



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA – LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

FRANCINELY DOS SANTOS

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)
COMO FERRAMENTA EFICAZ NA PREVENÇÃO E CORREÇÃO DAS
INCAPACIDADES NO PACIENTE COM HANSENÍASE: Uma revisão
da literatura**

Itaituba, PA

2019

FRANCINELY DOS SANTOS

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)
COMO FERRAMENTA EFICAZ NA PREVENÇÃO E CORREÇÃO DAS
INCAPACIDADES NO PACIENTE COM HANSENÍASE: Uma revisão
da literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel
em Enfermagem.

Orientador: Prof. Msc. Márcio Silva da Conceição.

Itaituba, PA

2019

FRANCINELY DOS SANTOS

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)
COMO FERRAMENTA EFICAZ NA PREVENÇÃO E CORREÇÃO DAS
INCAPACIDADES NO PACIENTE COM HANSENÍASE: Uma revisão
da literatura**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de Bacharel
em Enfermagem.

Orientador: Prof.º Msc. Marcio Silva da Conceição.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: 100

Prof. Marcio Silva da Conceição, Mestre.

Avaliador: _____ Nota: 100

Prof. Cleidiane de Jesus Silva, Esp.

Avaliador: _____ Nota: 100

Prof. Raimisson Antônio de Abreu Santos, Esp.

Resultado: APROVADA Nota: 100

Data: 20 de março de 2019

*A minha família, em especial a minha mãe **Maria Raimunda** e meu filho **Thallyson Philippe** pelo amor, carinho e paciência que sempre tiveram diante das minhas ausências.*

AGRADECIMENTO

Agradeço a **Deus** primeiramente, por sua benevolência, pela minha vida, pelas minhas conquistas, principalmente por ter conseguido minha Bolsa de Estudo, obrigada por me transmitir força, foco e fé que me acompanharam ao longo desses anos e que não me permitiram desistir. Serei eternamente grata a Deus por todas as bênçãos sobre minha família e por proporcionar tranquilidade aos corações daqueles que acompanharam a minha trajetória acadêmica.

Aos meus pais **Maria Raimunda e Francisco Bibiano** por sua paciência e carinho, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinha nessa caminhada. Pelas orações enquanto estava à noite estudando ou estagiando, sempre pedindo para Deus me proteger na ida e na volta para casa.

Ao meu filho **Thallyson Philippe** luz da minha vida, pelo carinho, amor, paciência. Meu motivo para realizar todos os meus sonhos e objetivos.

Aos meus irmãos **Jorge Luiz dos Santos, Valdenize dos Santos, Franciane dos Santos, Franceline dos Santos, Monica Cristina dos Santos e Ane Francielle dos Santos** por estarem presente em minha vida em todos momentos, alegrando-me, motivando-me, por serem minha razão de viver.

Aos meus sobrinhos **Jorge Widemberg dos Santos, Olivian D'Victor dos Santos, Wadrio Weverson dos Santos, Sâmila Adriely dos Santos, Ádrya Sâmea dos Santos, Márcio Wenderson dos Santos, Eshiley Rianne dos Santos, Kemilly Vitória dos Santos, Hellen Thayná dos Santos e Emilly Sophia dos Santos** por irradiarem amor, carinho e sinceridade, alegrando sempre minha vida.

Ao meu amor **Pablo Henrique** pelo incentivo, sempre acompanhando minha dedicação, sendo um dos principais apoiadores a minha profissão, vibrando com cada conquista minha. Pessoa com quem amo partilhar a vida. Com você tenho me sentido mais viva de verdade. Obrigada pelo carinho, a paciência e por sua capacidade de me trazer paz na correria de cada semestre.

Aos meus tios **Sebastiana Maria da Conceição e Joao Eurico dos Santos**, que apesar da distância, sempre demonstrando-me amor e carinho.

Aos meus tios adotivos **Claudenice Vieira, Laudenice Vieira, Raimundo Nonato Vieira, Ilza Maria da Silva, Miguel das Neves, Ana Maria dos Santos, Raimunda Nonata dos Santos, Maria de Nazaré dos Santos, Sebastiana Maria da Conceição e Sebastião Valentin** pelo incentivo e apoio a minha formação.

Aos meus primos **Edson Reis, Edna Reis, Elenilce Reis, Elizangela Reis, Claudia Reis, Edineia Reis, André Reis, João Eurico dos Santos, Rosimeire dos Santos, Elian Rosana dos Santos, José Edivaldo (in memoria), Rosiane, Roseni, Rosélia, Pablo, Leilane, Camilla, Eniléia Gaspar, Elione Gaspar, Elielma Gaspar, Elinelma Gaspar, Charles Gaspar, Elielson Gaspar, Rudinelly Silva e José Cleiton Soares** que apesar de distante sempre mantemos contato, pelo carinho e apoio.

Ao meu querido primo **Edenilson Reis (in memoria)** por seu carinho incondicional a família, sempre com um sorriso no rosto alegrando-nos, pelos pudins deliciosos que fazia sempre que vinha para Itaituba.

A minha avó **Maria dos Anjos** por ter sido um anjo na vida da minha mãe, quando esta não tinha onde morar, pelo amor que tem por nós netos adotivos, pelas palavras de carinho, pelos puxões de orelha e por sua total sinceridade.

A cunhada **Maria do Socorro** por ser sempre solícita quando necessito, dando-me apoio fazendo minhas roupas de estágio, sem cobrar-me nada.

As minhas amigas **Sebastiana da Conceição e Ana Jessica**, que são como irmãs para mim, pelo amor, carinho, respeito, confiança e companheirismo.

Ao meu amigo **Jerison Rodrigues**, que chegou em minha vida e tornou-se parte dela, pelo carinho, respeito, confiança e parceria, estando presente nos momentos mais difíceis da minha vida.

A minha Coordenadora **Enf.^a Maria Bernadeti dos Santos** por ser compreensível, flexível, dando-me a oportunidade de estagiar, ao apoio profissional e pessoal.

Aos meus colegas de trabalho **Claudio José, Jersiane Pinheiro, Maria Aparecida, Cristiane Pereira, Maria Ildecy, Nilda França, Jovelina Araújo, Valdenize de Sousa, Taylane Sousa, Maria José, Elizabeth Mendes e Misael da Silva** pelo respeito a mim como profissional, e pelas discordâncias de opinião que me fazem crescer cada dia mais.

Aos professores **Enf. Cleidson Colares, Enf. Adriano Coutinho, Enf. Bruna, Enf. Karla, Enf. Rosangela, Cristhianne Almeida, Herickson Lee, José Filho, Enf. Thamires Sheyene, Enf. Juliane Lira, Enf. Raimison, Luiz Pereira Filho, Enf. Aline, Enf. Adelene, Antônia Vanda, Enf. Cleidiane, Silvio Jadão, Walbea Lúcia, Gislaíne, Suzane e Anderson** pelo conhecimento repassado a nós com tanto profissionalismo e respeito.

Ao professor **Dr. Jossehan Galúcio da Frota** por sempre nos repassar conhecimento de forma clara e objetiva, por nos encorajar a buscar sempre o melhor, instigando-nos à prática científica.

Ao **Curso de Enfermagem** da FAI, e as pessoas com quem convivi nesses espaços ao longo desses anos. A experiência de uma produção compartilhada na comunhão com os amigos nesses espaços foram a melhor experiência a minha formação acadêmica.

Aos colegas de faculdade **Darlene de Jesus, Andreza Alves, Taires Bastos, Daiane Keulle, Juliane Patrícia, Keila Silva, Edina Costa Pinalli, Audilene Bandeira, Cintia Lorrane, Eduardo Araújo, Maria Elenilza, Andreia, Alison Costa, Valéria Chaves, Valéria Alencar, Brenda Thainan, Geane Picanço, Eliziane, Sherlle Neri, Melquesedeque, Daniele Cardoso, Priscila Rocha, Hathina Matos, Jurema Celiane, Vanessa de Oliveira, Kelly Maria, Sueli, Ednaldo Avelino, Josilene, Regina Pontile** pela parceria nos trabalhos, confiança nos meus conhecimentos nos estágios.

A Sr^a. **Leilane** por sua confiança permitindo que seu esposo **Sherlle** me desse carona para Faculdade no momento em que fiquei sem transporte.

As pessoas que ao longo da graduação deram-me carona **Prof.^a Raylane, Prof.^a Lúcia, Prof.^o Lucivaldo, Paulo Freitas, Josias Freitas, Rosinaldo, Hélio, Prof.^a Rosangela, Marcos da Ideal, Valdenize Rosa, José, Diógenes, Pastor Thiago, Roberto, Juliane Patrícia, Sueli, Nara, Valmira, Wadrio, Francisco de Assis**, meu muito obrigado, o seu gesto com certeza fez toda diferença na minha trajetória.

Ao meu amigo **Ladilson** por estar presente nos momentos bons e ruins pelos quais passei e por me dar carona.

As amigas **Tayse Oliveira, Talita Oliveira e Gercina Oliveira** que nunca me abandonaram, mesmo eu tendo pouco tempo para visita-las.

A **Enf.^a Lucimere** por ser uma profissional excelente, que sempre valorizou-me como profissional, incentivando-me a buscar meus objetivos com perseverança.

Ao **Enf.^o Sorivan Albuquerque** pelo respeito, carinho com o qual sempre me tratou, pelo conhecimento repassado a mim, e por tudo que pude aprender e crescer.

As Enfermeiras **Ádria Greyce, Graciene Flexa, Natasha, Karlee, Raissa** por serem ótimas profissionais, pessoas com as quais trabalho e com quem aprendo cada dia mais e mais.

Ao **PROUNI**, pois sem ele eu jamais poderia cursar o ensino superior, tendo que desistir do meu objetivo, que é a tão sonhada graduação.

A **Faculdade de Itaituba** por estar sempre preocupada com a nossa formação, buscando sempre a qualidade do ensino- aprendizagem. Obrigada por proporcionar um ambiente saudável para todos os alunos, além de estimular a criatividade, a interação e a participação nas atividades acadêmicas. Sou grata pelo corpo docente, à direção e administração dessa Instituição.

