, a limitação funcional foi um dos fatores que teve grande impacto sobre a realização de atividades e restrição à participação social das pessoas em alta da hanseníase, incidindo sobre as condições de saúde dessas pessoas. Observou-se neste estudo proporção relevante de pessoas aposentadas e/ou que recebiam algum tipo de benefício. Todavia, outras variáveis indicaram que estas populações ainda viviam em condições de vulnerabilidade social e econômica.

As pessoas afetadas pela hanseníase contam também com o Programa Nacional de Controle da Hanseníase, que tem por objetivo: fortalecer as ações de vigilância epidemiológica e orientar sobre a promoção da saúde, em todas as instâncias do SUS, com ênfase às pessoas com doença ativa (BRASIL, 2010c). No entanto, as populações desse estudo apresentam características específicas, que por si só corroboraram a sua vulnerabilidade programática e individual. O município de Tremedal faz parte do Núcleo Regional de Saúde Sudoeste, assistido por Vitória da Conquista. Até o ano de 2009, os serviços de atenção à hanseníase atuavam de forma centralizada, dificultando o diagnóstico oportuno e abrindo lacunas à assistência integral em ambos os municípios.

Ressalta-se o papel central da rede de atenção básica no controle da hanseníase, incluindo, necessariamente, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ainda que o cuidado integral fosse efetivo, não estava previsto a esta população serviços como a assistência nutricional, uma vez que, a equipe multiprofissional de atendimento não dispunha do profissional de nutrição. A lei de segurança alimentar prevê a promoção da saúde, da nutrição e da alimentação da população, especialmente aos grupos populacionais específicos e às populações em situação de vulnerabilidade social (BRASIL, 2006). Apesar disso, os aspectos nutricionais dessas populações não fazem parte do protocolo de atenção na hanseníase. Tal evidência revela a possibilidade de iniquidades como a IA, os maus hábitos alimentares e o inadequado estado nutricional.

6.2 Fatores associados à insegurança alimentar

A IA mostrou-se associada, principalmente, às conseqüências psicossociais e clínicas da doença, bem como às condições precárias de moradia e condições econômicas desfavoráveis.

Contudo, a presença de alguma limitação de atividade e o desenvolvimento de episódio reacional tiveram possível efeito protetor sobre a ocorrência de IA. Mesmo não havendo, até o momento, estudos que avaliem a IA nesse grupo negligenciado, esse resultado evidencia que a situação de vulnerabilidade clínica e social destas pessoas, desencadeia riscos e prejuízos à saúde, provocando dificuldade de acesso a uma alimentação adequada.

Ressalva-se que as transformações sociais e econômicas, ocorridas no Brasil nas últimas décadas, incidiram sobre a condição alimentar e nutricional da população. Todavia, essas mudanças não significaram as respectivas melhorias esperadas em todas as regiões do país, sendo as regiões Norte e Nordeste as menos beneficiadas (SISAN, 2014). Como já mencionado, os municípios de Vitória da Conquista e Tremedal possuem parcela importante da população com distribuição homogênea entre os tercís de escore de bens, evidenciando padrões socioeconômicos desiguais.

Assim como em outros estudos, as famílias residentes em domicílios com paredes externas sem revestimento e com beneficiários do PBF tiveram, respectivamente, 40,0% e 208,0% mais prevalência de IA. As características socioeconômicas precárias são indicadores diretos de IA, haja vista que famílias com pouco ou nenhum acesso à renda, bens e serviços estão mais vulneráveis à ocorrência e às repercussões da IA, a exemplo das deficiências nutricionais e do baixo desenvolvimento psicomotor em crianças (SALLES-COSTA *et al.*, 2008).

O PBF atua com o manejo de renda condicionada às populações menos favorecidas e tem como objetivo combater a fome; a pobreza e outras formas de restrição; promover o acesso à rede de serviços públicos, sobretudo, à saúde, educação, segurança alimentar e assistência social; e criar possibilidades de emancipação às famílias e territórios (BRASIL, 2010a). Cabral *et al.* (2014) avaliaram a participação do PBF e a SA em uma coorte, entre os anos de 2005 e 2011, em municípios do interior da Paraíba, e apontaram que o programa favoreceu o incremento da renda e determinação de SA. Souza *et al.* (2012) também demonstraram que em famílias beneficiárias do PBF do município de Viçosa, Minas Gerais, a IA esteve associada ao perfil socioeconômico da população estudada, principalmente com o número de moradores por domicílio.

A respeito das condições precárias de moradia, Carvalho, Alberto e Pereira (2014), em um estudo com povos de terreiros de Teresina, Piauí, encontraram prevalência de IA leve (35,6%) e IA moderada (45,6%) em domicílios de alvenaria inacabada e IA grave (57,1%), nos domicílios em que o tipo de moradia era de taipa. Sabóia e Santos (2015), em estudo de domicílios cobertos pela ESF de Teresina, Piauí, também evidenciaram que famílias de residências com alvenaria inacabada e precária apresentaram chance de IA moderada e grave

3,5 vezes maior e chance de IA leve 2,9 vezes maior, frente àquelas que viviam em moradia de alvenaria acabada.

As populações residentes em áreas como o semiárido, são frequentemente assoladas por más condições de vida e saúde. Além disso, pessoas acometidas por hanseníase, apresentam características que por si só corroboram a sua vulnerabilidade. Os impactos físicos e psicossociais sofridos, comumente provocados pelo diagnóstico tardio da doença e pelos episódios reacionais, configuraram a maior possibilidade de IA.

Neste estudo, a prevalência de IA foi 50,0% maior entre as pessoas que apresentaram alguma limitação de atividade. Do mesmo modo, foi 50,0% maior entre os indivíduos com alguma restrição à participação social e 54,0% mais prevalente entre as pessoas que tiveram a qualidade de vida afetada por algum efeito dermatológico. Ayres *et al.* (2012) discutiram que repercussões da hanseníase, a exemplo da restrição do convívio social, têm como premissa a desinformação, o estigma e os preconceitos. O estigma é tido como uma das principais consequências da doença, favorecendo o afastamento e discriminação das famílias e da sociedade.

Pinheiro *et al.* (2016), em estudo de revisão integrativa, evidenciaram que a maior prevalência de hanseníase incide sobre as pessoas mais pobres, de faixa etária economicamente ativa. Segundo esses autores, umas das principais consequências enfrentadas pela pessoa com hanseníase, foi a dificuldade para encontrar trabalho, sobretudo, àquelas pessoas que foram classificadas como tendo algum grau de restrição à participação social.

Um estudo com beneficiários do PBF moradores de favelas em Alagoas, mostrou que 91,2% das famílias apresentaram algum nível de IA. Dentre estes, as pessoas que não trabalhavam tiveram 3,54 mais chances de ocorrência de IA (CABRAL *et al.*, 2013). Nos municípios em estudo, observou-se que a maior parte das famílias apresentaram características como a presença de moradores menores de 18 anos, pessoas de baixa escolaridade, de raça/cor negra, com renda proveniente de aposentadoria/benefício e escore de bens de nível C. Sugere-se que os impactos da hanseníase, somados a estes fatores de vulnerabilidade socioeconômica, refletiram na sustentabilidade econômica familiar, dificultando entre outros, o acesso a uma alimentação adequada.

O desenvolvimento de episódio reacional também foi um dos fatores que permaneceram do modelo explicativo à ocorrência de IA. A prevalência de IA foi 73,0% maior entre as pessoas que tiveram reações hansênicas. Os episódios reacionais são consequência da recidiva e/ou gravidade da doença e podem provocar incapacidades neurais e motoras, devido à sua cronicidade. Além de todos os danos funcionais, as reações provocam consequências como as

alterações da cor da pele e edema que, por conseguinte, acarretam danos psicossociais aos indivíduos afetados (COSTA *et al.*, 2012).

Reis, Gomes e da Cunha (2013) observaram que 91,7% dos pacientes, submetidos a tratamento cirúrgico para reação tipo neurite no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, do Rio de Janeiro, apresentaram algum grau de limitação de atividade, principalmente aqueles com alguma incapacidade física. A avaliação da qualidade de vida desses pacientes demonstrou que o domínio mais afetado foi o físico, seguido pelos domínios meio ambiente, psicológico e relações sociais. Assim como em outros contextos, as pessoas desse estudo tiveram áreas da vida afetadas, no que diz respeito ao acesso a trabalho e renda, incidindo conseqüentemente sob o acesso à alimentação adequada quanti e qualitativamente.

A presença de alguma limitação de atividade e o desenvolvimento de episódio reacional tiveram efeito modificador sobre a ocorrência de IA, entre pessoas beneficiárias do PBF, comportando-se como fator de proteção sobre esta. Sugere-se que as pessoas mais vulneráveis do ponto de vista psicossocial, clínico e socioeconômico, provavelmente, tenham a possibilidade de acúmulo de benefícios do PTCR e de prestação continuada da hanseníase, o que proporcionaria melhores condições financeiras de acesso aos alimentos.

Dentro da perspectiva de atenção à hanseníase, no Brasil, a legislação prevê pensão de caráter indenizatório às pessoas que sofreram com isolamento e internação compulsórios em hospitais-colônias, até 31 de dezembro de 1986 (BRASIL, 2007). Do mesmo modo, é concedido benefício de prestação continuada às pessoas diagnosticadas ou para as que sofreram desta moléstia, como forma de complementação à renda. As pessoas contempladas com o benefício, devem possuir renda familiar *per capita* inferior a 1/4 do salário mínimo e ter deficiência funcional moderada a completa, com limitação de atividade e restrição à participação social (BRASIL, 2011). Apesar de nesse estudo não terem sido coletados dados referentes ao acesso à pensão e/ou benefício de prestação continuada voltados à hanseníase, observou-se uma proporção relevante de pessoas aposentadas e/ou que recebiam algum benefício.

Sabe-se, que domicílios beneficiados com o PBF apresentaram renda média *per capita* 2 vezes menor, quando comparados aos sem benefício, o que justifica a maior probabilidade de IA, principalmente em seus níveis moderado e grave. Esta evidência corrobora a necessidade da revisão dos valores atualmente repassados, com vistas sobretudo à redução expressiva da IA entre as famílias beneficiadas (FACHINNI *et al.*, 2014). Entre as populações estudadas, observa-se que o provável incremento de valores recebidos em forma de benefício, poderiam ter maximizado as contribuições na redução da IA estimada.

Neste sentido, o aprimoramento dos serviços de atenção primária e secundária, com vistas à assistência aos usuários com danos neurais, sociais e com episódios reacionais, mostra-se como uma importante iniciativa de promoção à saúde. Devem ser tidas como recomendações, as ações de educação em saúde, voltadas à detecção precoce de sinais e sintomas neurológicos, sobretudo em áreas de maior risco de adoecimento (ALENCAR, 2012). A evidência e o monitoramento das condições de IA vividas por essas pessoas, podem fornecer indicadores adicionais relacionados aos aspectos de negligenciamento da doença.

Ainda que a hanseníase tenha como causa um agente biológico, sua avaliação remete às condições de vida da população, transpondo a perspectiva dos hábitos e escolhas individuais (LOPES; RANGEL, 2014). Os estudos envolvendo os DSS permitem a reflexão a respeito da equidade e da integralidade em saúde, ressaltando a importância da relação saúde/doença às iniquidades sociais e às potenciais ações públicas (PAIM, 2011).

As variáveis escolaridade do(a) chefe da família e escore de bens do domicílio mostraram significância na primeira análise, mas não permaneceram no modelo final. Este resultado difere dos resultados encontrados por Anshau, Matsuo e Segall-Corrêa (2012), com beneficiários do PBF, em que quanto maior a escolaridade mais distante o domicílio esteve da IA, em qualquer de suas categorias ($p=0,018$). Guerra *et al.* (2013), em estudo com adolescentes na Amazônia legal brasileira, evidenciaram que a prevalência de IA foi 186,0% e 113,0% maior entre os domicílios em que o chefe de família tinha, respectivamente, 5 a 8 anos e 4 ou menos anos de estudo.

A escolaridade é tida como um fator importante à ocorrência de IA, sobretudo o nível de escolaridade da mãe, que é a figura da família que mais interfere na utilização da renda e dos serviços públicos. Quanto maior o nível de escolaridade, menor a proporção de IA moderada ou grave, em que ocorrem redução da quantidade de ingestão de alimentos ou falta de recursos para adquirir alimentos (SALLES-COSTA *et al.*, 2008; IBGE, 2010).

Além da baixa escolaridade, as pessoas mais vulneráveis, em geral, também padecem com pouca qualificação profissional, dificuldades de inserção no mercado de trabalho e, conseqüentemente, a insuficiência de renda, que resultam na condição de insegurança alimentar e nutricional (ARAÚJO-JORGE *et al.*, 2014).

Peixoto *et al.* (2014), em estudo com famílias residentes em uma área de abrangência do NASF, em Itumbiara, Goiás, mostraram que a prevalência de IA foi 60,0% e 110,0% maior entre as que pertenciam às classes C e D/E, respectivamente. Do mesmo modo, Cabral *et al.* (2013) evidenciaram que entre beneficiários do PBF de Maceió, Alagoas, a prevalência de IA foi 181,0% maior entre as pessoas que não trabalhavam no momento, pertencentes às classes

econômicas D e E.

Ressalta-se que a promoção da saúde está condicionada, necessariamente, as mudanças das condições socioeconômicas, culturais, ambientais gerais e na forma de organização da sociedade (CZERESNIA, 2003). Para o enfrentamento da hanseníase nos próximos anos, a Estratégia Global para a Hanseníase (2016-2020) engloba também objetivos relacionados aos aspectos socioeconômicos, abordando questões como o empoderamento das pessoas afetadas, a valorização da participação ativa, o desenvolvimento de iniciativas de reabilitação baseada na comunidade e a promoção do acesso a serviços de apoio financeiro (WHO, 2016c).

