

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA-UnB
FACULDADE DE CEILÂNDIA-FCE
CURSO DE FISIOTERAPIA

CAROL LIMA BARROS

PERFIL EPIDEMIOGRÁFICO DE INDIVÍDUOS
COM HANSENÍASE DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

BRASÍLIA
2018

CAROL LIMA BARROS

PERFIL EPIDEMIOGRÁFICO DE INDIVÍDUOS
COM HANSENÍASE DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade de Brasília – UnB – Faculdade de Ceilândia como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.
Orientador (a): Prof.^a Dr.^a. Luisiane de Ávila Santana

BRASÍLIA
2018

CAROL LIMA BARROS

**PERFIL EPIDEMIOGRÁFICO DE INDIVÍDUOS
COM HANSENÍASE DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

Brasília, 03 /Julho /2018

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a. Luisiane de Ávila Santana
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB
Orientadora

Prof.^a Dr.^a. Aline Araújo do Carmo
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Prof.Dr. Wildo Navegantes de Araújo
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília-UnB

Dedicatória

Dedico esse trabalho à minha família que sonhou esse sonho comigo, que esteve ao meu lado em todos os momentos, sempre com otimismo, bom humor e paciência.

Agradecimentos

À Deus que de maneira tão íntima e pessoal, tem cuidado dos mínimos detalhes, me dado fôlego de vida, coragem, força e perseverança. Ele abriu o caminho e tem me levado em seus braços dia após dia. À Ele seja dada toda honra e glória.

Aos meus pais, Eunice e Flávio, que têm me sustentado em oração, carinho, amor, dedicação e apoio incondicional.

À minha irmã Iza, companheira, amiga Leal, presente de Deus, que me escuta incansavelmente e que me auxilia em tudo, inclusive neste trabalho.

À minha orientadora, Luisiane que tão gentilmente me acolheu nessa caminhada e depositou em mim apoio e confiança que resultaram na elaboração desse trabalho.

Aos amigos mais chegados que irmãos, que, direta ou indiretamente me auxiliaram em carinho, força, oração, um abraço ou um sorriso.

Obrigada.

Epígrafe

“Veni. Vidi. Vici. – Vim. Vi. Venci” (Júlio César 47 a.C.)

RESUMO

BARROS, Carol Lima. Perfil epidemiográfico de indivíduos com hanseníase do Hospital Universitário de Brasília. 2018. 41 f. Monografia (Graduação) - Universidade de Brasília, Graduação em Fisioterapia, Faculdade de Ceilândia. Brasília, 2018.

Introdução: A hanseníase é uma doença infecciosa crônica, endêmica em países tropicais com distribuição desigual da doença nas regiões brasileiras, tendo maior prevalência a região Centro-Oeste com 37,27 casos por 100.000 habitantes. As manifestações de incapacidades físicas estão relacionadas ao tempo de evolução da doença. **Objetivo:** Traçar o perfil dos indivíduos hansenianos atendidos no Ambulatório de Hanseníase do Hospital Universitário de Brasília e identificar o grau de incapacidade operacional e, como objetivo secundário, verificar a contribuição da fisioterapia para o hanseniano. **Métodos:** Realizou-se estudo de coorte retrospectivo. Foram incluídos indivíduos que concluíram o tratamento poliquimioterápico em 2016 e tiveram acompanhamento fisioterapêutico no mesmo período totalizando 55 indivíduos. A análise dos dados considerou frequências relativas e absolutas das variáveis de interesse. **Resultados:** A maioria era do sexo masculino (54,5%), entre 22 a 60 anos (72,72%). Observou-se prevalência de indivíduos Multibacilares (92,63%) e forma clínica Virchowiana (38,2%). A maioria apresentava incapacidade física Grau I (48,2%). Seis (10,9%), dos 55 indivíduos foram reavaliados 12 meses após a avaliação, destes, 3 (50%) apresentaram diminuição do grau de incapacidade. A orientação de autocuidado individual foi observada em todos os indivíduos (100%). **Conclusão:** O perfil levantado demonstra maioria do sexo masculino, idade economicamente produtiva, em exercício profissional com baixo nível de escolaridade, prevalência da forma clínica Virchowiana, classificação operacional Multibacilar, com grau I de incapacidades físicas. A atuação da fisioterapia reuniu dados insuficientes que pudessem apontar seus benefícios em relação ao grau de incapacidades físicas, porém, também demonstram uma falha em relação ao registro dos prontuários e também dos comparativos pré e pós tratamento.

Palavras chave: Hanseníase. Fisioterapia. Pesquisa sobre Serviços de Saúde.

ABSTRACT

BARROS, Carol Lima, Epidemiographic profile of individuals with leprosy at the University Hospital of Brasilia. 2018. 41 p. - University of Brasilia, undergraduate course of Physiotherapy, Faculty of Ceilândia. Brasília, 2018.

Introduction: Leprosy is a chronic infectious disease, endemic in tropical countries with unequal distribution of disease in the Brazilian regions, with a greater prevalence in the Central-West region with 37.27 cases per 100,000 inhabitants. The manifestations of physical disabilities are related to the time of evolution of the disease. **Objective:** To trace the profile of the individuals attended at the Leprosy Outpatient Clinic of the University Hospital of Brasília and to identify the degree of operational incapacity, thus, to verify the contribution of physiotherapy to persons affected by leprosy. **Methods:** A retrospective cohort study was performed. Were included individuals who completed multidrug therapy (MDT) in 2016 and had physiotherapeutic follow-up in the same period, totaling 55 individuals. Data analysis considered relative and absolute frequencies of the variables of interest. **Results:** Most patients were male (54.5%), in the age range of 22 to 60 years (72.72%). Prevalence of Multibacillary individuals (92.63%) and Virchowian clinical form (38.2%) was observed. Most of them had Grade I physical disabilities (48.2%). Six (10.9%) individuals were reassessed 12 months after treatment, of which, 3 (50%) presented a decrease in the degree of disability. The individual self-care orientation was observed in all individuals (100%). **Conclusion:** The profile showed a majority of males, economically productive age, in professional practice with low level of education, prevalence of Virchowian clinical form, Multibacillary operational classification, with degree 1 of physical disabilities. Physiotherapy did not have sufficient data to show its benefits in relation to the degree of physical incapacity, but also demonstrated a failure in relation to the medical records and comparative pre and post treatment comparisons.