Ao **Hospital Municipal de Itaituba** pelos estágios supervisionados, que nos permitem aprimorar o conhecimento adquirido na graduação.

A **UBS Floresta**, em especial a enfermeira **Nelcilene Melo** por sempre nos receber com carinho e respeito, nos permitindo aplicação da prática.

A **UBS Liberdade**, em especial a **Enf.^a Ruth Aguiar** por nos receber e tratar sempre com respeito, permitindo-nos atender seus pacientes, e nos ensinando todas as práticas da Atenção Básica.

A enfermeira **Rosangela Rodrigues** manifesto aqui minha gratidão eterna por compartilhar sua sabedoria, o seu tempo e sua experiência seja na sala de aula, ou no campo de estágio. A sua simplicidade e humildade, pelas poesias, que tanto nos emocionaram ao longo dessa etapa tão desafiadora da vida acadêmica, com certeza fizeram toda a diferença.

Ao enfermeiro **Raimisson Abreu** por estar sempre solícito as nossas necessidades, pela paciência, pelo carinho, por sempre procurar nos proporcionar um ambiente de estágio saudável e construtivo para nossa profissão.

A enfermeira **Cleidiane de Jesus** por tudo que pude aprender, pela paciência, pelo carinho, por sempre nos mostrar o quanto somos capazes, acreditar em nossos potenciais, e por ser exemplo de amor a profissão, nos motivando a sermos profissionais melhores.

A minha comunidade da **Capela Santo Antônio**, pois foi nesse meio que aprendi o valor da minha fé e, para além do Curso de Enfermagem, foi aqui onde aprendi a refletir e duvidar e nunca encarar a realidade como pronta. Aqui aprendi a ver a vida diferente.

Ao meu orientador **Márcio Silva** pela confiança e paciência, por estar comigo desde o Projeto, pelas orientações de manhã, tarde e noite, pelos puxões de orelha, pois neste último semestre tem sido difícil para mim, porém é sempre compreensível.

*Chorarei tão – somente por aquilo em que
acredito; acreditarei tão – somente naquilo que
sei ser fato; e tudo que eu puder remediar será
feito à medida em que o tempo for se mostrando
companheiro. (Malcolm)*

William Shakespeare

RESUMO

A Hanseníase é um grave problema de saúde pública no Brasil. Além dos agravantes inerentes a qualquer doença de origem socioeconômica, ressalta-se a repercussão psicológica gerada pelas incapacidades físicas, advindas da doença. Estas incapacidades constituem, na realidade, a grande causa do estigma e isolamento do paciente na sociedade. Este estudo tem como objetivo analisar a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na prevenção e correção das incapacidades físicas no paciente com hanseníase, bem como, descrever os cuidados de enfermagem na atenção básica que devem ser adotados na assistência ao paciente em tratamento para hanseníase; e demonstrar a importância de uma assistência eficaz para prevenção das incapacidades físicas. Tendo relevância social, epidemiológica e acadêmica, visto que há poucos estudos referentes ao tema a ser pesquisado e os poucos trazem apenas índices de casos, perfil epidemiológico, porém sem preocupar-se com as “sequelas” que são as incapacidades físicas. A presente pesquisa segue uma abordagem qualitativa, do tipo descritivo a qual foi realizada através de coleta de dados secundários em artigos científicos, manuais do Ministério da Saúde, monografias, dissertações e teses publicadas no período entre 2004 a 2018. Como resultados foram identificados que a prevenção e correção de incapacidades físicas tem sido deixado em segundo plano, dentre as ações de controle, estando estas centradas no diagnóstico precoce e tratamento adequado dos pacientes, mostrando que faltam estratégias para prevenção e correção das incapacidades na Atenção Primária. Diante disso, o enfermeiro, como parte integrante da equipe e historicamente educador nas suas ações de saúde, poderá contribuir para a reflexão sobre as possibilidades de reorientação das práticas assistenciais nessa área, objetivando prestar uma assistência de qualidade, voltada para o cliente e suas reais necessidades. Portanto, faz-se necessário criar planos de cuidados a partir da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) que visem proporcionar uma melhor qualidade de vida aos pacientes, com cuidados simples e acessíveis.

Palavras-chave: Hanseníase. Prevenção. Atenção Primária. Incapacidade. SAE.

ABSTRACT

Leprosy is still a serious public health problem in Brazil today. In addition to the aggravating factors inherent in any disease of socioeconomic origin, the psychological repercussion generated by the physical incapacities resulting from the disease is highlighted. These disabilities are, in fact, the major cause of stigma and isolation of the patient in society. This study has as general and specific objectives: to analyze bibliographically the application of Systematization of Nursing Assistance (SAE) in the prevention and correction of physical disabilities in patients with leprosy, as well as to describe nursing care in basic care that should be adopted in the patient care under treatment for leprosy; and demonstrate the importance of effective care for the prevention of physical disabilities. Having social, epidemiological and academic relevance, since there are few studies referring to the subject to be researched and the few have only case indexes, epidemiological profile, but without worrying about the "sequelae" that are the physical disabilities. This is a theoretical study of qualitative approach, of the descriptive type and will be carried out through collection of secondary data in scientific articles, manuals of the Ministry of Health, monographs, dissertations, theses, etc. published in the period between 2004 and 2018. As results, it was identified that the prevention and correction of physical disabilities have been left in the background, among the control actions, which are focused on early diagnosis and adequate treatment of patients, showing that strategies are lacking for prevention and correction of disabilities in primary care. Given this, the nurse, as an integral part of the team and historically educator in their health actions, can contribute to the reflection on the possibilities of reorientation of the assistance practices in this area, aiming to provide quality assistance, focused on the client and his / her real needs. Therefore, it is necessary to create care plans based on the Systematization of Nursing Assistance (SAE), which aim to provide a better quality of life for patients, with simple and accessible care.]

Keywords: Leprosy. Prevention. Primary attention. Inability. SAE.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Leprosário Hospício dos Lázaros, fotografia encontrada na casa de Osvaldo Cruz é datada de 1921, tendo o leprosário sido extinto no ano de 1938.....	20
Figura 02 - Taxa de prevalência de hanseníase no mundo no ano de 2011.....	21
Figura 03 - Nervos afetados pelo <i>M. leprae</i> na Hanseníase.....	28
Figura 04 - Fluxograma de acompanhamento de suspeita de caso novo.....	37
Figura 05 - Apresentação das cartelas para Poliquimioterapia (PQT)-PB e MB infantil/adulto.....	43
Figura 06 - Seleção do material.....	56
Figura 07 - Cinco passos do processo de enfermagem.....	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Lesões mais comuns na hanseníase.....	29
Quadro 02 - Lesões dos nervos periféricos na hanseníase.....	31
Quadro 03 - Manifestações clínicas da hanseníase.....	32
Quadro 04 - Sinais dermatoneurológicos apresentados nas formas clínicas da hanseníase: Indeterminada, Tuberculóide, Dimorfa e Virchowiana.....	34
Quadro 05 - Classificação do Grau de Incapacidade com base na Avaliação Neurológica Simplificada (ANS).....	40
Quadro 06 - Critérios de graduação da força muscular na ANS.....	40
Quadro 07 - Estados reacionais ou reações hansênicas.....	41
Quadro 08 - Orientações para acompanhamento dos pacientes de hanseníase.....	50
Quadro 09 - Protocolo para aplicação da vacina BCG-ID em contatos intradomiciliares de pacientes de hanseníase.....	51
Quadro 10 - Apresentação dos resultados obtidos em cada banco de dados utilizados.....	54
Quadro 11 - O papel do enfermeiro no cuidado ao paciente de hanseníase por autor, ano e resultado da pesquisa.....	57
Quadro 12 - Prevenção e tratamento de incapacidades físicas na hanseníase por autor, ano e resultado da pesquisa.....	67
Quadro 13 - Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente de hanseníase.....	77
Quadro 14 - Principais diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e intervenção/prognóstico no paciente de hanseníase conforme NANDA 2015-2017.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANS – Avaliação Neurológica Simplificada
BCG – Bacilo de Calmette-Guérin
CFZ – Clofazimina
CGHDE – Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação
D – Dimorfa
DDS – Dapsona
DEVIT – Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis
ENH – Reação de eritema nodoso hansênico
g – grama
HIV – Vírus de Imunodeficiência humana
I – Indeterminada
kg – quilograma
M. leprae – *Micobacterium leprae*
MB – Multibacilar
mg – miligrama
MH – Mal de Hansen ou moléstia de Hansen
mm – milímetro
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
PB – Paucibacilar
PCID – Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica
PQT – Políquimioterápico
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RFM – Rifampicina
RR – Reação reversa
SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde
T – Tuberculóide
UBS – Unidade Básica de Saúde
V – Virchowiana

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
2.1	ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA HANSENÍASE	18
2.1.1	Cenário da hanseníase no Mundo.....	21
2.1.2	Cenário da hanseníase no Brasil.....	22
2.2	TRANSMISSÃO.....	26
2.3	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA HANSENÍASE.....	27
2.3.1	Sinais e sintomas dermatoneurológicos.....	28
2.3.2	Sinais e sintomas neurológicos.....	29
2.3.3	Manifestações Clínicas da doença.....	32
2.3.4	Classificação Operacional.....	33
2.4	DIRETRIZES PARA VIGILÂNCIA, ATENÇÃO E ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE	34
2.4.1	Acolhimento ao Usuário.....	35
2.4.2	Medidas de prevenção e promoção em saúde.....	37
2.4.3	Fatores de risco epidemiológico para contrair hanseníase.....	38
2.5	DIAGNÓSTICO	38
2.5.1	Diagnóstico Clínico	38
2.5.2	Avaliação de incapacidade física.....	39
2.6	CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA BACILOSCOPIA.....	41
2.7	COMPLICAÇÕES E REAÇÕES HANSÊNICAS.....	41
2.8	TRATAMENTO E REAÇÕES DO POLIQUIMIOTERÁPICO (PQT).....	42
2.9	PREVENÇÃO DE INCAPACIDADE FÍSICA NA HANSENÍASE	43
2.10	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSSITÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE).....	44
2.10.1	Processo de Enfermagem.....	48
2.11	O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO PACIENTE ACOMETIDO POR HANSENÍASE.....	49
2.11.1	Acompanhamento dos pacientes com incapacidades.....	49