O reconhecimento dessas e de outras situações de vulnerabilidade, são consideradas essenciais para o planejamento da assistência à estas pessoas. Compreende-se que a falta de assistência integral, com vistas à assistência nutricional, pode ter prejudicado a autonomia e à garantia dos direitos destas pessoas acometidas por hanseníase, como o acesso a uma alimentação saudável e em quantidade suficiente. Nesta perspectiva, a promoção dos objetivos propostos pela estratégia pode apoiar e contribuir diretamente para a melhoria das condições financeiras e de vida destas pessoas, possibilitando melhores condições de moradia e alimentação, reduzindo a vulnerabilidade alimentar.

6.3 Limitações do estudo

Este estudo apresenta algumas limitações, inerentes ao seu processo de desenvolvimento. A composição da população pode ter sido prejudicada por situações como a falta de consistência dos dados secundários encontradas no SINAN. Em virtude da possibilidade de imprecisão na base de dados de notificação compulsória, pode ter ocorrido viés de seleção. A extensão territorial dos municípios, sobretudo da zona rural, gerou dificuldades no trabalho de campo. Para minimizar as perdas da população, a equipe foi direcionada à uma segunda abordagem ao caso, sendo realizadas até três tentativas diretas e/ou por contato telefônico. Ademais, mediante dificuldade de locomoção do caso, o atendimento foi realizado por meio de visitas domiciliares. Apesar destas limitações potenciais, ressalta-se a representatividade da população de estudo nestes municípios e a abordagem integrada de múltiplas dimensões que qualificaram a tradução mais consistente da vulnerabilidade nutricional.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os municípios apresentaram significativa prevalência de IA, associada a um estado nutricional e hábito alimentar inadequados. Os padrões diferenciados observados refletem o contexto social e econômico, em especial o cenário urbano/rural, refletindo diferentes graus de desenvolvimento social e humano. Sugere-se que impactos físicos, sociais e psicológicos associados à hanseníase ao longo do tempo, possam afetar as condições de vida e de saúde, favorecendo a vulnerabilidade alimentar do domicílio no contexto familiar e o ciclo vicioso da pobreza.

A teia de inter-relações entre a IA e a hanseníase mostrou-se diferente de outras populações e, portanto, são necessários estudos longitudinais futuros, como estratégia de monitoramento dessa população ao longo do tempo, para observar mudanças na prevalência de IA perante as intervenções.

Recomenda-se a transversalidade da assistência nutricional às políticas públicas, como forma de cuidado à pessoa com hanseníase, uma vez que a IA, os maus hábitos alimentares e comprometimento do estado nutricional reforçam a indicação de pior condição de saúde. Espera-se contribuir à promoção da atenção de saúde universal, integral e igualitária, incluindo necessariamente as pessoas menos favorecidas do município de Tremedal. Para isso, é necessária uma parceria com a Atenção Primária à Saúde, bem como, a atuação dos profissionais de nutrição do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no cuidado às pessoas acometidas pela doença.

8 REFERÊNCIAS

- ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil**, 2014. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 14 jan. 2016.
- ABRANDH. Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos. **Direito Humano à Alimentação Adequada no Contexto da Segurança Alimentar e Nutricional** - Módulo 1. Brasília, DF: ABRANDH, 2010; 204 p. Disponível em: <http://www.actuar-acd.org/uploads/5/6/8/7/5687387/dhaa_no_contexto_da_san.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2016.
- ALBUQUERQUE, M. F. M. A segurança alimentar e nutricional e o uso da abordagem de direitos humanos no desenho das políticas públicas para combater a fome e a pobreza. **Revista de Nutrição**. v. 22, n. 6, p. 895-903, 2009.
- DE ALENCAR, C. H. M.; RAMOS JR.; A.N.; DE SENA NETO, S. A.; MURTO, C.; DE ALENCAR, M. DE J.; BARBOSA, J. C.; HEUKELBACH, J. Diagnóstico da hanseníase fora do município de residência: uma abordagem espacial, 2001 a 2009. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1685-1698, 2012.
- ALENCAR, M. de J. F. **Reações hansênicas em pós alta de poliquimioterapia: fatores associados e visão dos usuários numa área endêmica do Brasil**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária, Doutorado em Ampla Associação em Saúde Coletiva, Fortaleza, CE, 2012.
- ALENCAR, O. M.; PEREIRA, T. M. **Ações de Controle da hanseníase para agentes comunitários de saúde: guia do participante**. Fortaleza, CE: Imprensa Universitária, 2013; 146 p.
- ANDRADE, A. R. C.; NERY, J. A. C. Episódios reacionais da hanseníase. In: ALVES, E. D. (Org); FERREIRA, T. L. (Org); FERREIRA, I. N. (Org). **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília, DF: NESPROM, 2014; 492 p.
- ANSHAU, F. R.; MATSUO, T.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Insegurança alimentar entre beneficiários de programas de transferência de renda. **Revista de Nutrição**, v. 25, n. 2, p. 177-189, mar./abr. 2012.
- ARAÚJO-JORGE, T.; MATRACA, M.; MORAES NETO, A.; TRAJANO, V.; D'ANDREA, P.; FONSECA, A. **Doenças negligenciadas, erradicação da pobreza e o plano Brasil sem miséria**. In: CAMPELLO, T. (Org); FALCÃO, T. (Org); COSTA, P. V. (Org). O Brasil sem miséria. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, DF: 2014. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil_sem_miseria/livro_o_brasil_sem_miseria/artigo_28.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2016.
- ARRUDA, B. K. G.; ARRUDA, I. K. G. Marcos referenciais da trajetória das políticas de alimentação e nutrição no Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 3, p. 319-326, jul./set. 2007.
- AYRES, J. A.; PAIVA, B. S. R.; DUARTE, M. T. C.; BERTI, H. W. Repercussões da

hanseníase no cotidiano de pacientes: vulnerabilidade e solidariedade. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 56-62, 2012.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 117-39, 2003.

BARBOSA, J. C.; RAMOS JR, A. N.; ALENCAR, O. M.; PINTO, M. S. P.; de CASTRO, C. G. J. Atenção pós-alta em hanseníase no Sistema Único de Saúde: aspectos relativos ao acesso na região Nordeste. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 351-358, 2014.

BARRETO, J. A. Diagnóstico laboratorial da Hanseníase: indicações e limitações. In: ALVES, E. D. (Org); FERREIRA, T. L. (Org); FERREIRA, I. N. (Org). **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília, DF: NESPROM, 2014; 492 p.

BELIK, W. A política brasileira de Segurança Alimentar e Nutricional: concepções e resultados. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 19, n. 2, p. 94-110, 2012.

BERLT, F. M. G.; WICHMANN, F. M. A. Insegurança alimentar nas famílias sob cobertura da estratégia saúde da família, Brasil. **Cinergis**, v. 8, n. 2, p. 27-36, 2007.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Emenda Constitucional nº 64, de 04 e fevereiro de 2010. Dá nova redação ao art. 6º da Constituição Federal. Brasília, DF: Presidência da República; 2010b. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emenda/emc/em64.htm>. Acesso em: 21 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – FNDE. **Programas: Alimentação Escolar**; 2016b. Disponível em:
<<http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar>>. Acesso em: 12 de mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso: em 08 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção Básica. **Manual de Orientações sobre o Programa Bolsa Família**. Série A Normas e Manuais Técnicos. 3 ed. Brasília, DF: 2010a. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacao_sobre_bolsa_familia.PDF>. Acesso em: 10 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE. Situação de Saúde. Indicadores de Morbidade: **Hanseníase**; 2016a. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude>>. Acesso em: 19 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Sala de Apoio à Gestão Estratégica – SAGE. Redes e Programas. **Atenção Básica**; 2016b. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>> Acesso em: 19 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº. 11.520, de 18 de setembro de 2007**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/111520.htm>. Acessado em: 20 de set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº. 12.435, de 6 de julho de 2011**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112435.htm>. Acessado em: 20 de set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: **Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde 2011; 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Portaria nº. 3.125, de 7 de outubro de 2010**. Brasília, DF: 2010c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html>. Acesso em: 22 de ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília, DF: 2014b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_unificado.pdf>. Acesso em: 06 ago. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos jurídicos. **Lei Nº 11.346**, de 15 de setembro de 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm>. Acesso em: 08 ago. 2010.

BRITO, J. G.; COSTA, E. R. Titularidade feminina no Programa Bolsa Família: questões de gênero e segurança alimentar. **Revista Tropos: Comunicação, Sociedade e Cultura**, v.1, n.15, 2015.

BRONZO, C. Vulnerabilidade, empoderamento e metodologias centradas na família: conexões e uma experiência para reflexão. In: **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: UNESCO; MDS, 2009.

BRUSCHI, K. R.; LABRÊA, M. G. A.; EIDT, L. M. Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de pacientes com hanseníase do Ambulatório de Dermatologia Sanitária. **Hansen International**, v. 36, n. 2, p. 53-61, 2011.

BURITY, V.; FRANCESCHINI, T.; VALENTE, F. Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada. In: **Direito Humano à Alimentação Adequada no Contexto da Segurança Alimentar e Nutricional** - Módulo 1. Brasília, DF: ABRANDH,

2010; 204 p. Disponível em: <http://www.actuar-acd.org/uploads/5/6/8/7/5687387/dhaa_no_contexto_da_san.pdf>. Acesso em 05 jan. 2016.

BURLANDY, L.; MALUF, R.S. Soberania Alimentar – Dimensões de um Conceito em Construção e suas Implicações para a Alimentação no Cenário Contemporâneo. In: **Nutrição e Saúde Pública**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2011.

CABRAL, C. S.; LOPES, A. G.; LOPES J. M.; VIANNA, R. P. de T. Segurança alimentar, renda e Programa Bolsa Família: estudo de coorte em municípios do interior da Paraíba, Brasil, 2005-2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 393-402, fev. 2014.

CABRAL, M. J.; VIEIRA, K. A.; SAWAYA, A. L.; FLORÊNCIO, T. M. M. T. Perfil socioeconômico, nutricional e de ingestão alimentar de beneficiários do Programa Bolsa Família. **Estudos Avançados**, v.27, n.78, 2013.

CARR, E. R. Postmodern conceptualizations, modernist applications: Rethinking the role of society in food security. **Food Policy**, v. 31, p. 14-29, 2006.

CARVALHO, R. R. S.; ALBERTO, N. S. M. C.; PEREIRA, T. G. Insegurança alimentar em povos de terreiros. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 39, n. 1, p. 4-11, 2014.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

CONSEA. Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional. **Construção do Sistema e da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: a experiência brasileira**. Brasília: CONSEA; 2009.

CONSEA. Conselho Nacional De Segurança Alimentar e Nutricional. **A Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil: Indicadores e Monitoramento da Constituição de 1988 aos dias atuais. Resumo Executivo**. Brasília, DF: CONSEA; 2010.

COSTA, M. D.; COSTA, R. D.; COSTA, A. M. D. D.; TERRA, F. de S.; LYON, S.; de FIGUEIREDO, C. M. Assessment of quality of life of patients with leprosy reactional states treated in a dermatology reference center. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 87, n. 1, p: 26-35, 2012.

COTTA, R. M. M.; MACHADO, J. C. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. **Revista Panamericana Salude Publica**, v. 33, n. 1, 2013.

CUSTÓDIO, M. B.; FURQUIM, N. R.; DOS SANTOS, G. M. M.; CYRILLO, D. C. Segurança Alimentar e Nutricional e a construção de sua política: uma visão histórica. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, SP, v. 18, n. 1, p. 1-10, 2011.

DAXBACHER, E. L. R.; FERREIRA, I. N. Epidemiologia da Hanseníase. In: ALVES, E. D. (Org); FERREIRA, T. L. (Org); FERREIRA, I. N. (Org). **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília, DF: NESPROM, 2014; 492 p.

DIAS, L. C.; DESSOY, M. A.; GUIDO, R. V. C.; OLIVA, G.; ANDRICOPULO, A. D. Doenças tropicais negligenciadas: uma nova era de desafios e oportunidades. **Química Nova**, v. 36, n. 10, p. 1552-1556, 2013.

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61 (Suplemento), p. 767-773, 2008.

FACCHINI, L. A.; NUNES, B. P.; MOTTA, J. V. S.; TOMASI, E.; SILVA, S. M.; THUMÉ, E.; da SILVEIRA, D. S.; DILÉLIO, A. S.; SAES, M. de O.; MIRANDA, V. I. A.; VOLZ, P. M.; OSÓRIO, A. Insegurança alimentar no Nordeste e Sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 161-174, 2014.

FERREIRA, H. da S.; de SOUZA, M. E. Di C. A.; MOURA, F. A.; HORTA, B. L. Prevalência e fatores associados à insegurança alimentar e nutricional em famílias dos municípios do norte de Alagoas, Brasil, 2010. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 5, p. 1533-1542, 2014.

FLANDRIN, J. L.; MONTANARI, M. **História da Alimentação**. São Paulo: Estação Liberdade; 1998.

FONSECA, M. da S.; GARCIA, M. R. Aspectos psicossociais em hanseníase. In: ALVES, E. D. (Org); FERREIRA, T. L. (Org); FERREIRA, I. N. (Org). **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília, DF: NESPROM, 2014; 492 p.

GONÇALVES, M. P.; CAMPOS, S. T.; SARTI, F. M. Políticas públicas de segurança alimentar no Brasil: Uma análise do Programa de Restaurantes Populares. **Revista Gestão e Políticas Públicas**, v. 1, n. 1, p. 92-111, 2011.

GUBERT, M. B.; BENÍCIO, M. H. D'Á; SANTOS, L.M.P. Estimativas de Insegurança Alimentar Grave nos Municípios Brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 8, p. 1595-1605, ago. 2010.