Keywords: Leprosy. Physical Therapy. Health Services Research.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. MÉTODOS.....	14
3. RESULTADOS.....	15
4. DISCUSSÃO	18
6. CONCLUSÃO	23
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
8. ANEXOS	30
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA CIENTÍFICA.....	30
ANEXO B – TABELA DE CONTROLE DE ATENDIMENTOS.....	37
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	38

LISTA DE ABREVIATURAS

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

HUB – Hospital Universitário de Brasília

M. leprae – *Mycobacterium leprae*

MB – Multibacilar

OMP – Olhos, Mãos e pés

OMS – Organização Mundial da Saúde

PB – Paucibacilar

PQT - Poliquimioterapia

SALSA – *Screening Activity Limitation and Safety Awareness* ou Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de Risco

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 – Dados sócio-demográficos.....	15
Tabela 2 – Aspectos clínicos	16
Tabela 3 – Avaliação dermatoneurológica por grau de incapacidade OMP.....	16
Tabela 4 – Avaliação dermatoneurológica por número de feridas nas mãos e pés.....	17
Tabela 5 – Grau de incapacidade avaliação e após 12 meses.....	17

1. Introdução

A hanseníase é uma doença infecciosa crônica, de evolução lenta, causada pelo agente etiológico *Mycobacterium leprae*, que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés. É bacilo álcool-ácido resistente, parasita intracelular com predileção pela célula de Schwann e pele, que não pode ser cultivado (1). A doença apresenta-se nas formas Paucibacilar (PB), com até 5 lesões na pele ou Multibacilar (MB) a partir de 5 lesões ou mais (2).

A hanseníase é uma doença endêmica em países tropicais. O Brasil, em 2016, registrou prevalência de 22710 casos, a distribuição da doença é desigual nas regiões brasileiras, tendo maior prevalência a região Centro-Oeste com 37,27 casos por 100.000 habitantes (3,4). As manifestações de incapacidades físicas estão relacionadas ao tempo de evolução da doença (5).

Para que uma pessoa seja diagnosticada com a doença, um ou mais critérios precisam ser positivos, lesão de pele com alteração de sensibilidade, espessamento de tronco nervoso e/ou baciloscopia positiva na pele, assim definidos pelo Ministério da Saúde (6). A palpação dos troncos nervosos garante a avaliação do calibre dos nervos acometidos com avaliação bilateral. Os nervos comumente acometidos são nos membros superiores, o nervo ulnar, o mediano, radial e radial cutâneo; nos membros inferiores, o tibial posterior e o fibular comum; (6).

A avaliação neurológica padronizada para hanseníase proposta pelo Ministério da Saúde (7), como preconizada, deve ser realizada em grandes centros de saúde, somada a ela são propostos instrumentos que medem limitação de atividade, qualidade de vida ou mesmo restrição de participação, tratam-se das escalas semi-qualitativas SALSA (*Screening Activity Limitation and Safety Awareness* ou Triagem de Limitação de Atividade e Consciência de Risco) e Escala de Participação, baseadas na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), um instrumento que permite a caracterização de funcionalidade e incapacidade decorrentes de diferentes patologias nos diferentes contextos em que as pessoas, com as mesmas doenças estão inseridas (8, 9,10).

O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença

proporcionando alterações motoras e sensoriais potenciais para incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades, como dedos em garras, abaulamento do arco plantar e pé caído que geram impactos significativos nos âmbitos físico e social dos indivíduos acometidos (11).

A fisioterapia atua na avaliação e na prevenção de incapacidades (12), a partir de avaliações protocoladas pelo Ministério da Saúde (7) que devem ser realizadas da seguinte forma, a avaliação de força é feita bilateralmente pela abdução do 5º dedo, abdução do polegar e extensão de punho, extensão do hálux e a dorsiflexão do pé. A avaliação sensitiva é feita nos 6 pontos de sensibilidade das mãos e nos 9 pontos nos pés descritos por meio dos monofilamentos do estesiômetro, instrumento próprio para essa finalidade.

Quando observada a necessidade, a intervenção fisioterapêutica pode ser realizada utilizando o exercício terapêutico compreendido por movimentos físicos, posturas ou atividades planejadas. Este é um dos recursos que a fisioterapia utiliza para melhorar ou restaurar a função e aptidão física e reduzir riscos, nas várias repercussões que a hanseníase traz e desse modo, prevenir contraturas, deformidades. O autocuidado consiste em procedimentos, técnicas e exercícios realizados pelo indivíduo acometido pela doença, em seu domicílio, após orientação de profissionais de saúde que objetiva cuidados específicos como a hidratação da pele, calçados adequados, com ênfase na melhor qualidade de vida, acarretando conseqüentemente menores taxas de incidência e prevalência de agravos crônicos (11,13–15)

Traçar o perfil epidemiológico de indivíduos com hanseníase permite acompanhamento da situação da doença, com foco no Distrito Federal, que de 2012 a 2016 registrou taxa de detecção de casos novos de 7,4/100.000 habitantes (3), analisar variáveis como sexo, aspectos epidemiológicos e operacionais da hanseníase e as ações empregadas no decorrer do tratamento.

Neste sentido, este projeto teve como objetivo primário identificar o perfil dos indivíduos atendidos no Ambulatório de Hanseníase do Hospital Universitário de Brasília (HUB), que tiveram atendimento fisioterapêutico e receberam alta, a fim de identificar, após um período de 12 meses o grau de incapacidade. Como objetivo secundário verificar se houve a contribuição da fisioterapia para o hanseniano.

2. Métodos

Desenho de estudo

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, realizado no Ambulatório de Hanseníase do Hospital Universitário de Brasília.

População de estudo

A coleta de dados foi obtida por fontes secundárias com coleta de dados em prontuário. A pesquisa foi precedida pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília, Faculdade Ceilândia através do registro no Brasil nº 2.720.333.

Instrumento e coleta de dados

Os dados coletados totalizaram 55 prontuários de indivíduos com diagnóstico de Hanseníase atendidos no ambulatório de fisioterapia do Hospital Universitário de Brasília (HUB) no ano de 2016 e que receberam alta do serviço multiprofissional, após completarem as doze sessões da poliquimioterapia.

Para análise dos prontuários foi utilizado modelo de tabela proposta pelo Ministério da Saúde contida no Manual de Capacitação em Prevenção de Incapacidades em Hanseníase de 2010, e verificada a idade e o sexo de cada sujeito atendido no primeiro e décimo segundo mês após início do tratamento, assim como, estudadas as ações de autocuidado, se individual ou em grupo; a necessidade de adaptação de calçados; o grau de incapacidade nos olhos, mãos e pés, e o maior grau de incapacidade; a acuidade visual nos olhos direito e esquerdo; número de feridas nas mãos e pés, direito e esquerdo.

Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos os indivíduos atendidos exclusivamente pelo Hospital Universitário de Brasília que completaram as doze sessões do tratamento para hanseníase e que foram atendidos pela fisioterapia no mesmo período. Foram excluídos do estudo os indivíduos que não terminaram o esquema de tratamento ou foram transferidos para outra unidade de saúde da rede pública ou privada, além da ausência do prontuário no momento da coleta, e os prontuários com dados insuficientes. Por fim, indivíduos com faixa etária < 15 anos.