2.11.2	Exames dos contatos intradomiciliares.....	51
3	METODOLOGIA.....	53
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	53
3.2	IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DAS FONTES.....	53
3.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	54
3.4	ANÁLISE DOS TEXTOS.....	54
3.5	DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	55
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	55
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
4.1	O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO PACIENTE DE HANSENÍASE.....	57
4.2	PREVENÇÃO E CORREÇÃO DAS INCAPACIDADES FÍSICAS NA HANSENÍASE.....	66
4.3	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE DE HANSENÍASE.....	77
5	CONCLUSÃO.....	87
	REFERÊNCIAS	89
	ANEXO A.....	102
	ANEXO B.....	104
	ANEXO C.....	106
	ANEXO D.....	108
	ANEXO E.....	109
	ANEXO F.....	110
	ANEXO G.....	112
	ANEXO H.....	114
	ANEXO I.....	115

1 INTRODUÇÃO

A Hanseníase é uma doença dermatoneurológica, altamente incapacitante. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstram um número alarmante de casos diagnosticados em 2008, com 249.007 casos novos, sendo que o Brasil contribui com 15,7% desses casos. Mesmo com o progresso mundial no tratamento medicamentoso da hanseníase, que resultou em uma redução drástica no número de casos nos últimos 20 anos, a doença representa um problema de Saúde Pública (NARDI; PASCHOAL; ZANETTA, 2005; BRASIL, 2010a).

Segundo Brasil (2010a), esses números colocam o País em segundo lugar em casos de hanseníase no mundo. Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) mostram que as regiões com maior prevalência são a Região Norte, Nordeste e Centro – Oeste, contribuindo com 77% dos casos novos e 86% dos casos notificados em menores de 15 anos.

O que demonstra a existência de doentes com alto poder infectante, disseminando a doença, pois há a presença do bacilo circulando livremente (BRASIL, 2008d). “Cerca de 23,3% dos casos novos de hanseníase diagnosticados anualmente no Brasil já apresentam graus de incapacidade I e II (BRASIL, 2008c, p. 9)”.

A Hanseníase ainda representa um grave problema de Saúde Pública no Brasil. Além dos agravantes inerentes a qualquer doença de origem socioeconômica, ressalta-se a repercussão psicológica gerada pelas incapacidades físicas, advindas da doença. Estas incapacidades constituem, na realidade, a grande causa do estigma e isolamento do paciente na sociedade (BRASIL, 2010a).

O presente estudo objetivou analisar a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na prevenção e correção das incapacidades físicas no paciente com hanseníase, bem como, descrever os cuidados de enfermagem na atenção básica que devem ser adotados na assistência ao paciente em tratamento para hanseníase; demonstrar a importância de uma assistência eficaz para prevenção das incapacidades físicas.

Para tentar solucionar este problema de saúde pública, as presentes questões que nortearam a pesquisa: Qual o papel do enfermeiro da atenção básica frente à assistência prestada ao paciente acometido por hanseníase? Como a aplicação da SAE pode contribuir para prevenção e correção das incapacidades físicas nos pacientes de Mal de Hansen (MH)?

Ante o exposto é notória a relevância social, epidemiológica e acadêmica, visto que há poucos estudos referentes ao tema a ser pesquisado e os poucos trazem apenas índice de casos, perfil epidemiológico, porém sem preocupar-se com as "sequelas" que são as incapacidades físicas. Necessitando estas serem estudadas e monitoradas, a fim de preveni-las ou corrigi-las.

A presente pesquisa, debruçou-se nas questões metodológicas, enfatizando os tipos de estudos e suas características com a finalidade de demonstrar a importância da revisão de literatura como meio de gerar conhecimento acadêmico. Com a devida importância os dados obtidos foram devidamente analisados para que pudessem ser ofertadas as devidas conclusões.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA HANSENÍASE

A hanseníase é uma das doenças mais antiga e remota a história da humanidade, seu agente etiológico o bacilo *Mycobacterium leprae* tem andado pelo mundo há muito tempo. Doença crônica granulomatosa com manifestações dermatoneurológica, até hoje carrega as marcas de sua história (BRASIL, 2010b; SANTOS; INÁCIO, 2010; CAVALIERE, 2011; BRASIL, 2012b).

Doença infecciosa, de evolução lenta que afeta principalmente a pele e os nervos das extremidades do corpo (BRASIL, 2010a). Até a descoberta do agente etiológico e do tratamento, a doença era vista com discriminação, e os pacientes isolados (BRASIL, 2008a; SANTOS; INÁCIO, 2010).

Também conhecida como Lepra, Mal de Lázaro, Mal de Hansen, Morfeia, Morbus Hansen, a hanseníase no passado foi relacionada como castigo divino. Relatos históricos sugerem que ela tenha surgido no Oriente e se espalhado pelo mundo por tribos nômades ou por navegadores, como os fenícios (CAVALIERE, 2011).

Escrito por volta de 190 a. C. o manuscrito chinês denominado "Remédios secretos completos" continha descrições sobre uma doença que provocava a perda da sensibilidade e o aparecimento de manchas vermelhas que inchavam e depois se ulceravam, ocasionando em seguida queda de sobrancelhas, cegueira, deformidade nos lábios, rouquidão, ulceração das plantas dos pés, desabamento de nariz e deslocamento de articulações (OPROMOLLA, 2000).

Opromolla (2000) destaca o Sushruta Samhita, texto em sânscrito atribuído ao fundador da medicina Ayurveda, ou medicina tradicional Indiana, que introduziu inovações notáveis nos campos da cirurgia, esse texto datado de 600 a. C. descreve hiperestesia, anestesia, formigamento e deformidades. Cita ainda três espécies de manifestações cutâneas principais: anestesia local, ulcerações e deformidades como a queda dos dedos e desabamento do nariz.

O autor acima alerta que a hanseníase já existia em muitos outros lugares do Mundo nesses tempos antigos, mas que foram designadas erroneamente, sendo mencionadas como diferentes moléstias. Nos tempos Babilônicos, por exemplo, a hanseníase, chamada de lepra, tinha como significado doença escamosa (OPROMOLLA, 2000).

Visto que, a palavra lepra também foi usada pelos gregos para designar doenças escamosas do tipo psoríase e eles designavam a hanseníase como elefantíase. Sugere-se que parte das tropas de Alexandre o Grande tenham sido contaminados com a doença nas campanhas da Índia por volta de 300 a. C., e teriam levado a doença quando retornaram à Europa depois da conquista do mundo (FIOCRUZ, 2018).

Devido à semelhança com outras doenças de pele e algumas venéreas, o indivíduo portador de hanseníase era visto de forma negativa, pois a transmissão da doença pressupunha um contato corporal, muitas vezes de natureza sexual e, portanto, pecaminoso e impuro (CAVALIERE, 2011).

Cavaliere (2011) ressalta ainda que, histórias bíblicas relatam sobre marcas na pele que eram consideradas desvios da alma, e eram diagnosticadas por sacerdotes e médicos. Segundo o Velho Testamento ao realizar um ritual religioso exclusivo dos sacerdotes o rei Uzziah foi punido por Deus com a lepra, foi isolado e ao morrer, enterrado fora do cemitério dos soberanos. Já no Novo Testamento, Jesus curou um leproso.

Os doentes ou eram encaminhados aos leprosários ou excluídos da sociedade, não podendo entrar em igrejas, tendo que usar luvas e roupas especiais, carregar sinetas ou matracas que anunciassem sua presença e, para pedir esmolas, precisavam colocar um saco amarrado na ponta de uma longa vara. Na Idade Média, os doentes eram obrigados a carregar um sino. Não havia cura e ninguém queria um leproso por perto (CAVALIERE, 2011).

A crença de que a hanseníase era hereditária, fruto do pecado ou castigo divino foi derrubada, a partir de 1873, quando o norueguês Armer Hansen identificou a bactéria causadora da moléstia. No entanto, o preconceito persistiu, e a exclusão social dos acometidos foi até mesmo reforçada pela teoria de que o confinamento dos doentes era o caminho para a extinção do mal (FIOCRUZ, 2018).

A descoberta do bacilo e de medicamentos eficazes para o seu tratamento não afastou completamente o medo de adoecer, o preconceito e discriminação contra os doentes (BRASIL, 2008d).

A internação compulsória era obrigatória no Brasil, até meados do século XX, sendo os doentes obrigados isolarem-se em leprosários (*Imagem 01*), na época também queimavam os seus pertences, política de saúde que visava mais o

afastamento dos portadores do que um tratamento eficaz. Deixando de ser obrigatória somente a partir de 1962 (CAVALIERE, 2011; FIOCRUZ, 2018).



Figura 01 – Leprosário Hospício dos Lázaros, fotografia encontrada na Casa de Oswaldo Cruz é datada de 1921, tendo o leprosário sido extinto no ano de 1938.

Fonte: FIOCRUZ, 2018

Segundo OPAS e OMS (2016), com o avanço da ciência na área das pesquisas ficou comprovado que a hanseníase possui uma baixa patogenicidade. E, a partir de 1981, foram desenvolvidas as poliquimioterapias que foi recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

O tratamento para hanseníase é oferecido gratuitamente no Mundo desde 1995, e, nesse mesmo ano, no Brasil, em uma tentativa de minimizar o estigma da doença o termo lepra e seus derivados foram proibidos de serem empregados nos documentos oficiais da Administração (FIOCRUZ, 2018).

Além da associação ao pecado, o estigma da hanseníase ainda hoje, evidencia as desigualdades sociais, afetando sobre tudo as regiões mais carentes do mundo. Por isso, o preconceito persiste e muitas pessoas ainda acreditam que apenas os pobres adquirem a doença. No entanto, apesar de ser transmitida mais facilmente quando as condições sanitárias e de habitação não são adequadas, a hanseníase não escolhe, nem nunca escolheu, classe social (CAVALIERE, 2011).