GUBERT, M. B.; SANTOS, L. M. P. Determinantes da insegurança alimentar no Distrito Federal. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 20, n. 2, p. 143-150, 2009.

GUERRA, L. D. da S. **Análise da insegurança alimentar e nutricional e fatores associados em domicílios com adolescentes de municípios da área de abrangência da BR 163 – Mato Grosso, Brasil**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva, Cuiabá, MT: 2011.

GUERRA, L. D. da S.; ESPINOSA, M. M.; BEZERRA, A. C. D.; GUIMARÃES, L. N.; LIMA-LOPES, M. A. Insegurança alimentar em domicílios com adolescentes da Amazônia Legal Brasileira: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 335-348, 2013.

HOFFMANN, R. Brasil, 2013: mais segurança alimentar. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, SP, v. 21, n. 2, p. 422-436, 2014.

HOFFMANN, R. Determinantes da insegurança alimentar no Brasil em 2004 e 2009. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, SP, v. 20, n. 2, p. 219-235, 2013.

HOFFMANN, R. Determinantes da Insegurança Alimentar no Brasil: Análise dos Dados da PNAD de 2004. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 15, n. 1, p. 49-61, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações sobre os municípios brasileiros**; 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 11 de fevereiro de 2016.

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

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: segurança alimentar 2013**. Rio de Janeiro: 2014a.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) - Segurança Alimentar 2004/2009**. Rio de Janeiro: 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2013**/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. 2 Ed. Rio de Janeiro: 2015; 296 p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2008**. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Rio de Janeiro: IBGE. 2014b.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.

INSTITUTO CIDADANIA. **Fome Zero** – Uma proposta de política de segurança alimentar para o Brasil. São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www1.uol.com.br/fernandorodrigues/011017/doc_sintese.pdf>. Acesso em: 10 de mai. 2016.

KEPPLE, A. W.; GUBERT, M. B.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Instrumentos de Avaliação de Segurança Alimentar e Nutricional. In: **Nutrição em Saúde Pública**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio; 2011.

KEPPLE, A. W.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Conceituando e medindo Segurança Alimentar e Nutricional. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 187-199, 2011.

LOPES, V. A. S.; RANGEL, E. M. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. **Saúde Debate**, v. 38, n. 103, p. 817-829, 2014.

LYON, S.; GROSSI, M. A. de F. Diagnóstico de Tratamento da Hanseníase. In: ALVES, E. D. (Org); FERREIRA, T. L. (Org); FERREIRA, I. N. (Org). **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília, DF: NESPROM, 2014; 492 p.

MACHADO, J. C. **(In)segurança alimentar, condições socioeconômicas e indicadores antropométricos de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, município de Paula Candido, MG**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2011.

MAGALHÃES, R.; BURLANDY, L.; FROZI, D. S. Programas de Segurança Alimentar e Nutricional: experiências e aprendizados. In: **Segurança Alimentar e Nutricional – perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.

MALUF, R. S. **Segurança Alimentar e Nutricional**. 2ª Edição, Petrópolis: Vozes, 2009.

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

MANN, J. I. Diet and risk of coronary heart disease and type 2 diabetes. **Lancet** **360** v. 9335, p. 783-9, 2002.

MARIN-LEON, L.; FRANCISCO, P. M. S. B.; SEGALL-CORRÊA, A. M.; PANIGASSI, G. Bens de consumo e insegurança alimentar: diferenças de gênero, cor de pele autoreferida e condição socioeconômica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 3, p. 398-410, 2011.

MONDINI, L.; ROSA, T. E.; GUBERT, M. B.; SATO, G. S.; BENÍCIO, M. H. D'A. Insegurança alimentar e fatores sociodemográficos associados nas áreas urbana e rural do Brasil. **Informações Econômicas**, v. 41, n. 2, p. 52-60, 2011.

MONTEIRO, E. L. F.; SOUZA, C. R.; PINHO, L. Diagnóstico de Insegurança Alimentar e Nutricional entre beneficiários do Programa Bolsa Família participantes de oficinas de intervenção nutricional. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 21, n. 2, p. 469-480, 2014.

MONTEIRO, F. **Segurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos: um desafio para o Programa Bolsa Família**. Dissertação (mestrado). Universidade do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Departamento de Nutrição. Curitiba, PR, 2013.

MONTEIRO, F.; SCHIMIDT, S. T.; da COSTA, I. B.; ALMEIDA, C. C. B.; MATUDA, N. da S. Bolsa Família: insegurança alimentar e nutricional de crianças menores de cinco anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 5, p. 1347-1357, 2014a.

MONTEIRO, L. D.; ALENCAR, C. H.; BARBOSA, J. C.; NOVAES, C. C. B. S.; da SILVA, R. C. P.; HEUKELBACH, J. Pós-alta de hanseníase: limitação de atividade e participação social em área hiperendêmica do Norte do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, p. 91-104, jan./mar. 2014b.

MONTEIRO, L. D.; MARTINS-MELO, F. R.; BRITO, A. L.; LIMA, M. S.; ALENCAR, C.

H.; HEUKELBACH, J. Tendências da hanseníase no Tocantins, um Estado hiperendêmico no Norte do Brasil, 2001-2012. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 971-980, mai. 2015.

MONTENEGRO, R. M. N.; MOLINA, M. D. C.; MOREIRA, M. M.; ZANDONADE, E. Avaliação nutricional e alimentar de pacientes portadores de hanseníase tratados em unidades de saúde da grande Vitória, Estado do Espírito Santo. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 44, p. 228-231, 2010.

MONTENEGRO, R. M. N.; ZANDONADE, E.; MOLINA, M. D. C. B.; DINIZ, L. M. Reactional state and nutritional profile among leprosy patients in the primary health care system, Greater Vitória, Espírito Santo State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 31-38, 2012.

MOREIRA, R. J. Críticas ambientalistas à Revolução Verde. In: **Anais Estudos Sociedade e Agricultura**, do X World Congress of Rural Sociology – IRSA e no século XXXVII Brazilian Congress of Rural Economic and Sociology – SOBER; 2000; Rio de Janeiro, BR. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural, 2000; p. 39-52.

MUNIZ, L. C.; SCHNEIDER, B. C.; SILVA, I. C. M.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I. S. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 534-42, 2012.

NASCIMENTO, A. L.; GONÇALVES, F.; MAIA, S. R. S. S.; LIRAS, P. A Construção de capacidades e meios de vida na garantia da segurança alimentar do rural Pernambucano. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 19, n. 2, p. 50-62, 2012.

NAVAS, R.; KANIKADAN, A. Y. S; SANTOS, K. M. P.; GARAVELLO, M. E. P. E. Transição alimentar em comunidade quilombola no litoral sul de São Paulo. **Revista NERA**, v. 27, p. 138-155, 2015.

NEY, M. G.; HOFFMANN, R. Educação, concentração fundiária e desigualdade de rendimentos no meio rural brasileiro. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 47, n. 1, p. 147-182, jan./mar. 2009.

NICHIATA, L. Y. I.; BERTOLOZZI, M. R.; GRYSCHKEK, A. L. P. L.; de ARAÚJO, N. V. D. L.; PADOVEZE, M. C.; CIOSAK, S. I.; TAKAHASHI, R. F. Potencialidade do conceito de vulnerabilidade para a compreensão das doenças transmissíveis. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 45, n. 2, p. 1769-1773, 2011.

OLIVEIRA, F. M. de. **Perfil sérico de estresse oxidativo, antioxidantes e micronutrientes em pacientes com hanseníase**. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, São Paulo, SP, 2012.

OLIVEIRA, J. S.; de LIRA, P. I. C.; MAIA, S. R.; SEQUEIRA, L. A. de S.; de AMORIM, R. C. de A.; BATISTA FILHO, M. Anemia, Hipovitaminose A e Insegurança Alimentar em Crianças de Municípios de Baixo Índice de Desenvolvimento Humano. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n. 4, p. 651-664, 2010.

OLIVEIRA, L. D. S.; LIMA-FILHO, D. O. Modelo de Segurança Alimentar e Nutricional e seus determinantes socioeconômicos e comportamentais. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 16, n. 59, 2011.

OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade de seu caráter biossocial. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, v. 19, n. 53, p. 237-249, 2015.

PAIM, J. S. **Determinantes Sociais da Saúde**. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS) 2011. Conferência proferida na Sessão de Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA – ISC/BA, 19 ago 2011.

PANIGASSI, G.; SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARIN-LEÓN, L.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SAMPAIO, M. D. F. A.; MARANHA, L. K. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 10, p. 2376-2384, 2008.

PARDILLA, M.; PRASAD, D.; SURATKAR, S.; GITTELSOHN, J. High levels of household food insecurity on the Navajo Nation. **Public Health Nutrition**, v. 17, p. 58–65, 2013.

PEIXOTO, M. D. R. G.; RAMOS, K.; MARTINS, K. A.; SCHINCAGLIA, R. M.; BRAUDES-SILVA, L. A. Insegurança alimentar na área de abrangência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Itumbiara, Goiás. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 2, p. 327-336, 2014.

PENNA, M. L. F.; de OLIVEIRA, M. L. V. D. R.; PENNA, G. O. The epidemiological behaviour of leprosy in Brazil. **Leprosy Review**, v. 80, n.3, p. 332-44, 2009.

PEREIRA, I. F. S.; SPYRIDES, M. H. C.; ANDRADE, L. M. B. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 5, 2016

PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARANHA, L. K.; SAMPAIO, M. D. F. A.; MARÍN-LEÓN, L.; PANIGASSI, G. An adapted Version of the U.S. Department of Agriculture Food Insecurity Module Is a Valid Tool for Assessing Household Food Insecurity in Campinas, Brazil. **Journal Nutrition**, v. 134, p. 134: 1923-1948, 2004.

PÉREZ-ZEPEDA, M. U.; CASTREJÓN-PÉREZ, R. C.; WYNNE-BANNISTER, E.; GARCIA-PENÁ, C. Frailty and food insecurity in older adults. **Public Health Nutrition**, v. 1, p. 1-6, 2016.

PESSANHA, L. D. R. **A Experiência brasileira em políticas públicas para a garantia do direito ao alimento** [Textos para discussão] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Departamento de Ensino e Pesquisa, 2002.

PESSANHA, L.; VANNIER-SANTOS, M. C.; MITCHELL, P. V. Indicadores para avaliar a Segurança Alimentar e Nutricional e o Direito Humano à alimentação: metodologias e fontes de dados. In: **Anais do XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais 2008**, Caxambu, BR. Associação Brasileira de Estudos Populacionais; p.1-20, 2008.

PINHEIRO, M. G. C.; de MIRANDA, F. A. N.; SIMPSON, C. A.; VITOR, A. F.; LIRA, A. L. B. de C. Limitações e incapacidades físicas no pós-alta em hanseníase: uma revisão

integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 2, p: 1-11, 2016.

PMVC. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. **Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS)**. Vitória da Conquista, BA; 2016. Disponível em: <<http://www.pmvc.ba.gov.br/conselho-de-assistencia-social/>>. Acesso em: 22 mai. 2016.

REGO, W. L.; PINZANI, A. **Vozes do Bolsa Família: autonomia, dinheiro e cidadania**. 2 ed. São Paulo: Unesp, 2014.

REIS, F. J. J.; GOMES, M. K.; da CUNHA, A. J. L. A. Avaliação da limitação das atividades diárias e qualidade de vida de pacientes com hanseníase submetidos à cirurgia de neurólise para tratamento das neurites. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 20, n. 2, p. 184-190, 2013.

ROCHA, C. A contribuição da economia para a análise de políticas públicas de Segurança Alimentar e Nutricional. In: **Segurança Alimentar e Nutricional – perspectivas, aprendizados e desafios para as políticas públicas**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.

ROCHA, E. M. B.; LIMA, R. T.; ALMEIDA, P. C. Insegurança alimentar relacionada à área de residência em um município do Semiárido brasileiro. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 205-211, 2014.

RODRIGUES, N. O.; NERY, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, 2012.

ROSA, T. E. D. C.; MONDINI, L.; GUBERT, M. B.; SATO, G. S.; BENÍCIO, M. H. D. A. Segurança alimentar em domicílios chefiados por idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 1, p. 69-77, 2012.

SABÓIA, R. C. B.; SANTOS, M. M. Prevalência de insegurança alimentar e fatores associados em domicílios cobertos pela Estratégia Saúde da Família em Teresina, Piauí, 2012-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 749-758, 2015.

SALLES-COSTA, R.; PEREIRA, R. A.; VASCONCELLOS, M. T. L. D.; VEIGA, G. V. D.; MARINS, V. M. R. D.; JARDIM, B. C. Associação entre fatores socioeconômicos e insegurança alimentar: estudo de base populacional na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 21 (Supl.), p. 99-109, 2008.

SANTOS, L. A. da S. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 2, p. 453-462, 2012.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARIN-LEON, L. A segurança alimentar no Brasil: Proposição e usos da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 16, n. 2, p. 1-19, 2009.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARIN-LEON, L.; HELITO, H.; PÉREZ-ESCAMILLA, R.; SANTOS, L. M. P.; SOUSA, R. P. Transferência de renda e segurança alimentar no Brasil: análise dos dados nacionais. **Revista de Nutrição**, v. 21 (Supl.), p. 39-51, 2008.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARIN-LEÓN, L.; MELGAR-QUIÑONEZ, H.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Refinement of the Brazilian Household Food Insecurity Measurement Scale: recommendation for a 14-item EBIA. **Revista de Nutrição**, v. 27, n. 2, p. 241-251, 2014.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARIN-LEON, L.; SAMPAIO, M. D. F. A.; PANIGASSI, G.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Insegurança alimentar no Brasil: do desenvolvimento do instrumento de medida aos primeiros resultados nacionais. In: Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Avaliação de políticas e programas do MDS: resultados Vol. I. **Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília, DF: p. 385-407, 2007.