Análise dos Resultados

As variáveis investigadas foram tabuladas e quantificadas as frequências absolutas e relativas, média e desvio padrão no programa EPIINFO versão 7.1.4.0.

3. Resultados

O estudo contou com a inclusão de 55 indivíduos, destes, observou-se predomínio de pessoas do sexo masculino (54,5%), com escolaridade de 1 a 3 anos concluídos (40%), economicamente ativos (78,2%), na faixa etária de 22 a 60 anos (72,72%) conforme tabela 1.

Tabela 1: Dados sociodemográficos

Variáveis	Média	±DP	N (55)	%
Sexo				
Masculino			30	54,5
Feminino			25	45,5
Idade	47,69	±16,29		
>15 a 21			2	3,63
22 a 60			40	72,72
>60			13	23,63
Escolaridade (em anos concluídos)				
De 1 a 3			22	40
De 4 a 7			20	36,4
De 8 a 11			0	0
>12			0	0
Ignorado			13	23,6
Profissão				
Economicamente ativos			43	78,2
Aposentados			6	10,9
Ignorado			6	10,9

Quanto à classificação operacional observou-se predomínio de indivíduos Multibacilares (92,63%). Quanto à forma clínica, de acordo com a classificação de Madri, (16) o maior percentual de incapacidades físicas foi observado entre os da forma Virchowiana (38,2%), conforme tabela 2.

Tabela 2: Aspectos clínicos

Variáveis	N (55)	%
Forma Clínica		
Indeterminado	2	3,75
Tuberculoide	5	9,0
Dimorfa	13	23,6
Virchowiana	21	38,2
Não Classificado	11	20,0
Neural Pura	3	5,45
Classificação Operacional		
Multibacilar	51	92,63
Paucibacilar	2	3,75
Neural Pura	1	1,81
Ignorado	1	1,81

A maioria (69,1%) apresentava algum grau de incapacidade física, sendo predominante o Grau I (48,2%). Os segmentos mais afetados, no Grau I, foram pés (50,9%), olhos (29,1%) e mãos (25,5%) conforme tabela 3. A acuidade visual se apresentou em maior frequência alterada (59,3%).

Tabela 3: Avaliação dermatoneurológica por grau de incapacidade OMP

		N	%	M	DP
OLHOS	Direito			0,25	±0,43
	0	41	74,5		
	1	14	25,5		
	2	0	0		
	Esquerdo			0,29	±0,45
	0	39	70,9		
	1	16	29,1		
MÃOS	Direita			0,4	±0,62
	0	37	67,29		
	1	14	25,5		
	2	4	7,25		
	Esquerda			0,43	±0,68
	0	37	67,29		
	1	12	21,81		
PÉS	Direito			0,56	±0,60
	0	27	49,1		
	1	25	45,45		
	2	3	5,45		
	Esquerdo			0,65	±0,61
	0	23	41,83		
	1	28	50,9		
	2	4	7,27		

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; OMP: Olhos, Mãos e Pés.

Em relação ao número de feridas, a maior frequência foi observada em mão direita (5,45%) com 1 ferida, e em pé esquerdo (3,57%) com 2 feridas conforme tabela 4.

Tabela 4: Avaliação dermatoneurológica por número de feridas em mãos e pés

		N	%	M	DP
MÃOS	Direita			0,09	±0,34
	0	51	92,85		
	1	3	5,45		
	2	1	1,7		
	3	0	0		
	Esquerda			0,03	± 0,18
	0	53	96,43		
	1	2	3,57		
PÉS	2	0	0		
	3	0	0		
	Direito			0,07	±0,42
	0	53	96,43		
	1	1	1,7		
	2	0	0		
	3	1	1,7		
	Esquerdo			0,07	±0,37
0	53	96,43			
1	0	0			
2	2	3,57			
3	0	0			

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão.

Na comparação do Grau de incapacidade no início e 12 meses após o tratamento, apenas 6 sujeitos (10,9%) tinham o dado da avaliação de incapacidade no final do tratamento; destes, 3 sujeitos (50%) apresentaram diminuição e 3 sujeitos (50%) se mantiveram, não ocorrendo piora da incapacidade, conforme tabela 5.

Tabela 5: Grau de incapacidade avaliação e após 12 meses

Incapacidade	Avaliação				Após 12 meses					
	N (54)	%	M	DP	N (6)	%	M	DP	N (6)	%
			0,92	±0			1	±0,89		
0	16	29,6			2	33,3			Mantido	3 50
1	26	48,2			2	33,3			Aumentado	0 0
2	12	22,2			2	33,3			Diminuído	3 50

Legenda M: Média e DP: Desvio Padrão. Os valores desconsideram os itens ignorados.

A orientação de autocuidado individual foi observada em todos os indivíduos (100%), destes, 39 (70,9%) foram avaliados e orientados, enquanto 16 (29,1%) também receberam, além da orientação, intervenção fisioterapêutica individualizada.

Em relação à ação de autocuidado em grupo, não foram verificados dados em nenhum prontuário (0%). Quando analisada a necessidade de adaptação de calçados, apenas 2 indivíduos (3,63%) possuíam a indicação, em detrimento de 53 indivíduos (96,37%) que não necessitavam.

4. Discussão

No Brasil, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2016 foram registrados 25.218 casos novos de hanseníase, o que significa uma taxa de detecção de 12,2/100 mil habitantes, por isso é considerado um país com alta carga para a doença se comparado à média mundial, nesse mesmo ano, de 2,9 casos por 100.000 habitantes (3,4,18). Quando analisados os indicadores por macrorregiões, a análise dos indicadores por macrorregião a região Centro-Oeste (37,27/100 mil hab.) registrou a maior taxa média de detecção de casos novos em relação à região Sul (3,75 por 100 mil habitantes) no mesmo período. O Distrito Federal (7,4/100 mil hab.) registrou a menor taxa média se comparado aos demais Estados, Mato Grosso do Sul (28,74/100 mil hab.), Mato Grosso (88,9/100 mil hab.) e Goiás (28,24/100 mil hab.)(3).

Observou-se que a população deste estudo é composta principalmente por homens, o que se assemelha aos dados nacionais do boletim epidemiológico no período entre 2012 e 2016, cuja predominância de casos novos foram entre os de sexo masculino com 55,6% do total (3), e similar também em demais estudos (9,19). Embora não haja parâmetro específico que identifique ocorrência da doença por sexo, no entanto, alguns estudos apontam a predominância no sexo feminino (18,20,21), com uma proporção entre mulheres e homens de 1,3:1,0, fato que pode ser interpretado por uma melhor adesão das mulheres aos centros de saúde; em contrapartida, os resultados apresentados, sugerem que a maior ocorrência do sexo masculino se dá pelo estilo de vida e à exposição a fatores de risco por parte dessa população, também influenciado pelo comportamento sociocultural entre os sexos (9).