2.1.1 Cenário da hanseníase no Mundo

Who (2010) corrobora que em 2009, 16 países no mundo notificaram mil ou mais casos. Ficando a Ásia com a maior taxa de detecção, ou seja, 9,39, seguida das Américas com 4,58 casos por 100.000 habitantes.

Os números da Ásia foram fortemente influenciados pelo número de casos notificados pela Índia com 133.717, maior número de casos. Dos 40.474 casos novos nas Américas 93% são casos notificados no Brasil, totalizando cerca de 37.610 casos, o que coloca o país no ranquin como segundo país em número de casos de hanseníase (WHO, 2010).

Dos 122 países considerados endêmicos para a hanseníase, 119 haviam eliminado a doença como um problema de saúde pública, o que significa um atingimento de uma prevalência menor que 1 caso a cada 10 mil habitantes. O Brasil está entre os três que ainda não atingiram essa taxa (WHO, 2010).

Taxa de prevalência de hanseníases no mundo - 2011

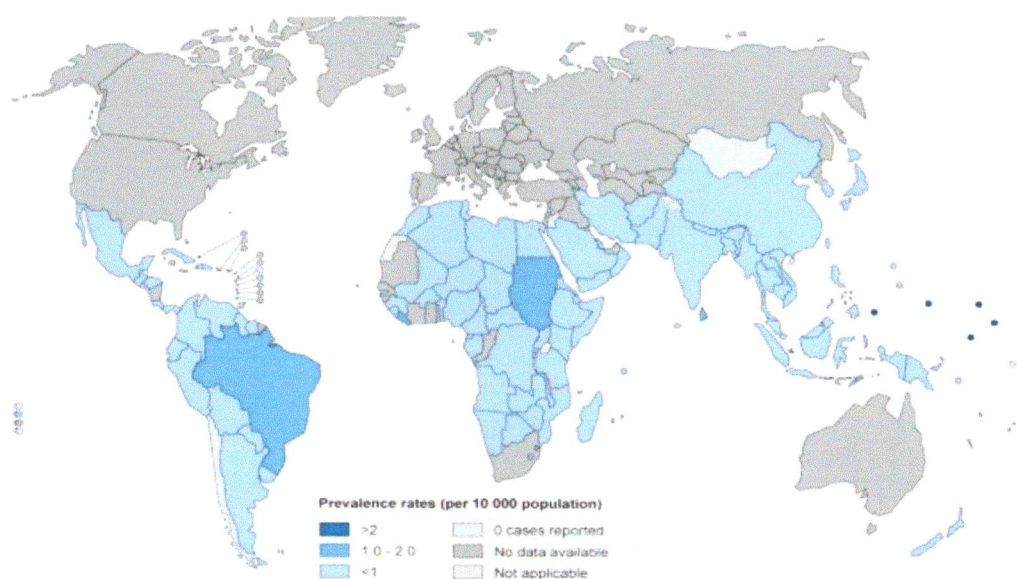


Figura 02 – Taxa de prevalência de hanseníase no mundo no ano de 2011.

Fonte: WHO, 2011

A maioria dos casos de hanseníase concentram-se em 17 países, totalizando 123 mil casos no mundo, equivalente a mais de 1000 casos/ anos. O pódio negativo está disposto da seguinte forma: a Índia com 126 mil casos, o Brasil com aproximadamente 35 mil e a Indonésia com 17 mil. A soma de todos os outros países não chegam a 50mil casos (WHO, 2010).

2.1.2 Cenário da hanseníase no Brasil

Na década de 40, houve a introdução da sulfonoterapia, já em 1982 com a Poliquimioterapia (PQT/ OMS) ou Multidrogaterapia (MDT/ OMS) tais medidas revolucionaram o tratamento desta doença. Reflexo dessa estratégia foi à adoção da hanseníase como uma das doenças prioritárias em 1987, durante a 40ª Assembleia Mundial de Saúde, resultando no fortalecimento de vários aspectos do controle através da mobilização de recursos para as atividades de controle e pesquisa (WHO, 2010).

Em 1991 o Brasil assumiu o compromisso, junto à Organização Mundial da Saúde (OMS), de eliminar a hanseníase como problema de saúde pública (ou seja, menos de um doente para cada 10.000 habitantes), até o final do ano de 2005 e o Distrito Federal alcançou esta meta, registrando 0,78 pacientes para cada 10.000 habitantes. No entanto, entre os 242 casos novos, 12,9% apresentavam deformidades e incapacidades já instaladas, sinalizando o diagnóstico tardio da doença (RODRIGUES *et al.*, 2000; BRASIL, 2007; ANDRADE; BOMFIM, 2008).

A hanseníase no Brasil, ainda é uma doença persistente. Entre 2001 e 2008, foram notificados 370 mil casos novos da doença. Uma média de 46 mil novos casos por ano (BRASIL, 2008a; NASCIMENTO *et al.*, 2011). Quanto ao recorte raça/ cor em 2010, o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase na população negra (pretos e pardos) foi de 23,62/ 100.000 hab., correspondendo a 22.863 casos novos, enquanto esse coeficiente para a população geral do país foi de 18,22/100.000 hab. (34.894 casos novos) (BRASIL, 2010b).

Segundo Lastória e Abreu (2012), o Brasil ocupa a segunda posição no cenário mundial em casos de hanseníase, ficando atrás apenas da Índia, e está entre os três países que não atingiram a meta de eliminação da doença como problema de saúde pública, definida pela prevalência menor que 1 caso/ 10.000 habitantes. Em 2011, 33.955 casos novos foram detectados, com coeficiente de prevalência de 1,54/ 10.000 habitantes.

A Organização Mundial da Saúde informa que 105 países e territórios reportaram casos de hanseníase durante o primeiro quadrimestre de 2012, mostrando uma prevalência mundial da doença de 181.941 casos em tratamento. O número de casos novos detectados em todo o mundo em 2011 foi de aproximadamente 219.075. O Brasil ocupou em 2012 a segunda posição em número de casos novos de hanseníase, com 33.303, correspondendo a 15,4%. A primeira posição está com a

Índia, com 126.800 casos novos, o que corresponde a 57,8% do total (BRASIL, 2016a).

No Brasil no período de 2003 a 2012 houve redução de 66,6% do coeficiente de prevalência de hanseníase. Em 2012 esse indicador foi de 1,51 casos por 10 mil habitantes, correspondendo a 29.311 casos em tratamento. Entretanto, a prevalência de hanseníase ainda apresenta importantes variações regionais e estaduais (BRASIL, 2016a).

As regiões e estados do Sul e Sudeste (exceto Espírito Santo) apresentam níveis de eliminação da doença como problema de saúde pública. As unidades da federação das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, (exceto Rio Grande do Norte e Distrito Federal) ainda possuem coeficientes elevados, sobretudo nos estados do Mato Grosso, Tocantins, Maranhão, Rondônia e Pará (QUEIROZ; PUNTEL, 1997; BRASIL, 2008a).

O coeficiente de detecção geral de casos novos é função da incidência de casos e da agilidade diagnóstica dos serviços de saúde. No país em 2012 esse coeficiente foi de 17 por 100.000 habitantes, o que corresponde um padrão de alta endemicidade, segundo parâmetros oficiais. A redução desse coeficiente de 2003 a 2012 foi 41,5%. Os coeficientes de detecção da hanseníase apresentam tendência de redução no Brasil, mas ainda com patamares hiperendêmicos nas regiões Norte e Centro Oeste, com coeficientes médios de 56,64 por 100.000 habitantes e 50,37 por 100.000 habitantes, respectivamente (BRASIL, 2016a).

A região Nordeste apresenta situação de endemicidade muito alta, com média de 31,17 por 100.000 habitantes. As regiões Sudeste e Sul apresentam parâmetros de alta e média endemicidade com coeficientes médios de, respectivamente, 10,08 por 100.000 habitantes e 6,40 por 100.000 habitantes (BRASIL, 2016a).

O coeficiente de detecção em menores de 15 anos é prioridade da política atual da hanseníase no país, por indicar focos de infecção ativos e transmissão recente. Por isso estratégias como a Campanha Nacional de Hanseníase e Geohelmintíases realizada em 2013, teve como um dos objetivos identificar casos suspeitos de hanseníase em escolares do ensino público fundamental (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2016a).

Em 2012 esse coeficiente foi de 4,81 por 100.000 habitantes, o que corresponde a 2.246 casos novos nessa faixa etária e um parâmetro de endemicidade

alto. No país a redução desse coeficiente de 2003 a 2009 foi de 39,7%, com valor médio de 6,20 por 100.000 habitantes (BRASIL, 2018b).

A maior carga da hanseníase, representada tanto pelo número de doentes em tratamento quanto pelo número de casos diagnosticados com lesões incapacitantes, se localiza em espaços geográficos delimitados, que incluem os estados do entorno do ecossistema amazônico, em área da Amazônia legal brasileira e as regiões metropolitanas das capitais dos estados, exceto todos os da região Sul, Sudeste (Belo Horizonte e São Paulo), Centro Oeste (Brasília e Campo Grande) e no Nordeste (Natal) (BRASIL, 2010a).