SEI. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia. Estatística – Territórios – Bahia. **Perfil dos Territórios de Identidade**. Série territórios de identidade da Bahia. Salvador, BA, v.3, 2015.

SESAB. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Regiões de saúde do estado da Bahia**. Disponível em: <www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/>. Acesso em: 19 dez. 2016.

SILVA, C. P. G.; MIYAZAKI, C. O. M. Hanseníase e a Nutrição: uma revisão da literatura. **Hansenologia Internationalis**, v. 37, p. 69-74, 2012.

SILVA, E. L.; NICOLETTI, M. A. Controle e tratamento das doenças negligenciadas: visão da situação atual. **Revista Saúde**, v. 7, n. 3, 2013.

SISAN. Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Secretaria-Executiva da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional – Caisan. **Orientações para a Elaboração de um Plano de Segurança Alimentar e Nutricional nos estados e municípios**. Brasília, DF: 2014.

SMSVC. Secretaria Municipal de Saúde do Município de Vitória da Conquista. Diretoria de Vigilância à Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico 2013**. Vitória da Conquista, BA; 2014.

SOUSA, P. K. R.; MIRANDA, K. C. L.; FRANCO, A. C. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 3, p. 381-384, mar. /abr. 2011.

SOUZA, N. N. D.; DIAS, M. D. M.; SPERANDIO, N.; FRANCESCHINI, S. D. C. C.; PRIORE, S. E. Perfil socioeconômico e insegurança alimentar e nutricional de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família no município de Viçosa, Estado de Minas Gerais, Brasil, em 2011: um estudo epidemiológico transversal. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 655-662, 2012.

SPERANDIO, N.; PRIORE, S. E. Prevalência de insegurança alimentar domiciliar e fatores associados em famílias com pré-escolares, beneficiárias do Programa Bolsa Família em Viçosa, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 4, p. 739-748, 2015.

STRASSBURG, U.; de OLIVEIRA, N. M.; BARCHET, I.; PAI, CAMILI D.; ILHA, P. C. DA S.; SHIKIDA, P. F. A. Produção rural e segurança alimentar no Brasil. **Revista Brasileira de Desenvolvimento Regional**, v. 3, n. 1, p. 55-81, 2015.

TARDIDO, A. P.; FALCÃO, M. C. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, v. 62, p. 117-124, 2006.

TEIXEIRA, M. A. G.; SILVEIRA, V. M.; FRANÇA, E. R. Características epidemiológicas e clínicas das reações hansênicas em indivíduos paucibacilares e multibacilares, atendidos em dois centros de referência para hanseníase, na Cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.43 (Supl.), p: 287-292, 2010.

TINOCO, S. G. G.; MENDES, J. F. R.; FIGUEIREDO, A. C.; COSTA, A. P. R.; LEÃO, M. M.; SANTOS, L. M. P. Segurança Alimentar e Nutricional na Região Centro-Oeste: particularidades de contrastes. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 18, n. 1, p. 58-72, 2011.

VALENTE, F. L. S. **Direito Humano à Alimentação**: desafios e conquistas. São Paulo: Cortez; 2002.

VALENTE, F. L. S. Do combate à fome à segurança alimentar e nutricional; o direito à alimentação adequada. **Revista de Nutrição**, v. 10, p. 20-36, 1997.

VASCONCELOS, F. A. G. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. **Revista de Nutrição**, v. 18, p. 439-457, 2005.

VÁSQUEZ, C. M. P. **Avaliação da capacidade antioxidante e aspectos nutricionais na hanseníase**. Mestrado (dissertação) – Universidade Federal de Sergipe, Núcleo de Pós-Graduação em Medicina, Mestrado em Ciências da Saúde, Aracaju, SE, 2012.

VIANNA, R. P. T.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Insegurança alimentar das famílias residentes em municípios do interior do Estado da Paraíba, Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 21 (Supl.), p. 111-122, 2008.

WAGENAAR, I.; VAN MUIDEN, L.; ALAM, K.; BOWERS, R.; HOSSAIN, M. A.; KISPOTTA, K. Diet-Related Risk Factors for Leprosy: A Case-Control Study. **PLoS Neglected Tropical Disease**, v. 9, p. 1-15, 2015.

WERNECK, G. L.; HASSELMANN, M. H.; GOUVÊA, T. G. Panorama dos estudos sobre nutrição e doenças negligenciadas no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 39-62, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global leprosy update, 2015: time for action, accountability and inclusion. **Weekly epidemiological record**, v. 91, n. 35, p. 405-420, 2 set. 2016b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Estratégia global para hanseníase (2016-2020)**. Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase. New Delhi, India, 2016c. Disponível em: < <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208824/8/9789290225201-Portuguese.pdf?ua=1> >. Acesso em: 23 ago. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Neglected Diseases**. Disponível em: <http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/>. Acesso em: 15 jan. 2016a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Expert Committee on Leprosy**. Eighth report. Geneva Switzerland: 2012. Disponível em: <http://www.searo.who.int/entity/global_leprosy_programme/publications/8th_expert_comm_2012.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

YASBEK, M. C. O Programa Fome Zero no contexto das políticas sociais brasileiras. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.18, n.2, p.104-112, 2004.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



INSTRUMENTO 1 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO CASO REFERÊNCIA

PROJETO INTEGRAHANS NORTE & NORDESTE ABORDAGEM DE CONTATOS FAMILIARES / COABITANTES

Eu, _____,
portador(a) de Documento de Identidade (RG) nº _____ / SSP
_____, fui diagnosticado(a) com hanseníase, resido neste município e consenti participar da
pesquisa ATENÇÃO À SAÚDE PARA HANSENÍASE EM ÁREAS DE ALTA ENDEMICIDADE
NOS ESTADOS DE RONDÔNIA, TOCANTINS E BAHIA: ABORDAGEM INTEGRADA DE
ASPECTOS OPERACIONAIS, EPIDEMIOLÓGICOS (ESPAÇO-TEMPORAIS), CLÍNICOS E
PSICOSSOCIAIS – Projeto IntegraHans Norte-Nordeste.

Com este documento:

- AUTORIZO a abordagem dos meus contatos familiares e coabitantes, procedimento que tem como objetivo convidá-los a participar da referida pesquisa.
- NÃO AUTORIZO a abordagem dos meus contatos familiares e coabitantes, procedimento que tem como objetivo convidá-los a participar da referida pesquisa.

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

Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal

Telefone(s) de contato

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO 3 – ABORDAGEM DOMICILIAR – CASO REFERÊNCIA

PROJETO INTEGRAHANS NORTE & NORDESTE

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|-------------------------|------------------------------------|---|---|----------------------------------|---|---------------------|----------------------|-----------------------------|--|---------------------------------------|-------------|--|--|--|
| RESPONSÁVEL(IS) PELA COLETA DE DADOS: | | | | | | DATA DA COLETA: | | | | | | | | | | |
| CÓDIGO DO PONTO NO GPS: | | | | LATITUDE: | | | | LONGITUDE: | | | | | | | | |
| NÚMERO (ID) DO DOMICÍLIO: | | | | | | SINAN DO CASO REFERÊNCIA: | | | | | | ANO DO DIAGNÓSTICO: | | | | |
| NOME DO CASO REFERÊNCIA/CASO DIAGNOSTICADO: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENDEREÇO COMPLETO REAL: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | UNIDADE DE SAÚDE: | | | | | | CÓD. UNIDADE: | | | | ACS: | | | |
| PONTO DE REFERÊNCIA: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL CONTATOS FAMILIARES (1): | | | | TOTAL COABITANTES RESIDENTES (2): | | | | | | | | TOTAL COABITANTES SOCIAIS (3): | | | | |
| SITUAÇÃO DO CASO REFERÊNCIA/ CASOS DIAGNOSTICADOS: | | Localizado/abordado | 1 | SE LOCALIZADO / NÃO ABORDADO, MOTIVO DA NÃO ABORDAGEM: | | | | Recusou | 1 | | | | | | | |
| | | Localizado/não abordado | 2 | | | | | No trabalho | 2 | | | | | | | |
| | | Mudou-se | 3 | | | | | Internado | 3 | | | | | | | |
| | | Morreu | 4 | | | | | Viagem | 4 | | | | | | | |
| | | Não localizado | 5 | | | | | Outros(especificar) | 5 | | | | | | | |
| SITUAÇÃO DO DOMICÍLIO: | Em condições de habitação | 1 | EM CASO DE RECUSA, MOTIVOS: | | | | | | | | | | | | | |
| | Uso ocasional | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Em construção ou reforma | 3 | O ACS SABE DO DIAGNÓSTICO? | | 0 | Não | A EQUIPE DE SAÚDE SABE DO DIAGNÓSTICO? | | 0 | Não | | | | | | |
| | Demolida | 4 | | | 1 | Sim | | | 1 | Sim | | | | | | |
| | Não localizada | 5 | | | 2 | Não se aplica | | | 2 | Não se aplica | | | | | | |
| | Não residencial | 6 | | | 9 | Não sabe/Não quer responder | | | 9 | Não sabe/Não quer responder | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|----------------------|---|--|---|-----------------------------|--|---|-----------------------------|
| | Em ruínas | 7 | AUTORIZA QUE O ACS SEJA COMUNICADO SOBRE O DIAGNÓSTICO? | 0 | Não | AUTORIZA QUE EQUIPE DE SAÚDE SEJA COMUNICADA SOBRE O DIAGNÓSTICO? | 0 | Não |
| | Outros (especificar) | 8 | | 1 | Sim | | 1 | Sim |
| OUTRAS OBSERVAÇÕES: | | | | 2 | Não se aplica | | 2 | Não se aplica |
| | | | | 9 | Não sabe/Não quer responder | | 9 | Não sabe/Não quer responder |
| SE HOUVE MUDANÇA DE ENDEREÇO, INFORMAR ENDEREÇO ATUAL (MESMO APROXIMADO, COM PONTO DE REFERÊNCIA) E CONTATO: | | | | | | | | |

(1) IDENTIFICAR TODOS OS CONTATOS FAMILIARES QUE RESIDIRAM COM O CASO REFERÊNCIA 5 ANOS ANTES DO DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE.

(2) IDENTIFICAR TODOS OS COABITANTES QUE MORAM COM O CASO REFERÊNCIA DO DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE ATÉ A DATA DE HOJE.

(3) IDENTIFICAR TODOS OS COABITANTES DE CONVÍVIO SOCIAL QUE NÃO MORAM NA MESMA CASA, MAS FREQUENTAM REGULARMENTE A RESIDÊNCIA HÁ PELO MENOS 1 ANO.

| Nº | NOME COMPLETO | TIPO | IDADE | MESMA RESIDÊNCIA HOJE? | SE RESIDÊNCIA DIFERENTE, ESPECIFICAR ENDEREÇO | AGENDA | EXAME | RESULTADO |
|----|---------------|--|-------|--|---|----------------|--|-------------------------|
| 1 | | <input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> COAB. RES <input type="checkbox"/> COAB. SOC | | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | Data: Hora: | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | N () S () C () |
| 2 | | <input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> COAB. RES <input type="checkbox"/> COAB. SOC | | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | Data: Hora: | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | N () S () C () |
| 3 | | <input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> COAB. RES <input type="checkbox"/> COAB. SOC | | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | Data: Hora: | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | N () S () C () |
| 4 | | <input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> COAB. RES <input type="checkbox"/> COAB. SOC | | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | Data: Hora: | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | N () S () C () |
| 5 | | <input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> COAB. RES <input type="checkbox"/> COAB. SOC | | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | Data: Hora: | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | N () S () C () |
| 6 | | <input type="checkbox"/> CONTATO <input type="checkbox"/> COAB. RES <input type="checkbox"/> COAB. SOC | | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | Data: Hora: | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | N () S () C () |

REVISADO POR: _____

DATA DA REVISÃO: ____ / ____ / ____

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO 4 - ABORDAGEM SOCIAL DO DOMICÍLIO