Foi observada maior frequência de indivíduos na fase economicamente produtiva da vida, dos 22 aos 60 anos, em exercício profissional, também observado em estudos semelhantes (5,22), o que representa importância social e econômica, comprometendo o autossustento e da família tendo em vista o poder incapacitante que a doença evidencia nos indivíduos acometidos, interferindo no trabalho, nas atividades de vida diária e na participação social.

Quanto à formação acadêmica observou-se um baixo nível de escolaridade dentre os indivíduos com hanseníase, tais dados são semelhantes quando comparados com estudos nessa mesma população, apresentando a maioria o ensino fundamental incompleto ou analfabetos (3,5,20,23).

Tendo em vista esse panorama, as condições de vida da população e seu baixo nível de escolaridade têm como consequências, influências em questões relacionadas à vulnerabilidade desses indivíduos.

Os reflexos mais presentes são dificuldade de compreensão dos agravos provocados pela própria doença, a não adoção ao tratamento e principalmente, medidas para o autocuidado, fator de extrema importância para qualidade de vida e prevenção de incapacidades físicas, como apontado estudos semelhantes (19,20,23,24).

Traçar o nível educacional permite ao serviço de saúde o planejamento de atividades de promoção à saúde e prevenção de doença, além de estimular estreito relacionamento com a comunidade (19,20,23,24).

O autocuidado caracteriza-se como um dos componentes da prevenção de incapacidades em hanseníase, permite que o doente possa lidar física e emocionalmente com sua doença/incapacidade e, adicionalmente, a inclusão da família e de grupos de autocuidado potencializam o apoio à integração social desse indivíduo, que deve ser incentivada e valorizada pela equipe que o acompanha, para estimular a sua adesão (6,15,17,18,25). Nesse estudo não foram identificadas medidas de autocuidado em grupo, não traduzindo portanto, dados como evidenciado por Sousa et al. (26) em que o grupo de autocuidado mostrou significância, por estabelecer vínculo de convivência, solidariedade, amizade, respeito e aprendizado, e salienta a importância do grupo na vida do indivíduo com hanseníase.

De acordo com os resultados apresentados, o perfil dos indivíduos do estudo apontou maior ocorrência da forma operacional Multibacilar, associado ao diagnóstico tardio da doença o que favorece sua cadeia de transmissão, uma vez que, em indivíduos não tratados, é a principal via de infecção. Igualmente, a presença da forma MB traduz uma maior probabilidade de incapacidades físicas e lesões neurais (5,27,28).

A forma clínica Virchowiana apresentou maior ocorrência no estudo. De maneira crescente nos últimos anos, os casos identificados com a forma clínica Virchowiana denotam preocupação, pois ela favorece a dispersão do bacilo, pois esta possui a carga bacilar elevada, dessa forma, tem maior potencial às incapacidades físicas, por maior ocorrência de episódios reacionais (9,29).

A maior frequência da forma Virchowiana é comumente associada ao diagnóstico tardio da doença, em detrimento da forma Indeterminada, fase inicial da doença e associada ao diagnóstico precoce, que pode se desenvolver ou evoluir para a cura (9,29).

A segunda forma clínica mais presente foi a Dimorfa, na qual observa-se elevado poder de transmissão da doença. Analisando as duas formas clínicas de maior ocorrência infere-se que a unidade não foi eficaz na detecção precoce, ou atuar na cadeia de transmissão da doença, como observado por De Sousa et al. (20) em um Centro de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará.

A ocorrência de incapacidades físicas é manifestada quanto maior for o tempo de evolução da doença (5), sugerindo detecção tardia. Indicadores epidemiológicos do Ministério da Saúde de 2016 apontam que são observados mais casos de incapacidade Grau 2 em casos novos (3) e, após alta da PQT, como apontam outros estudos (22). Nesse estudo foi observada maior frequência de indivíduos com Grau 1 de incapacidade, como observado por Monteiro et al. (5) em um estudo sobre incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da PQT em um município no Norte do Brasil.

Comparando-se a avaliação e a reavaliação após 12 meses, houve melhora do grau 1 e/ou 2 para grau 0 em 25 (8,5%) indivíduos, enquanto que houve piora no grau em 19 (6,7%) indivíduos, e outros 19 (6,7%) permaneceram com o mesmo grau.

Na comparação do grau de incapacidade, no presente estudo, após alta da PQT apresentou manutenção ou diminuição do grau, embora os dados tenham sido escassos em relação ao tamanho da amostra, pois, como apresentado anteriormente, 16 indivíduos receberam orientações e intervenção fisioterapêutica específica, mas dos 55 prontuários coletados em apenas 6 foram registrados os dados inicial e 12 meses após, no que concerne à melhora ou piora do grau de incapacidade.

Vale ressaltar, que desses 16 indivíduos que passaram pela reabilitação fisioterapêutica, somente 5 tem os seus dados de evolução registrados, o que reflete em uma notável perda amostral, pois não foi possível resgatar informações sobre toda a população que efetivamente recebeu intervenção fisioterapêutica.

Ao analisar os prontuários, apesar de conter a prescrição da alta do paciente e no mesmo ainda sugerir o grau de incapacidade em que o sujeito se encontra, não existe evolução pré e pós tratamento com relação à avaliação, discriminando o grau de força e nem o grau de sensibilidade, a ausência desses dados nos registros, reflete a precariedade dos prontuários e a desorganização do serviço em registrar esses dados e ainda compromete a identificação da melhora do indivíduo após um programa de reabilitação.

Entre as doenças infecciosas, a hanseníase é considerada uma das principais causas de incapacidades físicas, em razão do seu potencial de causar lesões neurais (3). Associadas as escalas SALSA e escala de Participação é possível identificar fatores e situações limitantes, principalmente durante tratamento com PQT, pois é o momento de maiores dificuldades de aceitação da doença (9,11).

Tal levantamento não foi possível nesse estudo, visto que as escalas SALSA e de Participação são consideradas instrumentos novos e ainda pouco utilizados na prática clínica; mas, apesar de novos, o serviço no qual foram recolhidos dados, utiliza manuais que datam da incorporação dessas escalas, ou seja, os profissionais responsáveis têm conhecimento e treinamento para utilizá-las, mas não o fazem, alegam que não há segmento apropriado para esse dado e por isso preferem não aplicá-lo, desse modo, a falta desses dados gera grande desvantagem na construção do perfil dos indivíduos e, conseqüentemente, nas condutas fisioterapêuticas no que diz respeito à funcionalidade dos sujeitos.