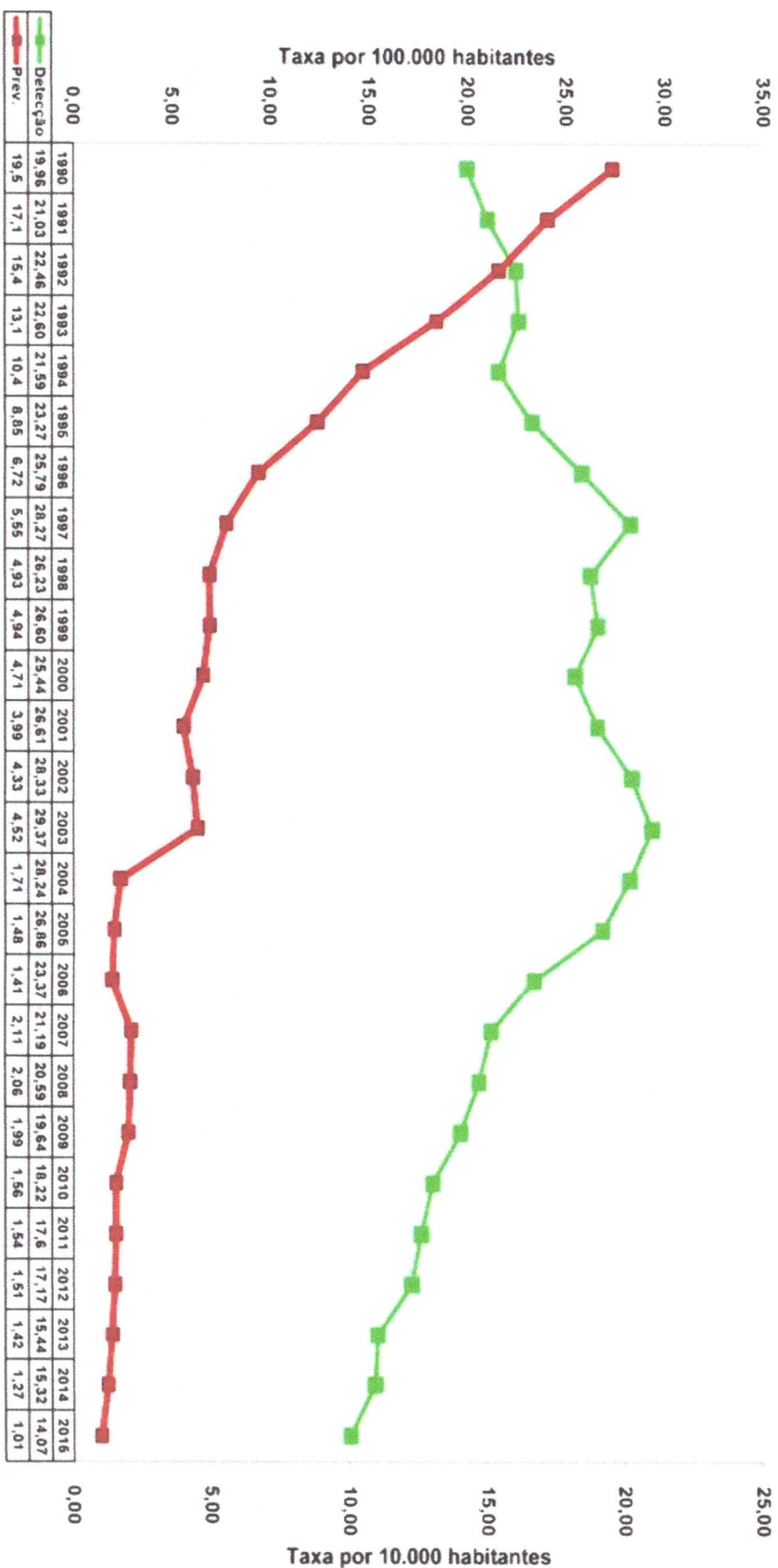
O coeficiente de grau 2 de incapacidade física estima a transcendência da doença e sinaliza a condição de acesso e de diagnóstico precoce da doença. Em 2012 essa incapacidade ocorreu em 2.638 casos novos, o que corresponde a 1,12 a cada 1 milhão de habitantes. Entre 2003 e 2012 houve redução de 20,6% do grau 2 de incapacidade no país (BRASIL, 2016).

Entre os indicadores operacionais, o exame de contatos é uma ação de vigilância epidemiológica essencial ao diagnóstico precoce e a ruptura da cadeia de transmissão da hanseníase. Em 2012 o percentual de examinados dentre os contatos intradomiciliares de casos novos de hanseníase registrados, nos anos das coortes, foi de 74,5% (BRASIL, 2014).

O percentual de cura de casos novos de hanseníase nos anos das coortes revela a capacidade dos serviços de saúde de acompanhar os pacientes ao longo do tratamento e de manterem os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

O *Gráfico 01* traz uma série histórica do índice de detecção da hanseníase no Brasil no período de 1990 a 2015, no primeiro ano a detecção por 100.000 hab. foi de 19,96% sendo que a previsão era de 19,5%, verificou-se um crescente aumento na taxa nos anos de 1997 (20,27) e 2003 (29,37), sendo o ano de 2003 o com maior incidência o período (BRASIL, 2016).

O ano de 2005 apresentou uma taxa de 26,86, e a partir deste ano tem decrescido gradativamente, porém ainda está longe de deixar de ser um problema de saúde pública, a menor incidência do período deu - se no ano de 2015 com 14,07% sendo a previsão era de 1,01% se tivesse sido cumprida a meta da OMS, a doença deveria ter sido eliminada em 2015 (BRASIL, 2016).



Fonte: Base de Dados/ Sinan/SVS/MS 31/05/2016.

Gráfico 01 – Taxa de prevalência e detecção em hanseníase, Brasil, 1990 a 2015.

Fonte: SINAN, 2016

Em 2017 houve 26.800 casos (total ainda em aberto pelo Ministério da Saúde) contra 25.218 em 2016. Mostrando que ou as pessoas estão buscando mais o serviço de saúde, ou houve um aumento no número de pessoas acometidas pela hanseníase (BRASIL, 2018a).

2.2 TRANSMISSÃO

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa associada às desigualdades sociais, pois afeta as regiões mais pobres do mundo. A transmissão ocorre a partir de gotículas expelidas no momento da fala, tosse ou espirros que são inaladas pelo indivíduo sadio (RODRIGUEZ, 2015; KRAPP, 2017).

A transmissão se dá de indivíduo para indivíduo, por germes eliminados por gotículas da fala e que são inalados por outras pessoas penetrando o organismo pela mucosa do nariz. Outra possibilidade é o contato direto com a pele através de feridas de doentes. No entanto, é necessário um contato íntimo e prolongado para a contaminação, como a convivência de familiares na mesma residência. Daí a importância do exame dos familiares doente de hanseníase (SANTOS; INACIO, 2010).

O *M. leprae* tem uma alta infectividade, porém possui baixa patogenicidade, e essas propriedades dependem fatores intrínsecos do bacilo, de sua relação com o hospedeiro e o grau de endemidade do meio. O alto potencial incapacitante da Hanseníase está diretamente relacionado ao poder imunogênico do *M. leprae* (BRASIL, 2010b).

Brasil (2010b) ressalta que apenas os pacientes multibacilares (virchowianos e dimorfos) são capazes de transmitir a doença, sendo a via aérea superior a mais provável via de entrada do *M. leprae*. Enquanto o tratamento específico não for iniciado. A maioria da população adulta é resistente à hanseníase, mas as crianças são mais suscetíveis, geralmente adquirindo a doença quando há um paciente contaminante na família (SANTOS; INACIO, 2010).

O homem é tido como principal e única fonte de infecção, embora tenham sido identificados animais naturalmente infectados. Levando em média, de 2 a 7 anos para manifestação clínica, sendo que há registro de períodos mais curtos, de 7 meses, como também mais longos, de 10 anos (BRASIL, 2010b).

O período de incubação dura em média 5 anos e entre os fatores predisponentes estão o baixo nível socioeconômico, a desnutrição e a

superpopulação doméstica. Devido a isso, a doença ainda tem grande incidência nos países subdesenvolvidos (SANTOS; INACIO, 2010).

2.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA HANSENÍASE

A hanseníase é doença de evolução crônica, mas seu curso pode ser interrompido de forma abrupta por sinais e sintomas agudos. Entre eles se salientam a febre alta, dor no trajeto dos nervos, o surgimento de lesões da pele (placas ou nódulos) e a piora do aspecto de lesões que já existiam previamente (SANTOS; INÁCIO, 2010; BRASIL, 2010b; LASTÓRIA; ABREU, 2012).

Os bacilos de Hansen atingem as terminações nervosas, devido sua preferência pelas fibras nervosas. A neuropatia da hanseníase é clinicamente uma neuropatia mista, que resulta no comprometimento das fibras nervosas sensitivas, motoras e autonômicas (BRASIL, 2008d).

A sensibilidade cutânea é alterada em suas modalidades térmica e tátil, como sensibilidade profunda, na modalidade dolorosa. Sua distribuição anatômica se classifica como mononeurite múltipla, isto é, instala-se em um ou vários nervos. A resposta do tecido em presença do bacilo pode ser muito variada, desde uma mínima resposta sem alterações funcionais, até uma resposta intensa com infiltração granulomatosa de todo o parênquima neural, resultando em destruição importante dos nervos periféricos com nítidas alterações de sua função (BRASIL, 2008d).

Essas manifestações podem ser acompanhadas por dor intensa, hipersensibilidade do nervo, edema, déficit motor e sensitivo. No entanto, os fenômenos da neurite podem se desenvolver sem dor: são as chamadas neurites silenciosas. Basicamente nelas não temos os achados de dor ou hipersensibilidade do nervo, mas alterações de sensibilidade e/ou de força motora (BRASIL, 2008d).

Estas são identificadas por meio de exame de sensibilidade e força motora, o que torna de suma importância avaliações periódicas, mesmo na ausência de qualquer queixa da pessoa. Os nervos envolvidos com maior frequência são: nervo facial (VII par craniano), nervo trigêmeo (V par craniano), nervo ulnar, nervo mediano, nervo radial, nervo fibular comum e nervo tibial (*Figura 02*) (BRASIL, 2008d).