PROJETO INTEGRANS NORTE & NORDESTE

| CASO REFERÊNCIA () | | CONTATO () | | |
|---|---|--|--|---------|
| Número (ID) do Domicílio/Família: _____ | | Número (ID) do Caso Referência: _____ | | |
| Pesquisador: _____ | | Data da Coleta: _____ | | |
| Revisor: _____ | | Data da Revisão: _____ | | |
| ITEM | QUESTÃO | CODIGOS/CATEGORIAS | | Revisor |
| 1. | Nome completo do responsável pela informação | _____ | | |
| 2. | A responsabilidade pelo domicílio é de | Apenas um morador, o entrevistado Apenas um morador, diferente do entrevistado Mais de um morador | 1 2 3 | () |
| 3. | Endereço [rua/avenida, número casa/apartamento] | _____ _____ _____ | | |
| 4. | Bairro/localidade | _____ | | |
| 5. | CEP | _____ | | |
| 6. | Zona | Rural Urbana Ignorado | 1 2 9 | () |
| 7. | Qual o material que predomina na construção das paredes externas deste domicílio? | Alvenaria com revestimento Alvenaria sem revestimento Madeira apropriada para construção Taipa não revestida Taipa revestida Madeira aproveitada Palha Adobe Outro _____ | 1 2 3 4 5 6 7 8 10 | () |
| 8. | Qual é a principal forma de abastecimento de água deste domicílio? | Rede geral de distribuição Poço ou nascente na propriedade Poço ou nascente fora da propriedade Água de carro-pipa não armazenada Água de carro-pipa armazenada em cisterna Água de carro-pipa armazenada de outro modo Água da chuva armazenada em cisterna Água da chuva armazenada de outro modo Rios, lagos e igarapés Açudes, represas ou lago artificial Outro _____ | 1 2 3 4 5 6 7 8 10 11 12 | () |
| 9. | Qual o número de cômodos no seu domicílio, incluindo banheiro(s) e cozinha(s)? | _____ | | () |
| 10. | Quantos banheiros de uso exclusivo dos moradores existem neste domicílio? | _____ | | () |

| | | | | |
|-----|--|---|---|---|
| 11. | Quantas pessoas residem atualmente no domicílio? | _____ | | () |
| 12. | Quantas pessoas dormem no mesmo cômodo que você atualmente | _____ | | () |
| 13. | De que forma é eliminado os dejetos (fezes e urina) dos banheiros ou sanitários? | Rede geral de esgoto Fossa séptica Rede pluvial Fossa rudimentar Vala (Céu aberto) Direto para rio, lago ou mar Outra _____ | 1 2 3 4 5 6 7 | () |
| 14. | Qual o destino dado ao lixo? | Coletado diretamente por serviço de limpeza Coletado em caçamba de serviço de limpeza É queimado na propriedade É enterrado na propriedade Jogado em terreno baldio ou logradouro Jogado em rio, lago ou mar Outro _____ | 1 2 3 4 5 6 7 | () |
| 15. | Qual a origem da energia elétrica utilizada neste domicílio? | Rede geral Outra origem (gerador, placa solar, eólica etc) Não tem energia elétrica | 1 2 3 | () |
| 16. | Indicar quantos destes bens existem no domicílio em termos do número: <i>[pode haver mais de uma marcação]</i> | Televisão N= ___ Geladeira N= ___ Vídeo/DVD N= ___ Máquina de lavar roupa N= ___ Linha de telefone fixo N= ___ Telefone celular N= ___ Forno micro-ondas N= ___ Computador/notebook N= ___ Motocicleta N= ___ Bicicleta N= ___ Freezer N= ___ | ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ | () () () () () () () () () () () |
| 17. | Quantos carros tem este domicílio? | _____ | | () |
| 18. | Em seu domicílio, trabalha algum(a) empregado(a) doméstico(a)? | | Não Sim | 0 1 () |

| | | | | |
|-----|---|--|---|-----|
| | estar em atividade atualmente? <i>[Para as demais situações, inserir não se aplica]</i> | Dona de casa / cuida da família e se dedica aos afazeres domésticos Está procurando, mas não consegue encontrar trabalho Estudos / treinamento Aposentado por tempo de trabalho/idade Aposentado por doença/invalidez Afastado em virtude da hanseníase Afastado em virtude de outra doença: _____ Afastado por outro motivo (gestação, mudança, licença, etc) Outra _____ Não sabe /Não quer responder | 1 2 3 4 5 6 7 8 10 9 | |
| 27. | Se aposentado, qual o momento da aposentadoria? | Antes do diagnóstico de hanseníase Após o diagnóstico de hanseníase Não se aplica Não sabe /Não quer responder | 1 2 3 9 | () |
| 28. | Se ativo, qual o contexto detalhado de trabalho atual. <i>[Para ativos]</i> | Não se aplica Servidor público Empregado assalariado com carteira de trabalho assinada Empregado assalariado sem carteira de trabalho assinada Empregado familiar não remunerado Conta própria ou autônomo com estabelecimento Conta própria ou autônomo sem estabelecimento Empregador com até 5 funcionários fixos Empregador com 5 ou mais funcionários fixos Outra _____ | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 | () |
| 29. | Tem (teve) acesso ao benefício do Bolsa Família? | Não, e não tem cadastro Não, e tem cadastro (aguardando) Sim, bolsa família ativa Sim, mas atualmente bolsa família inativada Não sabe /Não quer responder | 0 1 2 3 9 | () |
| 30. | Tem acesso (caso-referência e/ou família) a outros benefícios sociais? <i>[Especificar]</i> | Não Sim Especificar: _____ Não sabe /Não quer responder | 0 1 9 | () |
| 31. | Com que frequência consome bebida contendo álcool (bebida alcoólica)? <i>[Este item e as 9 questões que se seguem fazem parte do protocolo AUDIT]</i> | Nunca bebi Uma vez por mês ou menos 2 a 4 vezes por mês 2 a 3 vezes por semana 4 ou mais vezes por semana Já bebi, não bebo mais. | 0 1 2 3 4 5 | () |
| 32. | Quantas doses de bebida alcoólica consome em um dia normal? <i>[A dose padrão corresponde a uma lata de cerveja de 340 ml ou uma dose de pinga/outro destilado ou 140 ml de vinho]</i> | 1 ou 2 3 ou 4 5 ou 6 7, 8, ou 9 10 ou mais Não se aplica, não bebe. | 0 1 2 3 4 5 | () |

| | | | | |
|-----|--|---|----------------------------|-----|
| 33. | Com que frequência bebe 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? | Nunca Menos de uma vez por mês Uma vez por mês Uma vez por semana Diariamente ou quase todo dia Não se aplica, não bebe. | 0 1 2 3 4 5 | () |
| 34. | Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses constatou que “Quando eu começo a beber eu não consigo parar”? | Nunca Menos de uma vez por mês Uma vez por mês Uma vez por semana Diariamente ou quase todo dia Não se aplica, não bebe. | 0 1 2 3 4 5 | () |
| 35. | Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses não conseguiu fazer tarefas ou atividades que você normalmente faz por causa da bebida alcoólica? | Nunca Menos de uma vez por mês Uma vez por mês Uma vez por semana Diariamente ou quase todo dia Não se aplica, não bebe. | 0 1 2 3 4 5 | () |
| 36. | Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses precisou de uma dose de bebida alcoólica pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior? | Nunca Menos de uma vez por mês Uma vez por mês Uma vez por semana Diariamente ou quase todo dia Não se aplica, não bebe. | 0 1 2 3 4 5 | () |
| 37. | Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses se sentiu culpado ou com remorso após ter consumido bebida alcoólica? | Nunca Menos de uma vez por mês Uma vez por mês Uma vez por semana Diariamente ou quase todo dia Não se aplica, não bebe. | 0 1 2 3 4 5 | () |
| 38. | Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses foi incapaz de se lembrar do que aconteceu na noite anterior porque estava consumindo bebida alcoólica? | Nunca Menos de uma vez por mês Uma vez por mês Uma vez por semana Diariamente ou quase todo dia Não se aplica, não bebe. | 0 1 2 3 4 5 | () |
| 39. | Já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido? | Não Sim, mas não no último ano (últimos 12 meses) Sim, durante o último ano (últimos 12 meses) Não se aplica, não bebe. | 0 1 2 3 | () |
| 40. | Algum familiar ou amigo ou médico ou outro profissional de saúde demonstrou alguma vez preocupação com seu hábito de consumo de álcool ou aconselhou que suspendesse o consumo? | Não Sim, mas não no último ano (últimos 12 meses) Sim, durante o último ano (últimos 12 meses) Não se aplica, não bebe. | 0 1 2 3 | () |
| 41. | Fuma <u>atualmente</u> ? | Não Sim, diariamente Sim, menos que diariamente | 0 1 2 | () |

APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO 10 - EXAME FÍSICO – AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA – CASO REFERÊNCIA

PROJETO INTEGRAHANS NORTE & NORDESTE

| | |
|---|---|
| Número (ID) do Domicílio/Família: _____ | Número (ID) do Caso Referência: _____ |
| Unidade de Saúde: _____ | Número do SINAN do Caso Referência: _____ |
| Pesquisador: _____ | Data da Coleta: _____ |
| Revisor: _____ | Data da Revisão: _____ |

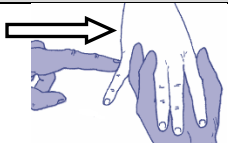
| ITEM | QUESTÃO | CODIGOS/CATEGORIAS | Revisor |
|------|---|---|---------|
| 1. | Nome caso referência | _____ | |
| 2. | Data de nascimento | ____ / ____ / ____ | |
| 3. | Sexo | Masculino 1 Feminino 2 | () |
| 4. | Ocupação atual (referida) | _____ | |
| 5. | Classificação operacional | Paucibacilar 1 Multibacilar 2 Não definida 9 | () |
| 6. | Data de início da poliquimioterapia (PQT) | ____ / ____ / ____ | |
| 7. | Data de alta da poliquimioterapia (PQT) | ____ / ____ / ____ | |
| 8. | Forma Clínica | Indeterminada 1 Tuberculoide 2 Dimorfa 3 Virchowiana 4 Não definida 9 | () |

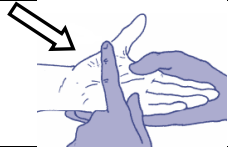
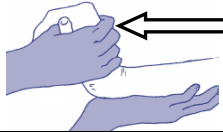
| FACE | 1ª | | 2ª | | 3ª | |
|----------------------------------|----|---|----|---|----|---|
| Nariz | D | E | D | E | D | E |
| Queixa principal | | | | | | |
| Ressecamento (S/N) | | | | | | |
| Ferida (S/N) | | | | | | |
| Perfuração de septo (S/N) | | | | | | |
| Olhos | D | E | D | E | D | E |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



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

| MEMBROS SUPERIORES | 1ª | | 2ª | | 3ª | |
|---------------------|----|---|----|---|----|---|
| Palpação dos nervos | D | E | D | E | D | E |
| Queixa principal | | | | | | |
| Ulnar | | | | | | |
| Mediano | | | | | | |
| Radial | | | | | | |

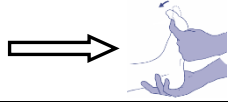
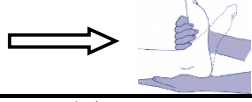
Legenda: N = Normal; E = Espessado; D = Dor

| Avaliação de força | | 1ª | | 2ª | | 3ª | |
|---|---|----|---|----|---|----|---|
| | | D | E | D | E | D | E |
| Abrir dedo mínimo. Abdução do 5º dedo. (N. Ulnar) |  | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|
| Elevar o polegar. Abdução do polegar. (N. Mediano) |  | | | | | | |
| Elevar o punho. Extensão do punho. (N. Radial) |  | | | | | | |
| Legenda: Graus de força: 5 = Realiza movimento completo contra gravidade e resistência máxima; 4 = Realiza o movimento completo contra gravidade com resistência parcial; 3 Realiza o movimento completo contra gravidade; 2 = Realiza o movimento parcial contra a gravidade; 1 = Contração muscular sem movimento; 0 = Paralisia (nenhum movimento) | | | | | | | |

| Avaliação sensitiva | | | | | |
|--|---|----|---|---|---|
| 1ª | | 2ª | | 3ª | |
| D | E | D | E | D | E |
| | | | | | |
| Legenda: Garra: Garra móvel = M R Garra rígida: Ferida:  Reabsorção:  | | | | Monofilamentos Seguir códigos padronizados (ver instruções para cores e simbologia) | |

| MEMBROS INFERIORES | 1ª | | 2ª | | 3ª | |
|--|----|---|----|---|----|---|
| Queixa principal | | | | | | |
| Palpação dos nervos | D | E | D | E | D | E |
| Fibular | | | | | | |
| Tibial posterior | | | | | | |
| Legenda: N = Normal; E = Espessado; D = Dor | | | | | | |

| Avaliação de força | | 1ª | | 2ª | | 3ª | |
|---|---|----|---|----|---|----|---|
| | | D | E | D | E | D | E |
| Elevar o hálux. Extensão do hálux. (N. Fibular) |  | | | | | | |
| Elevar o pé. Dorsiflexão do pé. (N. Fibular) |  | | | | | | |
| Legenda: Graus de força (igual aos códigos para membro superior) | | | | | | | |

| Avaliação sensitiva | | | | | |
|---|---|----|---|----|---|
| 1ª | | 2ª | | 3ª | |
| D | E | D | E | D | E |
| | | | | | |
| Legenda: igual aos códigos para membro superior. | | | | | |

| GRAU (G) | OLHO | | | | | | MÃO | | | | | | PÉ | | | | | |
|----------|-------------------------------|---|----|---|----|---|------------------------------|---|----|---|----|---|--------------------------------------|---|----|---|----|---|
| | Sinais e sintomas | | | | | | Sinais e sintomas | | | | | | Sinais e sintomas | | | | | |
| | 1ª | | 2ª | | 3ª | | 1ª | | 2ª | | 3ª | | 1ª | | 2ª | | 3ª | |
| | D | E | D | E | D | E | D | E | D | E | D | E | D | E | D | E | D | E |
| 0 | Nenhum problema com os olhos, | | | | | | Nenhum problema com as mãos, | | | | | | Nenhum problema com os pés, devido à | | | | | |

| | devido à hanseníase | | | | | | | devido à hanseníase | | | | | | | | hanseníase | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|
| 1 | Diminuição ou perda de sensibilidade | | | | | | | Diminuição ou perda da sensibilidade | | | | | | | | Diminuição ou perda da sensibilidade | | | | | | |
| 2 | Lagofthalmo e/ou ectrópio | | | | | | | Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas | | | | | | | | Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas | | | | | | |
| | Triquiase | | | | | | | Garras | | | | | | | | Garras dos artelhos | | | | | | |
| | Opacidade corneana central | | | | | | | Reabsorção | | | | | | | | Reabsorção e/ou contração de tornozelo | | | | | | |
| | Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m | | | | | | | Mão caída | | | | | | | | Pé caído | | | | | | |

| Data da avaliação | Grau de Incapacidade (GI) | Olhos | | Mãos | | Pés | | Maior Grau (GI) | Escore OMP (OD + OE + MD + ME + PD + PE) | Assinatura |
|-------------------|---------------------------|-------|---|------|---|-----|---|-----------------|--|------------|
| | | D | E | D | E | D | E | | | |
| 1ª ___/___/___ | Grau Soma OMP | | | | | | | | | |
| 2ª ___/___/___ | Grau Soma OMP | | | | | | | | | |
| 3ª ___/___/___ | Grau Soma OMP | | | | | | | | | |

Grau máximo de incapacidade (OMS): registrar o maior Grau encontrado em qualquer das estruturas (olhos, mãos, pés) [opções: 0,1 ou 2].
Escore OMP: Soma do maior Grau atribuído para cada uma das estruturas examinadas (OD + OE + MD + ME + PD + PE), valor de 0 a 12.

APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO*

*CASOS-REFERÊNCIA, CONTATOS E COABITANTES

Prezado(a) Sr./Sra.,

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

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

Endereço do responsável pela pesquisa

Instituição: Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Jörg Heukelbach e demais pesquisadores incluídos no estudo

Endereço: Rua Professor Costa Mendes, 1608; Bloco didático/ 5º andar – Bairro: Rodolfo Teófilo – Fortaleza, Ceará - CEP 60430-140

Telefones para contato: (85) 3366-8045 / 3366-8044

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

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 – Bairro: Rodolfo Teófilo – Fortaleza, Ceará – CEP 60430-275

| |
|--|
| Telefone para contato: (85) 3366-8344 |
|--|

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

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

RISCOS E BENEFÍCIOS:

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

DIREITOS DOS PARTICIPANTES:

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

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

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

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

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

| | |
|--|--|
| <p>Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal</p> | <p style="text-align: center;">  Jorg Heukelbach Coordenador Geral Projeto IntegraHans Norte e Nordeste <i>Responsável pelo estudo</i> </p> <hr/> <p style="text-align: center;"><i>Nome do profissional que aplicou o TCLE (POR EXTENSO)</i></p> |
| <p style="text-align: center;">Endereço do(a) participante-voluntário(a)</p> <p>Domicílio: (rua, praça, conjunto): _____</p> <p>Complemento (nº): _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____</p> <p>Ponto de referência: _____ CEP _____</p> <p>Telefone(s) para contato: _____</p> | |

APÊNDICE G – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO 2.1 - TERMO DE ASSENTIMENTO (TA) PARA ADOLESCENTE*

*CASOS-REFERÊNCIA, CONTATOS E COABITANTES

Adolescentes com 12 a 18 anos, segundo a classificação do Estatuto da Criança e do Adolescente

Prezado(a),

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

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

Endereço do responsável pela pesquisa

Instituição: Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Jörg Heukelbach e demais pesquisadores incluídos no estudo

Endereço: Rua Professor Costa Mendes, 1608; Bloco didático/ 5º andar – Bairro: Rodolfo Teófilo – Fortaleza, Ceará - CEP 60430-140

Telefones para contato: (85) 3366-8045 / 3366-8044

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

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 – Bairro: Rodolfo Teófilo – Fortaleza,

Ceará – CEP 60430-275

Telefone para contato: (85) 3366-8344

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

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

RISCOS E BENEFÍCIOS:

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

DIREITOS DOS PARTICIPANTES:

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

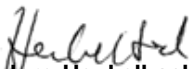
ASSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO:

Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento livre e esclarecido.

Eu, _____, portador(a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá

modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

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

| | |
|--|---|
| <p>_____</p> <p><i>Assinatura ou impressão datiloscópica</i> <i>Do adolescente voluntário ou responsável legal</i></p> | <p style="text-align: center;">  Jorg Heukelbach Coordenador Geral Projeto Integrahans Norte e Nordeste <i>Responsável pelo estudo</i> </p> <hr/> <p style="text-align: center;"><i>Nome do profissional que aplicou o TA</i> <i>(POR EXTENSO)</i></p> |
| <p style="text-align: center;">Endereço do(a) participante-voluntário(a)</p> <p>Domicílio: (rua, praça, conjunto): _____</p> <p>Complemento (nº): _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____</p> <p>Ponto de referência: _____ CEP _____</p> <p>Telefone(s) para contato: _____</p> | |

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO 14 - ESCALA DE RESTRIÇÃO À PARTICIPAÇÃO SOCIAL

PROJETO INTEGRAHANS NORTE & NORDESTE

| | |
|---|---|
| Número (ID) do Domicílio/Família: _____ | Número (ID) do Caso Referência: _____ |
| Unidade de Saúde: _____ | Número do SINAN do Caso Referência: _____ |
| Pesquisador: _____ | Data da Coleta: _____ |
| Revisor: _____ | Data da Revisão: _____ |
| Nome completo do caso referência _____ | |

| | Escala SALSA Screening of Activity Limitation & Safety Awareness (Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de Risco) Marque uma resposta em cada linha | Se SIM, o quanto isso é fácil para você? | | | Se NÃO, por que não? | | |
|-----|---|--|------------------|---------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| | | Fácil | Um pouco difícil | Muito difícil | Eu não preciso fazer isso | Eu fisicamente não consigo | Eu evito por causa do risco |
| 1. | Você consegue enxergar (o suficiente para realizar suas atividades diárias)? | 1 | 2 | 3 | | 4 | |
| 2. | Você se senta ou agacha no chão? | 1 | 2 | 3 | 0 | 4 | 4 |
| 3. | Você anda descalço? (a maior parte do tempo?) | 1 | 2 | 3 | 0 | 4 | 4 |
| 4. | Você anda sobre chão irregular? | 1 | 2 | 3 | 0 | 4 | 4 |
| 5. | Você anda distâncias mais longas? (mais do que 30 minutos?) | 1 | 2 | 3 | 0 | 4 | 4 |
| 6. | Você lava seu corpo todo? (usando sabão, esponja, jarra; de pé ou sentado) | 1 | 2 | 3 | 0 | 4 | 4 |
| 7. | Você corta as unhas das mãos ou dos pés? (por exemplo, usando tesoura ou cortador?) | 1 | 2 | 3 | 0 | 4 | 4 |
| 8. | Você segura um copo/tigela com conteúdo quente? (por exemplo, bebida, comida?) | 1 | 2 | 3 | 0 | 4 | 4 |
| 9. | Você trabalha com ferramentas? (ferramentas que você segura com as mãos para ajudar a trabalhar) | 1 | 2 | 3 | 0 | 4 | 4 |
| 10. | Você carrega objetos ou sacolas pesadas? (por exemplo, compras, comida, água, lenha) | 1 | 2 | 3 | 0 | 4 | 4 |
| 11. | Você levanta objetos acima de sua cabeça? (por exemplo, para colocar em uma prateleira, em cima de sua cabeça, para estender roupa para secar) | 1 | 2 | 3 | 0 | 4 | 4 |
| 12. | Você cozinha? (preparar comida quente ou fria?) | 1 | 2 | 3 | 0 | 4 | 4 |
| 13. | Você despeja/serve líquidos quentes? | 1 | 2 | 3 | 0 | 4 | 4 |
| 14. | Você abre/fecha garrafas com tampa de rosca? (por exemplo, óleo, água, refrigerante?) | 1 | 2 | 3 | 0 | 4 | 4 |
| 15. | Você abre vidros com tampa de rosca? (por exemplo, maionese?) | 1 | 2 | 3 | 0 | 4 | 4 |
| 16. | Você mexe/manipula objetos pequenos? (por exemplo, moedas, pregos, parafusos pequenos, grãos, sementes?) | 1 | 2 | 3 | 0 | 4 | 4 |

| | | | | | | | |
|--|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 17 | Você usa botões? (por exemplo, botões em roupas, bolsas?) | 1 | 2 | 3 | 0 | 4 | 4 |
| 18 | Você coloca linha na agulha? (passa a linha pelo buraco da agulha - "enfia a linha na agulha"?) | 1 | 2 | 3 | 0 | 4 | 4 |
| 19 | Você consegue apanhar pedaços de papel, mexe com papel / coloca papel em ordem? | 1 | 2 | 3 | 0 | 4 | 4 |
| 20 | Você consegue apanhar coisas do chão? | 1 | 2 | 3 | 0 | 4 | 4 |
| Escores parciais | | (S1) | (S2) | (S3) | (S4) | (S5) | (S6) |
| Escore SALSA (some todos os escores parciais) (S1+S2+S3+S4+S5+S6) | | = | | | | | |
| Classificação SALSA | Sem Limitação (SL) 10-24 Leve Limitação (LL) 25-39 Moderada Limitação (ML) 40-49 Grande Limitação (GL) 50-59 Extrema Limitação (EL) 60-80 | | | | | | |

Condições de saúde/médicas que afetam as atividades diárias:

(pode-se pensar em diminuição de ADM de quadril, dor nas costas, problemas em ombro ou joelho, trauma em mão...)

Anote qualquer adaptação/órtese utilizado pelo entrevistado:

(Pode-se pensar em óculos, cadeira de rodas, bengala ou andador, muletas, tutor, splints, talheres adaptados, instrumentos de trabalho adaptados, luvas ou panos, calçado especial, etc.)

ANEXO B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO 14 - ESCALA DE RESTRIÇÃO À PARTICIPAÇÃO SOCIAL

PROJETO INTEGRANS NORTE & NORDESTE

| | |
|---|---|
| Número (ID) do Domicílio/Família: _____ | Número (ID) do Caso Referência: _____ |
| Unidade de Saúde: _____ | Número do SINAN do Caso Referência: _____ |
| Pesquisador: _____ | Data da Coleta: _____ |
| Revisor: _____ | Data da Revisão: _____ |
| Nome completo do caso referência _____ | |

| Número | Escala de Participação De forma comparativa com os seus pares... | Não especificado, não respondeu | Sim | Às vezes | Não | Irrelevante, eu não quero, ou não preciso | Não é problema | Pequeno | Médio | Grande | PONTUAÇÃO |
|--------|---|------------------------------------|-----|----------|-----|---|----------------|---------|-------|--------|-----------|
| | | | 0 | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 1 | Você tem a mesma oportunidade que seus pares para encontrar trabalho? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 2 | Você trabalha tanto quanto os seus pares (mesmo número de horas, tipo de trabalho, etc.)? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 3 | Você contribui economicamente com a sua casa de maneira semelhante à de seus pares? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 4 | Você viaja para fora de sua cidade com tanta frequência quanto os seus pares (exceto para tratamento), p. ex., feiras, encontros, festas? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 5 | Você ajuda outras pessoas (p. ex., vizinhos, amigos ou parentes)? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 6 | Você participa de atividades recreativas/sociais com a mesma frequência que os seus pares (p. ex., esportes, conversas, reuniões)? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 7 | Você é tão ativo socialmente quanto os seus pares (p. ex., em atividades religiosas/comunitárias)? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| Número | Escala de Participação De forma comparativa com os seus pares... | Não especificado, não respondeu | Sim | Às vezes | Não | Irrelevante, eu não quero, eu não preciso | Não é problema | Pequeno | Médio | Grande | PONTUAÇÃO |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------------------|---|---------------------------|--|-------------------------|---|--------------------------|---|---|--|
| | | | 0 | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 8 | Você visita outras pessoas na comunidade com a mesma frequência que seus pares? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 9 | Você se sente à vontade quando encontra pessoas novas? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 10 | Você recebe o mesmo respeito na comunidade quanto os seus pares? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 11 | Você se locomove dentro e fora de casa e pela vizinhança/cidade do mesmo jeito que os seus pares? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 12 | Em sua cidade, você frequenta todos os locais públicos (incluindo escolas, lojas, escritórios, mercados, bares e restaurantes)? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 13 | Você tem a mesma oportunidade de se cuidar tão bem quanto seus pares (aparência, nutrição, saúde)? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 14 | Em sua casa, você faz o serviço de casa? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 15 | Nas discussões familiares, a sua opinião é importante? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 16 | Na sua casa, você come junto com as outras pessoas, inclusive dividindo os mesmos utensílios, etc.? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 17 | Você participa tão ativamente quanto seus pares das festas e rituais religiosos (p. ex., casamentos, batizados, velórios, etc.)? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| 18 | Você se sente confiante para tentar aprender coisas novas? | | 0 | | | | | | | | |
| | <i>[Se às vezes, não ou irrelevante]</i> até que ponto isso representa um problema para você? | | | | | | 1 | 2 | 3 | 5 | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | |
| Nenhuma restrição significativa | | Leve restrição | | Moderada restrição | | Grande restrição | | Extrema Restrição | | | |
| 0 – 12 | | 13 – 22 | | 23 – 32 | | 33 – 52 | | 53 – 90 | | | |

Comentários: _____

ANEXO C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO 15 – QUALIDADE DE VIDA - WHOQOL-BREF (ABREVIADO)

PROJETO INTEGRANS NORTE & NORDESTE

| | |
|---|---|
| Número (ID) do Domicílio/Família: _____ | Número (ID) do Caso Referência: _____ |
| Unidade de Saúde: _____ | Número do SINAN do Caso Referência: _____ |
| Pesquisador: _____ | Data da Coleta: _____ |
| Revisor: _____ | Data da Revisão: _____ |
| Nome completo do caso referência _____ | |

WHOQOL-BREF (ABREVIADO)
Versão em Português

**INSTRUÇÕES:**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, **tomando como referência as duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

| | Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

| | Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

| | Muito ruim | Ruim | Nem ruim nem boa | Boa | Muito boa |
|---|------------|------|------------------|-----|-----------|
| 1. Como você avaliaria sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
|--|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

| | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
|--|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. O quanto você aproveita a vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. O quanto você consegue se concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

| | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
|---|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Você é capaz de aceitar sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

| | Muito ruim | Ruim | Nem ruim Nem bom | Bom | Muito bom |
|--|--------------------|--------------|------------------------------------|------------|------------------|
| 15. Quão bem você é capaz de se locomover? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
| 16. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 19. Quanto satisfeito(a) você está consigo mesmo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Quanto satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Quanto satisfeito(a) você está com sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Quanto satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Quanto satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Quanto satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Quanto satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

| | Nunca | Algumas vezes | Frequentemente | Muito frequentemente | Sempre |
|---|-------|---------------|----------------|----------------------|--------|
| 26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____