No estudo de Moura (8) os indivíduos apresentaram incapacidades físicas consideradas graves, porém tiveram baixa consciência de risco, o que, segundo o estudo, sugere que a orientação e educação ao paciente a partir do conhecimento do domínio afetado, pode evitar maiores limitações de atividades diárias; desse modo, compreender as situações de evitação e medo e articular a melhor estratégia de atuação individualmente e em grupo. O serviço de saúde que adote a aplicação das escalas proporciona o levantamento da situação dos indivíduos de sua unidade, concomitante à avaliação neurológica simplificada, a partir do componente OMP para analisar o comprometimento da incapacidade física (11).

A intervenção fisioterapêutica segue o protocolo definido pelo Ministério da Saúde (7,10,17), por meio dos manuais e cadernos de saúde, o qual prevê a realização de avaliação neurológica simplificada, exercícios terapêuticos para ganho ou manutenção de força de membros superiores e inferiores, e estímulo à sensibilidade periférica, além dos cuidados com mãos e pés.

Segundo De Lima et al. (31) o tratamento de reabilitação fisioterapêutica objetiva a minimização dos sintomas como dor, o edema, a limitação articular, para isso as técnicas e recursos utilizados estimulam a movimentação ativa e alongamentos. Também é rotineiro a orientação aos indivíduos com hanseníase quanto às atividades de vida diária, calçados especiais, o treino para uso adequado de órteses de posicionamento.

O exercício terapêutico encontra-se entre os recursos fundamentais da fisioterapia, se fazendo indispensável na construção de programas de otimizar ou reabilitar função ou até mesmo prevenção de disfunções (14). Num estudo publicado por Lima et al. (14) observou-se a utilização dos exercícios terapêuticos para ganho ou manutenção de força em indivíduos com neurites crônicas, o programa de exercícios consistiu em 20 sessões e teve como objetivo restauração da função, força e trofismo muscular, e apresentou resultados positivos no início e fim do tratamento, dessa maneira, sugerindo algum efeito benéfico dos exercícios nos nervos comprometidos.

Scheibe et al. (32) analisou em seu estudo a flexibilidade do ângulo articular do cotovelo utilizando-se do teste de tensão neural, uma vez que a doença pode levar à limitações físicas como consequência de bloqueio articular dor e/ou hipoestesia do trajeto nervoso afetado, e salienta que, a utilização da mobilização neural como recurso fisioterapêutico traz benefícios como maior movimento, elasticidade e melhor condução

do fluxo axoplasmático, pois atua diretamente nos comprometimentos da mecânica e da fisiologia do sistema nervoso.

Segundo Jensen (13) a atuação da fisioterapia nos processos ulcerativos, lesões secundárias ao comprometimento do nervo tibial posterior, são a minimização do período de cicatrização assim, evitando a evolução destas para casos de osteomielites, reabsorções ósseas ou até amputações, promovendo um retorno mais rápido às atividades cotidianas e conseqüentemente, maior qualidade de vida e Souza (12) corrobora a atuação da fisioterapia partir de seus apontamentos sobre a utilização de recursos como terapia ultrassônica, laserterapia de baixa intensidade, radiação infravermelha, radiação ultravioleta e eletroestimulação pulsada de baixa e alta voltagem em úlceras plantares, tais recursos auxiliam na cicatrização de feridas cutâneas.

5. Conclusão

O perfil traçado a partir das características epidemiológicas e clínicas dos indivíduos com hanseníase identificados no estudo retratam sexo masculino, idade economicamente produtiva, em exercício profissional, com baixo nível de escolaridade, prevalência da forma clínica Virchowiana, classificação operacional Multibacilar, com grau 1 de incapacidades físicas.

Tal perfil aponta alerta ao alto nível de incapacidades físicas, o que pode refletir em afastamento do trabalho e em dispendiosos gastos do serviço público com esses indivíduos. A alta transmissão e diagnóstico tardio da doença demonstram poucas medidas de ações preventivas, supondo dificuldade do acesso do usuário ao serviço, e recomenda-se capacitar os profissionais para possibilitar diagnóstico e tratamentos mais precoces.

A atuação da fisioterapia não reuniu dados suficientes que pudessem apontar seus benefícios em relação ao grau de incapacidades físicas, porém, também demonstram uma falha em relação ao registro dos prontuários e também dos comparativos pré e pós tratamento. Compreender o perfil e as características clínicas é fundamental para alcançar novas estratégias para essa população, bem como planejar ações que contemplem as necessidades dos profissionais e que sejam amplamente direcionadas aos usuários, para promoção à saúde e prevenção de agravos.

6. Referências Bibliográficas

1. Grossi Araújo M. Hanseníase no Brasil. Rev Soc Bras Med Trop. 2003;
2. Epidemiológica BM da SS de V em SD de V. Capacitação em prevenção de incapacidades em hanseníase: caderno do participante [Internet]. 2010 [cited 2018 Jun 7]. 155-155 p. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-32555>
3. Brasil. Caracterização da situação epidemiológica da hanseníase e diferenças por sexo, Brasil, 2012-2016. Bol epidemiológico [Internet]. 2018;49(4):0–11. Available from: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/31/2018-004-Hanseniose-publicacao.pdf>
4. World Health Organization. Weekly epidemiological record. Global leprosy update, 2016: accelerating reduction of disease burden. Wkly Epidemiol Rec [Internet]. 2017 [cited 2018 Jun 8];35:501–20. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258841/WER9235.pdf;jsessionid=7764138E12C95871EDE601B064AF07D2?sequence=1>
5. Monteiro LD, Martins-Melo FR, Brito AL, Alencar CH, Heukelbach J. Spatial patterns of leprosy in a hyperendemic state in Northern Brazil, 2001-2012. Rev Saude Publica [Internet]. 2015; Available from: <http://www.mendeley.com/research/spatial-patterns-leprosy-hyperendemic-state-northern-brazil-20012012>
6. Brasil.Ministério da Saúde. Autocuidado em hanseníase: face, maos e pés. 2010. 74 p.
7. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de

- Atenção Básica. Guia para o controle da hanseníase. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2002.
8. Moura EG e S de, Araújo APM de, Silva MCR da, Cardoso BA, Holanda MC da S, Conceição AO da, et al. Relação entre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a limitação de atividades e restrição à participação de indivíduos com hanseníase. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. 2017;25(3):355–61. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000300355&lng=pt&tlng=pt
 9. Reis BM, Fernanda L, Martinho R. Age Range , Gender , and Education in People With Leprosy *. *An Bras Dermatol*. 2017;92(3):335–9.
 10. Brasil MDSSDAÀS. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase; n. 1 [Internet]. Brasília: Fundação Nacional 2008. 135 p. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Manual+de+prevencao+de+incapacidades#0>
 11. Barbosa JC, Ramos Jr. AN, Alencar M de JF, Castro CGJ. Post-treatment of Leprosy in Ceará: activity and functional limitation, safety awareness and social participation. *Rev bras enferm*. 2008;61(Spe):727–33.
 12. Souza, Yves R. de ; Cunha, José R.; Bromerschenkel AIM. Atuação da fisioterapia na hanseníase no brasil. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto* [Internet]. 2011 [cited 2018 Jun 7];10(1):57–63. Available from: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=139
 13. Jensen RGD. Hanseníase: Abordagem Fisioterapêutica. *Rev Olhar Científico* [Internet]. 2010 [cited 2018 Jun 7];01. Available from:

- <http://www.olharcientifico.kinghost.net/index.php/olhar/article/viewFile/27/44>
14. Lima GM, Miranda MGR, Ferreira TCR. Ação do exercício terapêutico nas neurites crônicas de membros superiores em pacientes portadores de hanseníase atendidos na unidade de referência especializada em dermatologia sanitária Dr. Marcello Candia TT - Action of therapeutic exercises in patient. Hansen Int [Internet]. 2009;34(1):9–16. Available from: http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10981
 15. Organização Mundial da Saúde. Estratégia global para hanseníase 2016–2020: Aceleração rumo a um mundo sem hanseníase [Internet]. Nova Délhi; 2017 [cited 2018 Jun 7]. 100 p. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254907/9789290225881-por.pdf?sequence=8>
 16. Norman FF, Fanciulli C, Pérez-Molina JA, Monge-Maillo B, López-Vélez R. Imported and autochthonous leprosy presenting in Madrid (1989–2015): A case series and review of the literature. Travel Med Infect Dis. 2016;14(4):331–49.
 17. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica B. Guia de apoio para grupos de autocuidado em hanseníase [Internet]. 1^a. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010 [cited 2018 Jun 7]. 48 p. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_apoio_grupos_autocuidado_hansenia.pdf
 18. Ministério da Saúde. Diretrizes para a vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional. [Internet]. Ministério da Saúde. 2016. 58 p. Available from: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/diretrizes_hansenia

se.pdf

19. Monteiro LD, Alencar CHM de, Barbosa JC, Braga KP, Castro MD de, Heukelbach J. [Physical disabilities in leprosy patients after discharge from multidrug therapy in Northern Brazil]. *Incapacidades Fis em pessoas acometidas pela Hansen no periodo pos-alta da poliquimioterapia em um Munic no Norte do Bras.* 2013;
20. Souza VB, Silva MRF, Silva LMS, Torres RAM, Gomes KWL FM et al. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE HANSENÍASE DE UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2013;26(1):110–6.
21. Monteiro LD, Melo FRM, Brito AL, Lima M da S, Alencar CH, Heukelbach J. Tendências da hanseníase no Tocantins, um estado hiperendêmico do Norte do Brasil, 2001-2012. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015; Available from: <http://www.mendeley.com/research/tendências-da-hanseníase-tocantins-um-estado-hiperendêmico-norte-brasil-20012012>
22. Araújo AER de A e, Aquino DMC de, Goulart IMB, Pereira SRF, Figueiredo IA, Serra HO, et al. Neural complications and physical disabilities in leprosy in a capital of northeastern Brazil with high endemicity. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2014;17(4):899–910. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000400899&lng=en&tlng=en
23. Avelino e Sarmiento AP, Pereira A de M, Ribeiro F, Castro JL, Almeida MB, Ramos NM. Perfil epidemiológico da hanseníase no período de 2009 a 2013 no município de Montes Claros (MG), Brazil. *Rev Soc Bras Clin Med* [Internet]. 2015;13(3):180–4. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n3/a5389.pdf>

24. Miranzi SDSC, Pereira LHDM, Nunes AA. Epidemiological profile of leprosy in a Brazilian municipality between 2000 and 2006. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2010;43(1):62–7.
25. Carvalho Batista Rodini F, Gonçalves M, Regina de Souza Bavaresco Barros A, Mazzer N, Meirelles Carril Elui V, de Cássia Registro Fonseca M, et al. Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidado para pacientes Disability prevention in leprosy using a self -care manual for patients. *Fisioter Pesq [Internet].* 2010 [cited 2018 Jun 20];1717(22):157–66. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v17n2/12.pdf>
26. Nunes M, Sousa A De, Patos-pb FI De. Experiências de um grupo de autocuidado em hanseníase. *Rev Interdiscip em Saúde.* 2017;(July):136–56.
27. Ramos JMH, Souto FJD. Incapacidade pós-tratamento em pacientes hansenianos em Várzea Grande, Estado de Mato Grosso. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2010;43(3):293–7.
28. Nobre ML, Illarramendi X, Dupnik KM, Hacker M de A, Nery JA da C, Jerônimo SMB, et al. Multibacillary leprosy by population groups in Brazil: Lessons from an observational study. *PLoS Negl Trop Dis.* 2017;
29. Souza EA de, Ferreira AF, Boigny RN, Alencar CH, Heukelbach J, Martins-Melo FR, et al. Leprosy and gender in Brazil: trends in an endemic area of the Northeast region, 2001–2014. *Rev Saude Publica.* 2018;52:1–12.
30. Salsa THE, Study C. The development of a short questionnaire for screening of activity limitation and safety awareness (SALSA) in clients affected by leprosy or diabetes. *Disabil Rehabil [Internet].* 2007;29(9):689–700. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17453991>
31. De Lima, G. M. Ação do exercício terapêutico nas neurites crônicas de membros

- superiores em pacientes portadores de hanseníase atendidos na Unidade de Referência Especializada em Dermatologia Sanitária Dr. Marcello Candia. *Hansenol. int. (Online)* vol.34 no.1 Bauru 2009.
32. Scheibe, Débora et al. Mensuração do ângulo articular do cotovelo no teste de tensão neural em indivíduos com hanseníase. *Fisioter Pesq.* 2012;19(2):165-70.

Anexo A – Normas de publicação da revista

REGRAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO

Escopo e política

A revista *Fisioterapia em Movimento* publica artigos científicos na área da fisioterapia e saúde humana. Os artigos recebidos são encaminhados a dois revisores das áreas de conhecimento às quais pertence o estudo para avaliação pelos pares (peer review). O assistente editorial coordena as informações entre os autores e revisores, cabendo ao editor-chefe decidir quais artigos serão publicados com base nas recomendações feitas pelos revisores. Quando recusados, os artigos serão devolvidos com a justificativa do editor. Todos os artigos devem ser inéditos e não podem ter sido submetidos para avaliação simultânea em outros periódicos. A revista adota o sistema Blackboard para identificação de plágio.