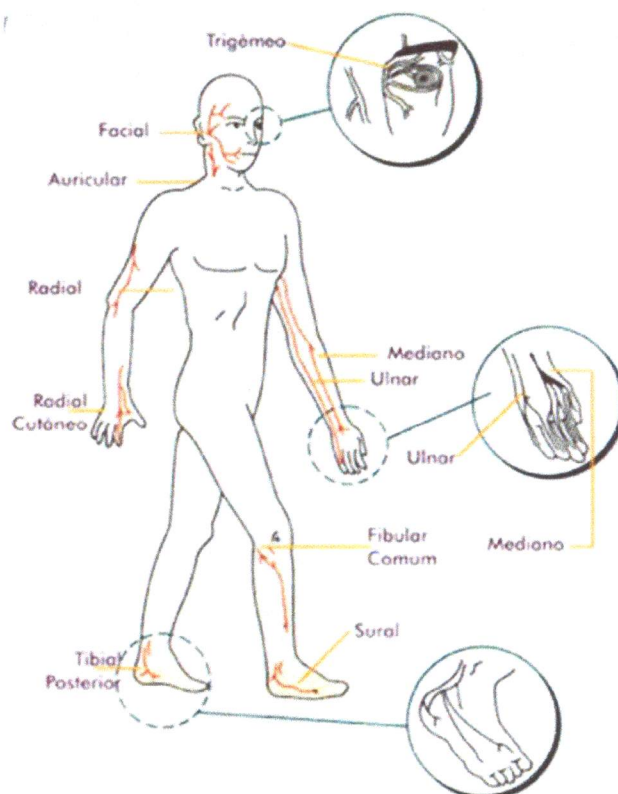


Figura 03 – Nervos afetados pelo *M. leprae* na hanseníase.
Fonte: Brasil, 2008d

Os indivíduos do sexo masculino são os mais afetados pela hanseníase, porém todas as pessoas independentemente da idade e sexo estão suscetíveis à doença. Crianças raramente são afetadas, no entanto, observa-se que quando crianças menores de 15 anos adoecem há uma maior endemicidade da doença (BRASIL, 2010b).

2.3.1 Sinais e sintomas dermatoneurológicos

A hanseníase manifesta-se principalmente por meio de lesões de pele com diminuição ou ausência de sensibilidade ou lesões dormentes, em decorrência do acometimento dos ramos periféricos cutâneos, tais lesões e suas características estão descritas no *Quadro 01* (BRASIL, 2010b).

Quadro 01 – Lesões mais comuns na hanseníase Fonte: Brasil, 2010

TIPOS DE LESÃO	CARACTERÍSTICAS DAS LESÕES
Manchas esbranquiçadas ou avermelhadas	alteração na cor da pele, sem relevo.
Pápulas	lesão sólida, com elevação superficial e circunscrita.
Infiltrações	alteração na espessura da pele, de forma difusa.
Tubérculos	lesão sólida, elevada (caroços externos).
Nódulos	lesão sólida, mais palpável que visível (caroços internos).

Além das lesões, alguns sinais e sintomas necessitam ser valorizados, como: edema de mãos e pés, febre, artralgia; entupimento, feridas, ressecamento do nariz, nódulos eritematosos dolorosos, mal estar geral e ressecamento dos olhos. Na fase inicial da doença, pode haver um aumento da sensibilidade acompanhada de uma sensação de formigamento que pode ser confundida com coceira (BRASIL, 2010a).

2.3.2 Sinais e sintomas neurológicos

Outra forma de manifestação da doença são as lesões nos nervos periféricos. Essas lesões são decorrentes de processos inflamatórios dos nervos periféricos, as chamadas neurites, causados tanto pela ação direta do bacilo nos nervos, como pela reação do organismo ao bacilo (BRASIL, 2008c).

Dentre os sintomas, verifica-se: Dor e/ ou espessamento dos nervos periféricos; Diminuição e/ou perda de sensibilidade nas áreas inervadas por esses nervos, principalmente nos olhos, nas mãos e nos pés; Diminuição e/ou perda de força nos músculos inervados por esses nervos, principalmente nas pálpebras e nos membros superiores e inferiores (BRASIL, 2008c).

O termo mais usado para se referir ao comprometimento neural em hanseníase é neurite. Este termo significa inflamação dos tecidos neurais. Entretanto, nem todo comprometimento neural é consequência de inflamação ou infecção. Por esse motivo, preferimos usar o termo neuropatia. Esse processo neuropático pode ser agudo ou crônico, com ou sem dor e com ou sem alterações tróficas (vasomotoras), déficit sensitivo e motor (BRASIL, 2008d).

A neurite, geralmente, é um processo agudo acompanhado de dor intensa e edema. No início não há evidência de comprometimento funcional do nervo, mas

frequentemente a neurite se torna crônica, com diminuição ou perda de sensibilidade, causando dormência e diminuição ou perda da força muscular, provocando fraqueza, paralisia e atrofia dos músculos inervados pelos nervos comprometidos (BRASIL, 2008c).

A etiopatogenia da neuropatia hansênica compreende vários fatores. Inicialmente, há um fator de natureza intrínseca (presença do bacilo e reação inflamatória). A ele poderá se somar um fator extrínseco- a compressão do nervo edemaciado por estruturas anatômicas vizinhas (ossos, ligamentos, bandas fibrosas e arcadas musculares) (BRASIL, 2008d).

Alguns casos, porém, apresentam espessamento de nervos periféricos, alterações de sensibilidade e alterações motoras sem sintomas agudos de dor, conhecidos como neurite silenciosa. Em hanseníase, as deficiências primárias (orquite, uveíte, neuropatia, etc.) são devidas ao processo inflamatório do organismo na tentativa de destruir o bacilo diretamente ou as células parasitadas por ele (BRASIL, 2008d).

As deficiências secundárias são aquelas decorrentes da não-realização de cuidados preventivos após o processo primário (garra rígida, mal perfurante plantar, reabsorção óssea, etc.), como descritos no *Quadro 02* nas ações do bacilo e dos processos inflamatórios as medidas adotadas serão para prevenção de danos neurais, e quando o indivíduo já tem lesão neural deve-se prevenir as complicações (BRASIL, 2008d).

Todas essas manifestações em nervos e vísceras poderiam ser evitadas se o diagnóstico e o tratamento fossem feitos precocemente, ou seja, enquanto o bacilo estivesse restrito às terminações nervosas superficiais. Os mecanismos causadores das deformidades e das incapacidades são, portanto, neurogênicos e inflamatórios. Entre as causas neurogênicas consideramos primárias: déficits sensitivos, motores e autonômicos; e secundárias: retrações, lesões traumáticas e infecções pós-traumáticas (BRASIL, 2008d).

Quadro 02 – Lesões dos nervos periféricos na hanseníase **Fonte: Brasil (2008d)**

Fibras Sensoriais	Fibras Autônomas	Fibras Motoras
Ações do bacilo e dos processos inflamatórios		
Evitar ou prevenir danos neurais		
• Diminuição ou perda da sensibilidade DORMÊNCIA	• Diminuição ou perda da sudorese e lubrificação da pele PELE SECA	• Diminuição ou perda da força muscular FRAQUEZA
CONSEQUÊNCIAS DA LESÃO NEURAL		
Evitar ou prevenir complicações		
• Queimaduras • Ferimentos • Úlceras	• Fissuras	• Atrofia • Contratura e articulações rígidas • Desequilíbrio muscular (deformidades: garra, pé caído, logaftalmo) • Aumento de pressão em áreas específicas nas atividades diárias
Infecção	Infecção	Ferimentos/ Infecção
Destruição de Estruturas (Pele, Tendão, Ligamentos, Osso, Músculo)		
DEFORMIDADES		

O monitoramento por meio do exame neurológico sistemático possibilita diagnóstico e intervenção precoce em quadro de acometimento neural, reduzindo-se, assim, as chances de se desenvolver incapacidades (GONÇALVES; SAMPAIO; ANTUNES, 2008).

2.3.3 Manifestações Clínicas da doença

As pessoas, em geral, têm imunidade para o *M. leprae*, e a maioria delas não adoece. Entre as que adoecem, o grau de imunidade varia determinando a forma clínica e a evolução da doença. As formas de manifestação clínica da hanseníase são quatro: indeterminada, tuberculóide, virchowiana e dimorfa (Classificação de Madri). A partir da forma indeterminada, a hanseníase pode evoluir para as demais formas clínicas (BRASIL, 2008d).

Para Brasil (2010a), as manifestações clínicas da doença estão diretamente relacionadas ao tipo de resposta ao *M. leprae*. No *Quadro 03* tem-se então, as quatro (04) formas clínicas da doença:

Quadro 03 - as manifestações clínicas da hanseníase Fonte: BRASIL, 2012a

Hanseníase Indeterminada: forma inicial, evolui espontaneamente para a cura na maioria dos casos ou evolui para as chamadas formas polarizadas em cerca de 25% dos casos, o que pode ocorrer em 3 a 5 anos. Geralmente, encontra-se apenas uma lesão, de cor mais clara que a pele normal, com distúrbio da sensibilidade, ou áreas circunscritas de pele com aspecto normal e com distúrbio de sensibilidade, podendo ser acompanhadas de alopecia e/ou anidrose. Mais comum em crianças.

Hanseníase Tuberculóide: forma mais benigna e localizada, ocorre em pessoas com alta resistência ao bacilo. As lesões são poucas (ou única), de limites bem definidos e um pouco elevados e com ausência de sensibilidade (dormência). Ocorre comprometimento simétrico de troncos nervosos, podendo causar dor, fraqueza e atrofia muscular. Próximo às lesões em placa podem ser encontrados filetes nervosos espessados.

Nas lesões e/ou trajetos de nervos pode haver perda total da sensibilidade térmica, tátil e dolorosa, ausência de sudorese e/ou alopecia. Pode ocorrer a forma nodular infantil, que acomete crianças em 1 a 4 anos, quando há um foco multibacilar no domicílio. A clínica é caracterizada por lesões papulosas ou nodulares, únicas ou em pequeno número, principalmente na face.

Hanseníase Virchowiana (ou lepromatosa): nestes casos a imunidade celular é nula e o bacilo se multiplica muito, levando a um quadro mais grave, com anestesia dos pés e mãos que favorecem os traumatismos e feridas que podem causar

deformidades, atrofia muscular, inchaço das pernas e surgimento de lesões elevadas na pele (nódulos).

As lesões cutâneas caracterizam-se por placas infiltradas e nódulos (hansenomas), de coloração eritemato-acastanhada ou ferruginosa que podem se instalar também na mucosa oral. Pode ocorrer infiltração facial com madarose superciliar e ciliar, hansenomas nos pavilhões auriculares, espessamento e acentuação dos sulcos cutâneos.