Você tem algum comentário sobre o questionário? _____

ANEXO D – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO 16 – QUALIDADE DE VIDA - WHOQOL – OLD

PROJETO INTEGRANS NORTE & NORDESTE CASO REFERÊNCIA (INCLUI CASOS DIAGNOSTICADOS PELO ESTUDO)

| | |
|---|---------------------------------------|
| Número (ID) do Domicílio/Família: _____ | Número (ID) do Caso Referência: _____ |
| Número do SINAN do Caso Referência: _____ | |
| Pesquisador: _____ | Data da Coleta: _____ |
| Revisor: _____ | Data da Revisão: _____ |
| Nome completo do caso referência _____ | |

WHOQOL – OLD [idade atual igual ou superior a 60 anos] – Versão em Português

INSTRUÇÕES:



ESTE INSTRUMENTO NAO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

| | Nada | Muito pouco | Mais ou Menos | Bastante | Extremamente |
|---|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

As seguintes questões perguntam sobre **o quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

| | Nada | Muito pouco | Mais ou Menos | Bastante | Extremamente |
|--|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 1- Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Nada | Muito pouco | Mais ou Menos | Bastante | Extremamente |
|--|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 2- Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
|--|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 3- Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
|--|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 4- Até que ponto você sente que controla o seu futuro? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
|---|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 5- O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
|--|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 6- Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
|---|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 7- O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
|--------------------------------------|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 8- O quanto você tem medo de morrer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
|---|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 9- O quanto você teme sofrer dor antes de morrer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As seguintes questões perguntam sobre quão completamente você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

| | Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| 10- Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| 11- Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| 12- Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|
| vida? | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|

| | Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| 13- O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
|---|------|-------------|-------|-------|---------------|
| 14- Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu satisfeito, feliz ou bem sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

| | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
|--|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 15- Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
|--|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 16- Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
|---|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 17- Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
|--|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 18- Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Muito infeliz | Infeliz | Nem feliz nem infeliz | Feliz | Muito feliz |
|---|---------------|---------|-----------------------|-------|-------------|
| 19- Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Muito ruim | Ruim | Nem ruim nem boa | Boa | Muito boa |
|---|------------|------|------------------|-----|-----------|
| 20- Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

| | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
|---|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 21- Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
|--|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 22- Até que ponto você sente amor em sua vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
|--|-------------|--------------------|--------------|--------------|----------------------|
| 23- Até que ponto você tem oportunidades para amar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
|---|-------------|--------------------|--------------|--------------|----------------------|
| 24- Até que ponto você tem oportunidades para ser amado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____

Você tem algum comentário sobre o questionário? _____

ANEXO E – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO 17 – QUALIDADE DE VIDA EM DERMATOLOGIA

PROJETO INTEGRANS NORTE & NORDESTE

CASO REFERÊNCIA (INCLUI CASOS DIAGNOSTICADOS PELO ESTUDO)

| | |
|---|---|
| Número (ID) do Domicílio/Família: _____ | Número (ID) do Caso Referência: _____ |
| Unidade de Saúde: _____ | Número do SINAN do Caso Referência: _____ |
| Pesquisador: _____ | Data da Coleta: _____ |
| Revisor: _____ | Data da Revisão: _____ |
| Nome completo do caso referência | _____ |

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 X a melhor resposta para cada pergunta.

| | | | | | |
|---|------------|----------|---------------|------|---------------|
| 1. Na última semana, quanto sua pele coçou, esteve sensível, dolorida ou ardida? | Muitíssimo | Muito | Um pouco | Nada | |
| 2. Na última semana, você ficou com vergonha ou se preocupou com sua aparência por causa de sua pele? | Muitíssimo | Muito | Um pouco | Nada | |
| 3. Na última semana, quanto sua pele interferiu nas suas compras ou nas suas atividades dentro e fora de casa? | Muitíssimo | Muito | Um pouco | Nada | Não relevante |
| 4. Na última semana, quanto sua pele influenciou na escolha das roupas que você vestiu? | Muitíssimo | Muito | Um pouco | Nada | Não relevante |
| 5. Na última semana, quanto sua pele afetou as atividades sociais ou de lazer? | Muitíssimo | Muito | Um pouco | Nada | Não relevante |
| 6. Na última semana, quanto sua pele atrapalhou a prática de esportes? | Muitíssimo | Muito | Um pouco | Nada | Não relevante |
| 7. Na última semana, sua pele o impediu de trabalhar ou ir à escola? | Sim | Não | Não relevante | | |
| Caso sua resposta seja NÃO, na última semana quanto sua pele lhe causou problemas no trabalho ou na escola? | Muito | Um pouco | Nada | | |
| 8. Na última semana, quanto sua pele lhe causou problemas com seu parceiro ou amigos mais próximos e parentes? | Muitíssimo | Muito | Um pouco | Nada | Não relevante |
| 9. Na última semana, quanto seu problema de pele lhe causou dificuldades sexuais? | Muitíssimo | Muito | Um pouco | Nada | Não relevante |
| 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 | Muito | Um pouco | Nada | Não relevante |

ANEXO F – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

| |
|---|
| INSTRUMENTO 25 – ESCALA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR - CASO REFERÊNCIA |
| PROJETO INTEGRANS NORTE & NORDESTE |

| Número (ID) do Domicílio/Família: _____ | | Número (ID) do Caso Referência: _____ | |
|--|--|---|---------|
| Unidade de Saúde: _____ | | Número do SINAN do Caso Referência: _____ | |
| Pesquisador: _____ | | Data da Coleta: _____ | |
| Revisor: _____ | | Data da Revisão: _____ | |
| ABORDAGEM DO CASO REFERÊNCIA | | | |
| ITEM | QUESTÃO | CÓDIGOS/CATEGORIAS | REVISOR |
| 1. | Nome completo do caso referência | _____ | |
| 2. | Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o senhor (a) teve a preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar mais comida? | Não 0 Sim 1 () Não sabe / Não quer responder 9 | |
| 3. | Se SIM, com que frequência? | Em quase todos os dias 1 Em alguns dias 2 () Em apenas 1 ou 2 dias 3 Não sabe / Não quer responder 9 | |
| 4. | Nos ÚLTIMOS 3 MESES, a comida acabou antes que o(a) senhor(a) tivesse dinheiro para comprar mais? | Não 0 Sim 1 () Não sabe / Não quer responder 9 | |
| 5. | Se SIM, com que frequência? | Em quase todos os dias 1 Em alguns dias 2 () Em apenas 1 ou 2 dias 3 Não sabe / Não quer responder 9 | |
| 6. | Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) senhor(a) ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? | Não 0 Sim 1 () Não sabe / Não quer responder 9 | |
| 7. | Se SIM, com que frequência? | Em quase todos os dias 1 Em alguns dias 2 () Em apenas 1 ou 2 dias 3 Não sabe / Não quer responder 9 | |
| As questões 8 e 9 devem ser perguntadas somente em domicílio com moradores menores de 18 anos. | | | |
| 8. | Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) senhor(a) teve que se basear em apenas alguns poucos tipos de alimentos para alimentar os moradores com menos de 18 anos, porque o dinheiro acabou? | Não 0 Sim 1 () Não sabe / Não quer responder 9 | |
| 9. | Se SIM, com que frequência? | Em quase todos os dias 1 Em alguns dias 2 () Em apenas 1 ou 2 dias 3 Não sabe / Não quer responder 9 | |
| Caso o entrevistado tenha respondido “não” e “não sabe” em todas as perguntas 1, 3, 5 e 7 encerre o questionário. Caso contrário (qualquer um dos quesitos respondidos afirmativamente) siga para a próxima questão (10). | | | |
| 10. | NOS ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) SENHOR(A) OU ALGUM adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? | Não 0 Sim 1 () Não sabe / Não quer responder 9 | |

| | | | | |
|---|--|--|------------------|-----|
| 11. | Se SIM, com que frequência? | Em quase todos os dias Em alguns dias Em apenas 1 ou 2 dias Não sabe / Não quer responder | 1 2 3 9 | () |
| 12. | Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) senhor(a) alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida? | Não Sim Não sabe / Não quer responder | 0 1 9 | () |
| 13. | Se SIM, com que frequência? | Em quase todos os dias Em alguns dias Em apenas 1 ou 2 dias Não sabe / Não quer responder | 1 2 3 9 | () |
| 14. | Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) senhor(a) alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente? | Não Sim Não sabe / Não quer responder | 0 1 9 | () |
| 15. | Se SIM, com que frequência? | Em quase todos os dias Em alguns dias Em apenas 1 ou 2 dias Não sabe / Não quer responder | 1 2 3 9 | () |
| 16. | Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) senhor(a) perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida? | Não Sim Não sabe / Não quer responder | 0 1 9 | () |
| 17. | A quantidade de peso que perdeu foi: | Pequena Média Muita Não sabe / Não quer responder | 1 2 3 9 | () |
| 18. | Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) senhor(a) ou qualquer outro adulto em sua casa ficou, alguma vez, um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar a comida? | Não Sim Não sabe / Não quer responder | 0 1 9 | () |
| 19. | Se SIM, com que frequência? | Em quase todos os dias Em alguns dias Em apenas 1 ou 2 dias Não sabe / Não quer responder | 1 2 3 9 | () |
| As questões abaixo devem ser perguntadas apenas em domicílio que tem menores de 18 anos, se não houver menores de 18 anos encerre o módulo e agradeça ao entrevistado. | | | | |
| 20. | Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) senhor(a) não pode oferecer a algum morador com menos de 18 anos, uma alimentação saudável e variada, porque não tinha dinheiro? | Não Sim Não sabe / Não quer responder | 0 1 9 | () |
| 21. | Se SIM, com que frequência? | Em quase todos os dias Em alguns dias Em apenas 1 ou 2 dias Não sabe / Não quer responder | 1 2 3 9 | () |
| 22. | Nos ÚLTIMOS 3 MESES, algum morador com menos de 18 anos não comeu em quantidade suficiente, porque não havia dinheiro para comprar a comida? | Não Sim Não sabe / Não quer responder | 0 1 9 | () |
| 23. | Se SIM, com que frequência? | Em quase todos os dias Em alguns dias Em apenas 1 ou 2 dias Não sabe / Não quer responder | 1 2 3 9 | () |
| 24. | Nos ÚLTIMOS 3 MESES, o(a) senhor(a), alguma vez, diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? | Não Sim Não sabe / Não quer responder | 0 1 9 | () |

| | | | | |
|-----|--|--|------------------|-----|
| 25. | Se SIM, com que frequência? | Em quase todos os dias Em alguns dias Em apenas 1 ou 2 dias Não sabe / Não quer responder | 1 2 3 9 | () |
| 26. | Nos ÚLTIMOS 3 MESES, alguma vez algum morador com menos de 18 anos deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida? | Não Sim Não sabe / Não quer responder | 0 1 9 | () |
| 27. | Se SIM, com que frequência? | Em quase todos os dias Em alguns dias Em apenas 1 ou 2 dias Não sabe / Não quer responder | 1 2 3 9 | () |
| 28. | Nos ÚLTIMOS 3 MESES, algum morador com menos de 18 anos teve fome, mas você simplesmente não podia comprar mais comida? | Não Sim Não sabe / Não quer responder | 0 1 9 | () |
| 29. | Se SIM, com que frequência? | Em quase todos os dias Em alguns dias Em apenas 1 ou 2 dias Não sabe / Não quer responder | 1 2 3 9 | () |
| 30. | Nos ÚLTIMOS 3 MESES, algum morador com menos de 18 anos teve apenas uma refeição ao dia, ou ficou sem comer por um dia inteiro, porque não havia dinheiro para comprar comida? | Não Sim Não sabe / Não quer responder | 0 1 9 | () |
| 31. | Se SIM, com que frequência? | Em quase todos os dias Em alguns dias Em apenas 1 ou 2 dias Não sabe / Não quer responder | 1 2 3 9 | () |

ANEXO G – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO 24 – INQUÉRITO NUTRICIONAL - CASO REFERÊNCIA

PROJETO INTEGRANS NORTE & NORDESTE
PREENCHIMENTO COM VERIFICAÇÃO DE DADOS DO CASO [1] / PRONTUÁRIO [2] /
SINAN [3]

| | |
|---|---|
| Número (ID) do Domicílio/Família: _____ | Número (ID) do Caso Referência: _____ |
| Unidade de Saúde: _____ | Número do SINAN do Caso Referência: _____ |
| Pesquisador: _____ | Data da Coleta: _____ |
| Revisor: _____ | Data da Revisão: _____ |