A revista *Fisioterapia em Movimento* está alinhada com as normas de qualificação de manuscritos estabelecidas pela OMS e pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Somente serão aceitos os artigos de ensaios clínicos cadastrados em um dos Registros de Ensaios Clínicos recomendados pela OMS e ICMJE, e trabalhos contendo resultados de estudos humanos e/ou animais somente serão publicados se estiver claro que todos os princípios de ética foram utilizados na investigação. Esses trabalhos devem obrigatoriamente incluir a afirmação de ter sido o protocolo de pesquisa aprovado por um comitê de ética institucional (reporte-se à Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que trata do Código de Ética da Pesquisa envolvendo Seres Humanos), devendo constar no manuscrito, em Métodos, o número do CAAE ou do parecer de aprovação, os quais serão verificados no site

Plataforma Brasil. Para experimentos com animais, considere as diretrizes internacionais Pain, publicadas em: PAIN, 16: 109- 110, 1983.

Os pacientes têm direito à privacidade, o qual não pode ser infringido sem consentimento esclarecido. Na utilização de imagens, as pessoas/pacientes não podem ser identificáveis exceto se as imagens forem acompanhadas de permissão específica por escrito, permitindo seu uso e divulgação. O uso de máscaras oculares não é considerado proteção adequada para o anonimato.

CAPÍTULO I – O ARTIGO

Forma e preparação de manuscritos

A revista *Fisioterapia em Movimento* aceita manuscritos oriundos de pesquisas originais ou de revisão na modalidade sistemática, resultantes de pesquisas desenvolvidas em Programas de Pós-Graduação Lato Sensu e Stricto Sensu nas áreas relacionadas à fisioterapia e à saúde humana.

Artigos Originais: oriundos de resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual, sua estrutura deve conter: Resumo, Abstract, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências. O manuscrito deve ter no máximo 4.500 palavras, excluindo-se página de título, resumo, referências, tabelas, figuras e legendas.

Artigos de Revisão: oriundos de estudos com delineamento definido e baseado em pesquisa bibliográfica consistente, sua estrutura deve conter: Resumo, Abstract, Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências. O manuscrito deve ter no máximo 6.000 palavras, excluindo-se página de título, resumo, referências, tabelas, figuras e legendas.

Obs: Revisões serão aceitas apenas na modalidade sistemática de acordo com o modelo Cochrane e devem estar devidamente registradas. É necessário informar o número de registro logo abaixo do resumo. Ensaio clínico também deve ser registrado e identificado no artigo. Relatos de caso serão aceitos apenas quando abordarem casos raros.

Não há taxa alguma de submissão ou publicação, porém será cobrado R\$600 após aprovação do artigo para publicação.

Os trabalhos podem ser encaminhados em português, inglês ou espanhol, devendo constar no texto um resumo em cada língua. Uma vez aceito para publicação, o artigo deverá obrigatoriamente ser traduzido para a língua inglesa, sendo os custos da tradução de responsabilidade dos autores.

O número máximo permitido de autores por artigo é seis (6).

Abreviações oficiais poderão ser empregadas somente após uma primeira menção completa. Deve ser priorizada a linguagem científica para os manuscritos científicos.

As ilustrações (figuras, gráficos, quadros e tabelas) devem ser limitadas ao número máximo de cinco (5), inseridas no corpo do texto, identificadas e numeradas consecutivamente em algarismos arábicos. Figuras devem ser submetidas em alta resolução no formato TIFF.

CAPÍTULO II – FORMATAÇÃO DO ARTIGO

No preparo do original, deverá ser observada a seguinte estrutura:

CABEÇALHO

O título deve conter no máximo 12 palavras, sendo suficientemente específico e descritivo.

Subtítulo em inglês.

RESUMO ESTRUTURADO/ABSTRACT/RESUMEN

O resumo estruturado deve contemplar os tópicos apresentados na publicação: Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados, Conclusão. Deve conter no mínimo 150 e no máximo 250 palavras, em português/inglês. Na última linha deverão ser indicados os descritores (palavras-chave/keywords) em número mínimo de 3 e número máximo de 5, separados por ponto e iniciais em caixa alta, sendo representativos do conteúdo do trabalho. Só serão aceitos descritores encontrados no DeCS e no MeSH.

CORPO DO TEXTO

Introdução: deve apontar o propósito do estudo, de maneira concisa, e descrever quais os avanços que foram alcançados com a pesquisa. A introdução não deve incluir dados ou conclusões do trabalho em questão.

Métodos: deve ofertar, de forma resumida e objetiva, informações que permitam que o estudo seja replicado por outros pesquisadores. Referenciar as técnicas padronizadas.

Resultados: devem oferecer uma descrição sintética das novas descobertas, com pouco parecer pessoal.

Discussão: interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos existentes, principalmente os que foram indicados anteriormente na introdução. Esta parte deve ser apresentada separadamente dos resultados.

Conclusão: deve limitar-se ao propósito das novas descobertas, relacionando-a ao conhecimento já existente. Utilizar citações somente quando forem indispensáveis para embasar o estudo.

Agradecimentos: se houver, devem ser sintéticos e concisos.

Referências: devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto.

Citações: devem ser apresentadas no texto, tabelas e legendas por números arábicos entre colchetes. Deve-se optar por uma das modalidades abaixo e padronizar em todo o texto:

1 “O caso apresentado é exceção quando comparado a relatos da prevalência das lesões hemangiomas no sexo feminino [6, 7]”.

2 “Segundo Levy [3], há mitos a respeito dos idosos que precisam ser recuperados”.

REFERÊNCIAS

As referências deverão originar-se de periódicos com Qualis equivalente ao desta revista (B1 +) e serem de no máximo 6 anos. Para artigos originais, mínimo de 30 referências. Para artigos de revisão, mínimo de 40 referências.

ARTIGOS EM REVISTA

Exemplos

Autores. Título. Revista (nome abreviado). Ano;volume(nº):páginas.

Até seis autores

Naylor CD, Williams JI, Guyatt G. Structured abstracts of proposal for clinical and epidemiological studies. J Clin Epidemiol. 1991;44(3):731-7.

Mais de seis autores: listar os seis primeiros autores seguidos de et al.

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al
Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. Br J Cancer.
1996;73:1006-12.

Suplemento de número

Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women 's psychological reactions to
breast cancer. Semin Oncol. 1996;23(1 Suppl 2):89-97.

Artigos em formato eletrônico

Al-Balkhi K. Orthodontic treatment planning: do orthodontists treat to
cephalometric norms. J Contemp Dent Pract. 2003 [cited 2003 Nov 4]. Available from:
www.thejcdp.com.

LIVROS E MONOGRAFIAS

Livro

Berkovitz BKB, Holland GR, Moxham BJ. Color atlas & textbook of oral
anatomy. Chicago: Year Book Medical Publishers; 1978.

Capítulo de livro

Israel HA. Synovial fluid analysis. In: Merrill RG, editor. Disorders of the
temporomandibular joint I: diagnosis and arthroscopy. Philadelphia: Saunders; 1989. p.
85-92.