Pode ainda ocorrer acometimento da laringe, com quadro de rouquidão e de órgãos internos (fígado, baço, suprarrenais e testículos), bem como, a hanseníase históide, com predominância de hansenomas com aspecto de quelóides ou fibromas, com grande número de bacilos. Ocorre comprometimento de maior número de troncos nervosos de forma simétrica.

Hanseníase Dimorfa (ou Borderline): forma intermediária que é resultado de uma imunidade também intermediária, com características clínicas e laboratoriais que podem se aproximar do polo tuberculóide ou virchowiano. O número de lesões cutâneas é maior e apresentam-se como placas, nódulos eritematosos acastanhados, em grande número, com tendência a simetria. As lesões mais características nesta forma clínica são denominadas lesões pré-faveolares ou faveolares, sobre elevadas ou não, com áreas centrais deprimidas e aspecto de pele normal, com limites internos nítidos e externos difusos. O acometimento dos nervos é mais extenso podendo ocorrer neurites agudas de grave prognóstico.

A hanseníase pode apresentar períodos de alterações imunes, os estados reacionais. Na hanseníase dimorfa as lesões tornam-se avermelhadas e os nervos inflamados e doloridos. Na forma virchowiana surge o eritema nodoso hansênico: lesões nodulares, endurecidas e dolorosas nas pernas, braços e face, que se acompanham de febre, mal-estar, queda do estado geral e inflamação de órgãos internos. Estas reações podem ocorrer mesmo em pacientes que já terminaram o tratamento, o que não significa que a doença não foi curada (BRASIL, 2010a).

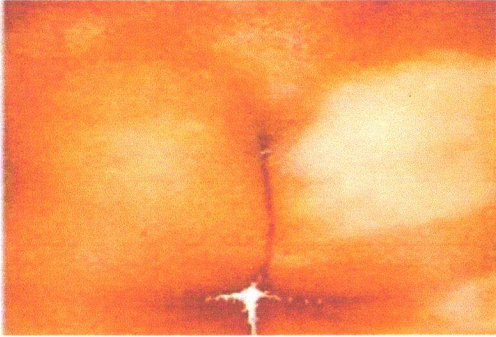
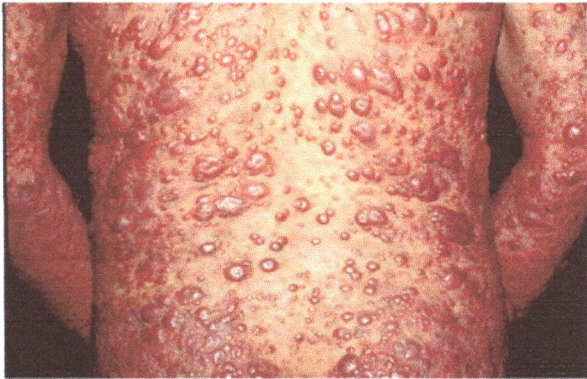
2.3.4 Classificação Operacional

A classificação operacional para fins de tratamento poliquimioterápicos (PQT), proposta pela OMS e adotada pelo MS, baseia-se no número de lesões cutâneas e nervos afetados de acordo com os seguintes critérios:

Quanto à classificação pelo número de lesões de pele, indivíduos que apresentarem até cinco (05) lesões devem ser classificados como paucibacilares (PB), já os pacientes com mais de cinco lesões devem ser classificados como multibacilares (MB). Porém, o MS utiliza hoje na classificação a presença de nervos afetados, ou seja, independentemente do número de lesões, se o indivíduo apresentar pelo menos um (01) nervo afetado deve ser tratado como MB (BRASIL, 2016b).

No *Quadro 04* estão demonstrados os sinais das formas Indeterminada e Tuberculóide que são Paucibacilares e as formas Dimorfa e Virchowiana que são Multibacilares:

Quadro 04 – Sinais dermatológicos apresentados nas formas clínicas da hanseníase: Indeterminada, Tuberculóide, Dimorfa e Virchowiana **Fonte: Brasil (2016b)**

INDETERMINADA 	TUBERCULÓIDE 
DIMORFA 	VIRCHOWIANA 

2.4 DIRETRIZES PARA VIGILÂNCIA, ATENÇÃO E ELIMINAÇÃO DA HANSENÍASE

A Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010, aprova as Diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da hanseníase. Considerando que o modelo de intervenção para o controle da endemia é baseado no diagnóstico precoce, tratamento

oportuno de todos os casos diagnosticados, prevenção e tratamento de incapacidades e vigilância dos contatos domiciliares (BRASIL, 2010c).

Visando o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, bem como à organização da rede de atenção integral e promoção da saúde com base na comunicação, educação e mobilização social (BRASIL, 2010c).

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde desenvolve um conjunto de ações que visam orientar a prática em serviço em todas as instâncias e diferentes complexidades, de acordo com os princípios do SUS, fortalecendo as ações de vigilância epidemiológica da hanseníase, a promoção da saúde com base na educação permanente e a assistência integral aos portadores deste agravo (BRASIL, 2010c).

A atenção à pessoa com hanseníase, suas complicações e sequelas, deve ser oferecida em toda rede do Sistema Único de Saúde, de acordo com a necessidade de cada caso. A hanseníase é uma doença de notificação compulsória em todo território nacional e de investigação obrigatória. Os casos diagnosticados devem ser notificados, utilizando-se a Ficha de Notificação e Investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação/ Investigação (SINAN) (BRASIL, 2010c).

Lançada em 2016 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a Estratégia Global para a Hanseníase 2016 - 2020 está baseada em três pilares: fortalecer o controle, a coordenação e as parcerias do governo; combater a hanseníase e suas complicações; enfrentar a discriminação e promover a inclusão (OPAS; OMS, 2016).

A estratégia fornece orientações aos gestores de programas nacionais de hanseníase para que tomem as medidas necessárias para reduzir a incidência da doença, em colaboração com vários setores, incluindo organizações que trabalham com direitos humanos e igualdade de gênero (ONUBR, 2018).

2.4.1 Acolhimento ao Usuário

O acolhimento possibilita a captação das necessidades de saúde manifestadas pelo usuário e dispara imediatamente na instituição um processo de trabalho concretizado em ações que respondam às necessidades captadas (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

O acolhimento, nos serviços de saúde, tem sido considerado como um processo, pois deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os setores do atendimento. Não se limita ao ato de receber, mas se constitui em uma

sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004)

O acolhimento é um dispositivo que está inserido na Política de Humanização do Ministério da Saúde (HumanizaSUS), e que vai além da recepção ao usuário, pois considera toda a situação da atenção a partir da entrada deste no sistema. Acolher significa humanizar o atendimento (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

O acolhimento possui três esferas constitutivas: postura, atitude e tecnologia do cuidado; mecanismo de ampliação e facilitação do acesso; e dispositivo de (re) organização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2010c; BRASIL, 2011). O primeiro passo é o Acolhimento, nele será realizado Anamnese e Avaliação Dermatoneurológica, se for um caso suspeito para hanseníase a Equipe de enfermagem encaminha para primeira Consulta Médica para fechar diagnóstico e iniciar tratamento (BRASIL, 2012b).

O acolhimento do usuário é uma das condições determinadas na adesão do paciente ao tratamento. A abordagem humanizada e integral do portador de hanseníase permitirá logo no primeiro contato diminuir as barreiras do estigma, preconceito e sofrimento enfrentados pelos pacientes. No primeiro contato deverão ser discutidos detalhes da doença e o papel da equipe na sua visão técnica e humanitária (BRASIL, 2010c).

O bom acolhimento não tem receita, mas se constrói com reflexão coletiva, participação de funcionários e profissionais de saúde e trabalho cotidiano. O tema deve ser objeto de discussão de todas as equipes de saúde, em particular da atenção básica, que deve ser a primeira porta de entrada dos pacientes com hanseníase (BRASIL, 2008d).

Essa discussão deve ser pautada em assuntos como: o medo, o preconceito e a discriminação em relação à doença, a assistência e cuidado dos pacientes, capacitação para o autocuidado e cura, estratégias para fortalecer vínculos do paciente com o serviço e sua adesão aos tratamentos, humanização da assistência, identificação de necessidade da comunidade, avaliação de comunicantes, busca ativa e ações educativas, e o fortalecimento das redes e qualidade da atenção (BRASIL, 2008d).

A *Figura 04* abaixo demonstra o Fluxograma do atendimento do paciente com suspeita de hanseníase.