PERFIL NUTRICIONAL DO CASO REFERÊNCIA

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

| | | | | |
|---|---|---|-----------------------|-----|
| 11. | Em quantos dias da semana costuma comer carne vermelha? (<i>boi, porco, cabrito</i>) | Nenhum Dias _____ Ignorado / Não que responder | 0 1 9 | () |
| 12. | Se SIM, quando come carne vermelha, costuma: | Tirar o excesso de gordura visível Comer com a gordura | 1 2 | () |
| 13. | Em quantos dias da semana costuma comer frango/galinha? | Nenhum Dias _____ Ignorado / Não que responder | 0 1 9 | () |
| 14. | Se SIM, quando come frango/galinha costuma: | Tirar a pele Comer com a pele | 1 2 | () |
| 15. | Em quantos dias da semana costuma comer peixe? | Nenhum Dias _____ Ignorado / Não que responder | 0 1 9 | () |
| 16. | Em quantos dias da semana costuma tomar suco de fruta natural? | Nenhum Dias _____ Ignorado / Não que responder | 0 1 9 | () |
| 17. | Se SIM, quantos copos por dia toma de suco natural de frutas? | 1 copo 2 copos 3 copos ou mais | 1 2 3 | () |
| 18. | Em quantos dias da semana costuma comer frutas? | Nenhum Dias _____ Ignorado / Não que responder | 0 1 9 | () |
| 19. | Se SIM, quantas vezes por dia come frutas? | 1 vez por dia 2 vezes por dia 3 vezes ou mais por dia | 1 2 3 | () |
| 20. | Em quantos dias da semana costuma tomar refrigerante (ou suco artificial)? | Nenhum Dias _____ Ignorado / Não que responder | 0 1 9 | () |
| 21. | Se SIM, que tipo de refrigerante ou suco artificial costuma tomar? | Normal Diet / Light / Zero Ambos | 1 2 3 | () |
| 22. | Se SIM, em geral, quantos copos costuma tomar por dia? | 1 copo 2 copos 3 copos ou mais | 1 2 3 | () |
| 23. | Em quantos dias da semana costuma tomar leite? (<i>Não vale leite de soja</i>) | Nenhum Dias _____ Ignorado / Não que responder | 0 1 9 | () |
| 24. | Se SIM, que tipo de leite costuma tomar? | Integral Desnatado ou Semidesnatado Os dois tipos | 1 2 3 | () |
| 25. | Em quantos dias da semana come alimentos doces, tais como pedaços de bolo ou tortas, doces, chocolates, balas, biscoitos ou bolachas doces? | Nenhum Dias _____ Ignorado / Não que responder | 0 1 9 | () |
| 26. | Em quantos dias da semana substitui a refeição do almoço ou jantar por sanduíches, salgados ou pizza? | Nenhum Dias _____ Ignorado / Não que responder | 0 1 9 | () |
| 27. | Considerando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados, acha que seu consumo de sal é: | Muito alto Alto Adequado Baixo Muito baixo | 1 2 3 4 5 | () |
| Medidas Antropométricas (neste momento o entrevistado deve estar de pé, vestido de roupas leves, descalço e sem adornos – relógio, pulseiras, colares) | | | | |

| | | | |
|-----|---|---|---------------------------------|
| 28. | Faixa etária: <i>[Em caso de dúvida nesta classificação, descrever]</i> | Criança (menor de 2 anos) 1 Criança (entre 2 e 9 anos) 2 Adolescente (entre 10 e 19 anos) 3 Adulto (entre 20 e 59 anos) 4 Idoso (acima de 60 anos) 5 Gestante 6 Dúvida 7 Especificar _____ | () |
| 29. | Peso <i>[2 casas decimais após a vírgula]</i> | _____ (Kg) | () |
| 30. | Estatura <i>[2 casas decimais após a vírgula]</i> | _____ (m) | () |
| 31. | Índice de Massa Corporal (IMC) <i>[2 casas decimais após a vírgula]</i> | _____ (Kg/m ²) | () |
| 32. | Circunferência Cervical | _____ (cm) | () |
| 33. | Circunferência da Cintura | _____ (cm) | () |
| 34. | Circunferência Abdominal | _____ (cm) | () |
| 35. | Circunferência do Quadril | _____ (cm) | () |
| 36. | Relação Cintura Quadril (RCQ) | _____ | () |
| 37. | Distribuição da Gordura Corporal <i>[pode ser marcada mais de 1 opção - Giba e qualquer outro]</i> <i>[não se aplica em criança, adolescente, idoso e gestante]</i> | Giba 1 Ginecóide 2 Andróide 3 Eutrófico 4 Não se aplica 5 | () () |
| 38. | Inspeção Corporal <i>[pode ser marcada mais de 1 opção]</i> <i>[somente para pacientes em uso de corticoides]</i> | Face em lua 1 Estrias 2 Acne 3 Pele fina 4 Equimose 5 Não se aplica 6 Ignorado 9 | () () () () () |

OBSERVAÇÕES: _____

ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO À SAÚDE PARA HANSENÍASE EM ÁREAS DE ALTA ENDEMICIDADE NOS ESTADOS DE RONDÔNIA, TOCANTINS E BAHIA: ABORDAGEM INTEGRADA DE ASPECTOS OPERACIONAIS, EPIDEMIOLÓGICOS (ESPAÇO-TEMPORAIS), CLÍNICOS E PSICOSSOCIAIS
PROJETO INTEGRAHANS-NORTE/NORDESTE

Pesquisador: JORG HEUKELBACH

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19258214.2.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Departamento de Saúde Comunitária

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 544.962

Data da Relatoria: 28/02/2014

Apresentação do Projeto:

O presente projeto é uma abordagem integrada incluindo estudos epidemiológicos quantitativos de base populacional, além de estudos operacionais e qualitativos. Está organizado em:- estudos de base incluindo a abordagem de: 1) padrões e tendências de aglomerados espaço-temporais dos casos de hanseníase diagnosticados no período de 2001 a 2012 em relação a variáveis sócias, demográficas, econômicas, ambientais, clínicoepidemiológicas e operacionais e 2) fatores de risco (operacionais rede de atenção, clínicos, epidemiológicos, sociais, econômicos, demográficos, ambientais) associados aos padrões de: detecção de casos, desempenho de avaliação de contatos, ocorrência de incapacidades físicas / episódios reacionais dos casos de hanseníase diagnosticados no período de 2001 a 2012- sub-estudos que englobam como dimensões: 1) aspectos epidemiológicos e operacionais da abordagem de contatos domiciliares pelos serviços de saúde de casos com hanseníase no período de 2007 a 2012, 2) padrões de completitude e consistência do SINAN como fonte de dados sobre avaliação de contatos domiciliares de casos com hanseníase no período de 2007 a 2012 confrontação do SINAN com dados primários, 3) aspectos clínicos (perfil clínico geral, comprometimento neural, episódios reacionais, limitação de atividade e consciência

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 544.962

de risco) de casos com hanseníase no período de 2007 a 2012, 4) acesso à rede de atenção à saúde de casos com hanseníase diagnosticados no período de 2007 a 2012 e confronto entre residência e local de notificação, 5) perfil socioeconômico e demográfico dos casos de hanseníase diagnosticados no período de 2007 a 2012 e seus familiares e necessidades sociais e em saúde, 6) Estigma associado à hanseníase em casos novos e antigos de hanseníase, 7) qualidade de vida de casos com hanseníase no período de 2007 a 2012, 8) redes sociais que permeiam profissionais, programas e usuários do serviço de saúde relativos ao controle da hanseníase. Todo o processo desenvolvimento dos estudos operacionais, epidemiológicos e qualitativos será aninhado a partir dos estudos de base. Indubitavelmente, essa abordagem ampla incorpora necessariamente o conceito de integralidade. A integralidade aqui é reconhecida em termos de diferentes sentidos, a partir da afirmação de que a integralidade é um dos princípios constitucionais e um dos pilares do SUS que se refere tanto às pessoas quanto ao sistema de saúde e suas redes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Caracterizar os aspectos operacionais, epidemiológicos (espaço-temporais), clínicos e psicossociais que influenciam a atenção à saúde para o controle da hanseníase em áreas de alta endemicidade em municípios dos estados de Rondônia, Tocantins e Bahia.

Objetivo Secundário: 1. Caracterizar os padrões e tendências de aglomerados espaço-temporais dos casos de hanseníase diagnosticados no período de 2001 a 2012. Identificar os fatores de risco (operacionais rede de atenção, clínicos, epidemiológicos, sociais, econômicos, demográficos, ambientais) associados aos padrões de: detecção de casos, desempenho de avaliação de contatos, ocorrência de incapacidades físicas dos casos de hanseníase no período de 2001 a 2012. Caracterizar os aspectos epidemiológicos e operacionais da abordagem de contatos domiciliares pelos serviços de saúde de casos com hanseníase no período de 2007 a 2012. Identificar os padrões de completude e consistência do SINAN como fonte de dados sobre avaliação de contatos domiciliares de casos com hanseníase no período de 2007 a 2012. Caracterizar o desempenho em relação à vigilância de contatos de hanseníase e os determinantes de baixa cobertura da avaliação de contatos no período de 2007 a 2012. Caracterizar os aspectos clínicos (perfil clínico geral, comprometimento neural, episódios reacionais, limitação de atividade e consciência de risco) de casos com hanseníase no período de 2007 a 2012. Caracterizar os padrões de acesso à rede de atenção à saúde de casos com hanseníase no período de 2007 a 2012. Caracterizar o estigma associado e a restrição à participação social em casos de hanseníase no período de 2007 a 2012. Comparar o desempenho da utilização de diferentes métodos de

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 544.962

quantificação de estigma associado à hanseníase dentro da realidade brasileira em regiões de alta endemicidade segundo gênero no período de 2007 a 2012. Caracterizar o impacto dos diferentes contextos socioculturais em relação à hanseníase como condição estigmatizante no período de 2007 a 2012. Caracterizar a qualidade de vida em casos de hanseníase no período de 2007 a 2012. Caracterizar as redes sociais que permeiam os espaços profissionais, programáticos e comunitários relativos ao controle da hanseníase no período de 2007 a 2012. Fornecer estratégias efetivas aos programas municipais, estaduais e nacional de controle da hanseníase visando o aperfeiçoamento do desempenho das ações de atenção à saúde de casos novos e em pós-alta da PQT no período de 2007 a 2012. Avaliar diferentes estratégias de intervenção com foco na redução do estigma adaptadas ao contexto de comunidades das regiões Norte e Nordeste do Brasil, considerando-se a hanseníase e suas sequelas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Todas as situações clínicas (comorbidades e/ou eventos direta ou indiretamente associados à hanseníase) diagnosticadas por conta do desenvolvimento das atividades do estudo serão prontamente manejadas e minimizados os possíveis riscos, caso necessário, referidas de acordo com o seu nível de complexidade, para os serviços responsáveis, contando como referência os serviços de referência definidos dentro da rede de cada estado participante.

Benefícios: Como contribuições científicas têm-se principalmente a abrangência dos objetos, incluindo não somente aspectos clínico-epidemiológicos e a avaliação de ações e serviços/estabelecimentos, como também relativos às ciências sociais. Enfrenta-se o questionamento que se faz às estratégias de avaliação do tipo „caixa preta“, por meio da valorização da necessidade de consideração do contexto local e o processo desenvolvido para se alcançar os resultados pretendidos. Ressalta-se também a integração de alguns aspectos de redes sociais e de serviços que conformam as ações organizadas para as questões específicas da hanseníase. Essa abordagem integrada de disciplinas, no contexto local, potencializa recursos e olhares a respeito de potenciais caminhos para o alcance do controle. Para tanto, o desenvolvimento de estudo de base populacional é chave, incluindo a perspectiva de se constituir uma coorte para estudos futuros, a serem desenvolvidos a partir das recomendações e resultados a serem obtidos, com envolvimento direto dos atores locais. Isto se dá uma vez que as recomendações a serem implementadas poderão ser alvo de novas avaliações no futuro para dar sustentabilidade ao controle. Além disso, o estabelecimento de coorte populacional para estudos prospectivos futuros de longa duração permitirá a avaliação de aspectos relevantes incidentes no momento do pós-alta. Ressalta-se que em um cenário futuro de alcance do controle, com uma

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 544.962

redução do número de casos novos, os aspectos relativos ao pós-alta convergirão para o problema principal dos próximos anos. A definição de metas estruturantes no estudo permite ao final pontuar desfechos estratégicos do ponto de vista operacional e epidemiológico. Estas metas são assim definidas: 1- fornecer estratégias efetivas aos programas municipais, estaduais e nacional de controle da hanseníase visando o aperfeiçoamento do desempenho das ações para o controle sustentável; 2- desenvolver uma coorte populacional representativa incluindo os casos novos durante um ano, para realização de futuros estudos prospectivos longitudinais, focalizando nos determinantes do desenvolvimento de incapacidades na pós-alta.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto é uma abordagem integrada incluindo estudos epidemiológicos quantitativos de base populacional, além de estudos operacionais e qualitativos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos exigidos por este CEP foram apresentados. O cronograma foi refeito.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 28 de Fevereiro de 2014

Assinador por:

FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Dr. Fernando A. Frota Bezerra
Coordenador do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO J – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA (ADENDO)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPEAQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATENÇÃO À SAÚDE PARA HANSENÍASE EM ÁREAS DE ALTA ENDEMICIDADE NOS ESTADOS DE RONDÔNIA, TOCANTINS E BAHIA: ABORDAGEM INTEGRADA DE ASPECTOS OPERACIONAIS, EPIDEMIOLÓGICOS (ESPAÇO-TEMPORAIS), CLÍNICOS E PSICOSSOCIAIS PROJETO INTEGRAHAN-S-NORTE/NORDESTE

Pesquisador: JORG HEUKELBACH

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 19258214.2.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: CNPQ
Departamento de Saúde Comunitária

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.086.400

Data da Relatoria: 28/05/2015

Apresentação do Projeto:

Ajuste e acréscimo de objetivos específicos ao período do estudo, bem como à inserção de mais duas Instituições coparticipantes Tremedal na Bahia e Rolim de Moura em Rondônia.

Objetivo da Pesquisa:

Ajuste e acréscimo de objetivos específicos ao período do estudo, bem como à inserção de mais duas Instituições coparticipantes Tremedal na Bahia e Rolim de Moura em Rondônia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Ajuste e acréscimo de objetivos específicos ao período do estudo, bem como à inserção de mais duas Instituições coparticipantes Tremedal na Bahia e Rolim de Moura em Rondônia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ajuste e acréscimo de objetivos específicos ao período do estudo, bem como à inserção de mais duas Instituições coparticipantes Tremedal na Bahia e Rolim de Moura em Rondônia.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Ajuste e acréscimo de objetivos específicos ao período do estudo, bem como à inserção de mais duas Instituições coparticipantes Tremedal na Bahia e Rolim de Moura em Rondônia.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPEAQ



Continuação do Parecer: 1.086.400

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 29 de Maio de 2015

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-275
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br