Editor, compilado como autor

Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Anais de congressos, conferências congêneres,

Damante JH, Lara VS, Ferreira Jr O, Giglio FPM. Valor das informações clínicas e radiográficas no diagnóstico final. Anais X Congresso Brasileiro de Estomatologia; 1-5 de julho 2002; Curitiba, Brasil. Curitiba, SOBE; 2002.

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress of Medical Informatics; 1992 Sept 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam:North-Holland; 1992. p. 1561-5.

TRABALHOS ACADÊMICOS (Teses e Dissertações)

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis: Washington University; 1995.

Atenção:

Tese (doutorado): dissertation. Dissertação (mestrado): master's thesis

Todas as instruções estão de acordo com o Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Vancouver), e fica a critério da revista a seleção dos artigos que deverão compor os fascículos, sem nenhuma obrigatoriedade de publicá-los, salvo os selecionados pelos editores e somente mediante e-mail/carta de aceite.

Envio de manuscritos

Os artigos devem ser submetidos exclusivamente pela plataforma ScholarOne. Dúvidas sobre o processo de submissão devem ser encaminhadas ao e-mail revista.fisioterapia@pucpr.br

Anexo C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil Epidemiográfico de indivíduos com hanseníase

Pesquisador: Luísiane de Ávila Santana

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90017118.8.0000.8093

Instituição Proponente: Faculdade de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.720.333

Apresentação do Projeto:

“Este trabalho trata-se de um estudo transversal que traçará o perfil populacional dos hansenianos atendidos no Hospital Universitário de Brasília. A pesquisa será realizada com base em prontuários selecionados a partir das fichas de acompanhamento dos pacientes hansenianos após o tratamento. A amostra constituir-se-á de indivíduos hansenianos que tiveram tratamento de poliquimioterapia por 12 meses e que tiveram acompanhamento fisioterapêutico nesse período, de ambos os gêneros, independentemente das funções que exerçam ou exerciam, de nível socioeconômico e escolaridade que apresentem.”

Objetivo da Pesquisa:

“Traçar o perfil dos indivíduos atendidos no Ambulatório de Hanseníase do Hospital Universitário de Brasília, após alta do tratamento e que tiveram acompanhamento fisioterapêutico e, identificar o grau de incapacidade operacional e soma dos graus de incapacidade de olhos, mãos e pés (OMP), assim verificar a contribuição da fisioterapia para o hanseniano.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras informam:

“Riscos:

Os riscos são mínimos, tendo em vista que o paciente ou médico pode solicitar a consulta ao prontuário enquanto ele estiver em análise pelo pesquisador, neste caso, o prontuário será devolvido ao funcionário responsável pelo setor e novo agendamento será efetuado a fim de terminar a coleta de dados daquele paciente.

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66

Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA)

CEP: 72.220-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-8434

E-mail: cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 2.720.333

Benefícios:

Criar protocolo de coleta de dados que contemple as escalas SALSA e de Participação, Incentivar a integração entre os profissionais para dar seguimento às informações contidas na ficha preconizada pelo

Ministério da Saúde em 2010, enfatizar a necessidade da capacitação de profissionais para o preenchimento das escalas, contribuir para o intercâmbio de dados do perfil do hanseniano com outras unidades de atendimento à esse público. ”

Ainda adicionam o resultado esperado, sendo pertinente como um possível benefício do estudo:

“Sabe-se que o Hospital Universitário de Brasília atende prioritariamente a região leste do Distrito Federal, no entanto, indivíduos de outras Regiões Administrativas também são atendidos nesse hospital, por isso, dada a abrangência do atendimento e a realização do serviço de fisioterapia dermato-funcional especializada espera-se ao final desse projeto identificar o perfil epidemiográfico desses indivíduos, analisar a repercussão da fisioterapia durante o tratamento poliquimioterápico e as condições de incapacidade dos sujeitos após a alta do tratamento e desenvolver dados estatísticos que reflitam a contribuição do tratamento fisioterapêutico ao hanseniano.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa de TCC do Curso de fisioterapia da FCE, orientado pela profª Drª Luisiane Santana e a aluna Carol Lima Barros. Terá uma profissional assistente no estudo: CLAUDIA MARIA ESCARABEL.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram corretamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considero o projeto adequado para dar início às suas atividades.

Considerações Finais a critério do CEP:

Protocolo de pesquisa em consonância com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Cabe ressaltar que compete ao pesquisador responsável: desenvolver o projeto conforme delineado; elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66

Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA)

CEP: 72.220-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-8434

E-mail: cep.fce@gmail.com

**UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 2.720.333

encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1063845.pdf	15/05/2018 16:58:03		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	23/04/2018 21:16:36	Luísiane de Ávila Santana	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Claudia_Maria_Escarabel.pdf	04/04/2018 16:20:53	Luísiane de Ávila Santana	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia.pdf	03/04/2018 23:18:13	Luísiane de Ávila Santana	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_responsabilidade_do_pesquisador.pdf	03/04/2018 23:15:15	Luísiane de Ávila Santana	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Luisiane_de_Avila_Santana.pdf	03/04/2018 23:13:26	Luísiane de Ávila Santana	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Carol_Lima_Barros.pdf	03/04/2018 23:12:25	Luísiane de Ávila Santana	Aceito
Outros	Termo_de_concordancia_de_instituicao_coparticipante_FCE.pdf	03/04/2018 23:10:07	Luísiane de Ávila Santana	Aceito
Outros	Termo_de_ciencia_da_instituicao_coparticipante_HUB.pdf	03/04/2018 23:08:22	Luísiane de Ávila Santana	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCC.docx	03/04/2018 23:05:25	Luísiane de Ávila Santana	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_do_projeto.pdf	03/04/2018 23:02:08	Luísiane de Ávila Santana	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Carta_de_requerimento_de_dispensa_do_TCLE.pdf	03/04/2018 22:59:49	Luísiane de Ávila Santana	Aceito
Orçamento	modelo_de_planilha_de_orcamento.doc	03/04/2018 22:58:29	Luísiane de Ávila Santana	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	03/04/2018 22:57:10	Luísiane de Ávila Santana	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66

Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA)

CEP: 72.220-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-8434

E-mail: cep.fce@gmail.com

UNB - FACULDADE DE
CEILÂNDIA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 2.720.333

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

BRASILIA, 18 de Junho de 2018

Assinado por:
Danielle Kaiser de Souza
(Coordenador)

Endereço: UNB - Prédio da Unidade de Ensino e Docência (UED), Centro Metropolitano, conj. A, lote 01, Sala AT07/66

Bairro: CEILANDIA SUL (CEILANDIA)

CEP: 72.220-900

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3107-8434

E-mail: cep.fce@gmail.com