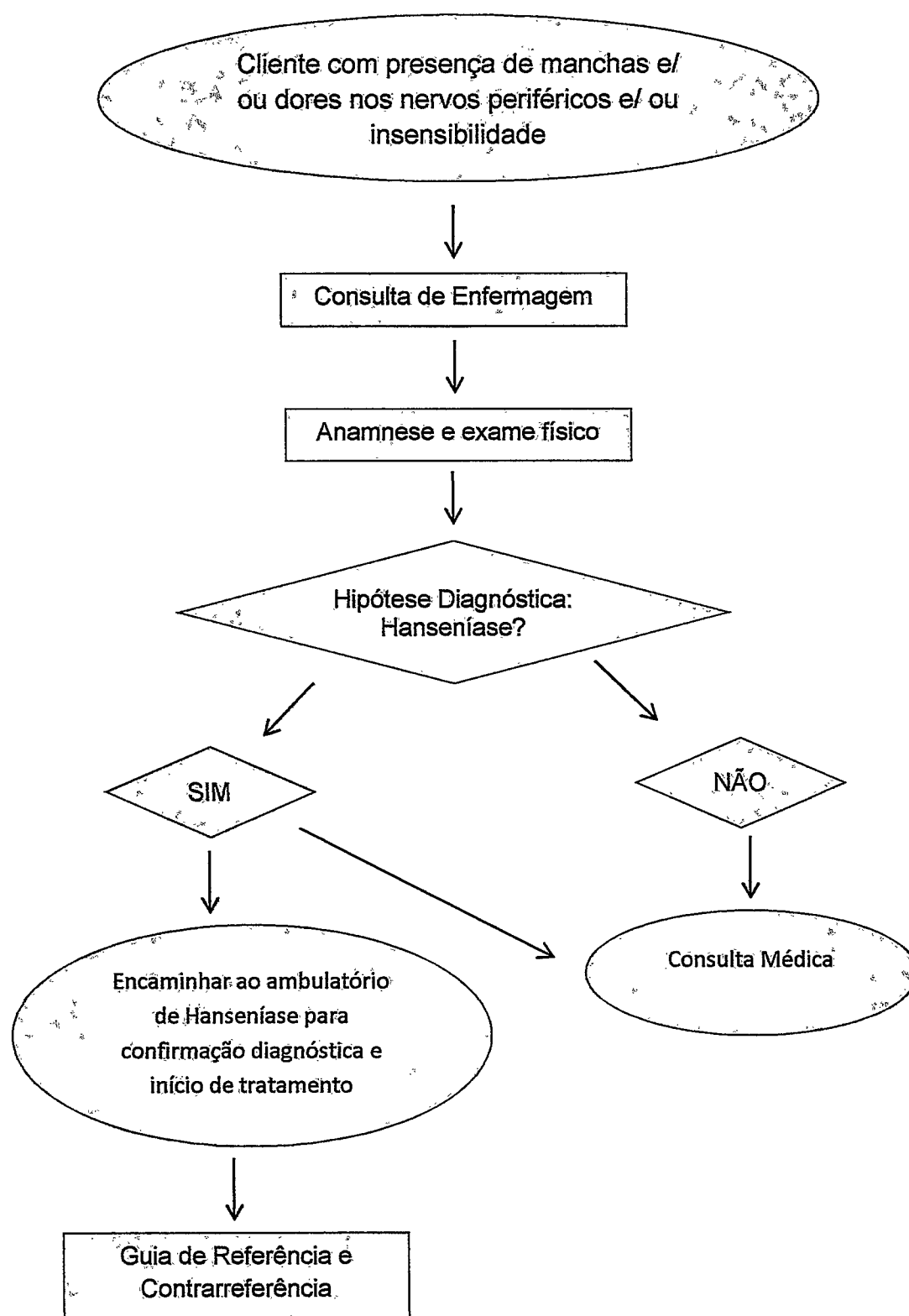


Figura 04 – Fluxograma de acompanhamento de suspeita de caso novo
Fonte: Brasil (2012b)

2.4.2 Medidas de prevenção e promoção em saúde

A principal medida de prevenção está busca ativa, detecção precoce e tratamento do portador da hanseníase. Exame dos contatos intradomiciliares e vacinação BCG para os contatos que não apresentarem mancha ou outro sinal de

alerta para hanseníase; Mobilização social e educação dirigida à população, comunidade e aos profissionais de saúde (BRASIL, 2007).

2.4.3 Fatores de risco epidemiológico para contrair hanseníase

O principal fator de risco é o contato prolongado com pacientes de formas multibacilares sem tratamento, por serem bacilíferos, por isso a população de maior risco é a dos contatos intradomiciliares, outros fatores importantes são as condições de moradia, sanitárias e nutricionais que interferem no panorama da manutenção da endemia, bem como, do risco do profissional de saúde que torna - se igual ao da população geral (BRASIL, 2007).

2.5 DIAGNÓSTICO

Conforme Brasil (2010b) e Assis *et al.*, (2017), o diagnóstico da hanseníase é clínico epidemiológico, realizado através da anamnese do paciente, do exame dermatoneurológico, para identificar lesões ou áreas da pele com alterações de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ ou comprometimento de nervos periféricos).

2.5.1 Diagnóstico Clínico

O diagnóstico é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio da análise da história e condições de vida do paciente, 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) (BRASIL, 2010b; LASTÓRIA; ABREU, 2012).

Os casos com suspeita de comprometimento neural, sem lesão cutânea (suspeita de hanseníase neural pura), e aqueles que apresentam área com alteração sensitiva e/ou autonômica duvidosa e sem lesão cutânea evidente deverão ser encaminhados para unidades de saúde de maior complexidade para confirmação diagnóstica (BRASIL, 2010b; LASTÓRIA; ABREU, 2012).

Recomenda-se que nessas unidades os mesmos sejam submetidos novamente ao exame dermatoneurológico criterioso, à coleta de material para exames laboratoriais (baciloscopia ou histopatologia cutânea ou de nervo periférico sensitivo), a exames eletrofisiológicos e/ou outros mais complexos, para identificar

comprometimento cutâneo ou neural discreto e para diagnóstico diferencial com outras neuropatias periféricas (BRASIL, 2010b; LASTÓRIA; ABREU, 2012).

Em crianças, o diagnóstico da hanseníase exige exame ainda mais criterioso, diante da dificuldade de aplicação e interpretação dos testes de sensibilidade. Recomenda-se utilizar o "Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos" (*Anexo 03*) (Portaria GM nº 3.125 de 07 de outubro de 2010) (BRASIL, 2010c; LASTÓRIA; ABREU, 2012).

O diagnóstico de hanseníase deve ser recebido de modo semelhante ao de outras doenças curáveis. Se vier a causar impacto psicológico, tanto a quem adoeceu quanto aos familiares ou pessoas de sua rede social, essa situação requererá uma abordagem apropriada pela equipe de saúde, que permita a aceitação do problema, superação das dificuldades e maior adesão ao tratamento. Essa atenção deve ser oferecida no momento do diagnóstico, bem como no decorrer do tratamento da doença e, se necessária, após a alta (BRASIL, 2010b; LASTÓRIA; ABREU, 2012).

Brasil (2010b) classifica a hanseníase em duas formas operacionais, assim o tratamento com poliquimioterapia é baseada no número de lesões cutâneas de acordo com os seguintes critérios:

Paucibacilar (PB) – casos com até 5 lesões de pele;

Multibacilar (MB) – casos com mais de 5 lesões de pele.

2.5.2 Avaliação da incapacidade física

É importante avaliar a integridade da função neural e o grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, na alta por cura e no monitoramento de doentes que já tenham alguma incapacidade física instalada. O grau de incapacidade física é uma medida que indica a existência de perda da sensibilidade protetora e/ou deformidade visível, em consequência da lesão neural e/ou cegueira (BRASIL, 2008d)

Para determinar o grau de incapacidade física deve-se realizar o teste da sensibilidade dos olhos, mãos e pés. É recomendada a utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes - Weinstein (6 monofilamentos: 0,05g; 0,2g; 2g, 4g, 10g e 300g), nos pontos de avaliação de sensibilidade em mãos e pés e do fio dental (sem sabor) para os olhos (BRASIL, 2008d)

Considera-se Grau 1 de incapacidade a ausência de resposta ao filamento igual ou mais pesado que o de 2g (cor violeta). O formulário para avaliação do grau de

incapacidade física (Anexo A) (Portaria GM nº 3.125 de 07 de outubro de 2010) deverá ser preenchido conforme protocolo (BRASIL, 2008d).

Segundo Brasil (2016b) a classificação do grau de incapacidade física deve ser realizada a partir do roteiro apresentado na Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) (Anexo A) e tem como base os dados descritos no *Quadro 05*.

Quadro 05 – Classificação do Grau de Incapacidade com base na Avaliação Neurológica Simplificada (ANS) **Fonte: Brasil, 2016b**

Grau	Características
0	Nenhum problema com os olhos, as mãos e os pés devido à hanseníase
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos. Diminuição ou perda da sensibilidade protetora nas mãos e/ ou nos pés.
2	Olhos: logaftalmo e/ ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a 6m de distância. Mãos: lesões tróficas e/ ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo.

Para verificar a integridade da função neural recomenda – se a utilização do Formulário de Avaliação Neurológica Simplificada. Assim, para avaliação da força motora, preconiza-se o teste manual da exploração da força muscular, a partir da unidade músculo-tendinosa durante o movimento e da capacidade de oposição à força da gravidade e à resistência manual, em cada grupo muscular referente a um nervo específico (BRASIL, 2010c).

Os critérios de graduação da força muscular podem ser expressos como forte, diminuída e paralisada ou de zero a cinco, conforme o *Quadro 06* a seguir:

Quadro 06 – Critérios de graduação da força muscular na ANS **Fonte: Brasil, 2010c**

Força		Critérios
Forte	5	Realiza o movimento completo contra gravidade com resistência máxima.
Diminuída	4	Realiza o movimento completo contra gravidade com resistência parcial.
	3	Realiza o movimento completo contra gravidade.

	2	Realiza o movimento parcial.
Paralisado	1	Contração muscular sem movimento
	0	Paralisia (nenhum movimento)

2.6 CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA BACILOSCOPIA

A baciloscopia é um exame complementar ao diagnóstico e deve ser solicitado pelo médico da unidade básica, prioritariamente, nas seguintes situações: Em caso de dúvida na classificação operacional para instituição da poliquimioterapia; Diagnóstico diferencial com outras doenças dermatoneurológica; e Casos suspeitos de recidiva (BRASIL, 2016).

O Exame Baciloscópico é um exame de pele (esfregaço intradérmico), que deve ser utilizado como exame complementar para a classificação dos casos em PB ou MB. A baciloscopia positiva classifica o caso como MB, independentemente do número de lesões. O resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico da hanseníase, visto que apenas indivíduos com a forma Virchowiana terão resultado positivos, devido a disseminação do bacilo no organismo (BRASIL, 2010a).

2.7 COMPLICAÇÕES E REAÇÕES HANSÊNICAS

Para Brasil (2010b) os estados reacionais ou reações hansênicas (Tipo 1 e 2) (*Quadro 07*) são alterações do sistema imunológico, que se exteriorizam como manifestações inflamatórias agudas e subagudas, que podem ocorrer mais frequentemente nos casos MB.

As reações podem ocorrer antes do diagnóstico da doença (as vezes, levando à suspeita diagnóstica de hanseníase); durante ou depois do tratamento com Poliquimioterapia (PQT) e caracterizam-se por:

Quadro 07 – Estados reacionais ou reações hansênicas Fonte: Brasil, 2010b

- **Reação Tipo 1 ou reação reversa (RR)** – aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite).
- **Reação Tipo 2 ou Reação de eritema nodoso hansênico (ENH)** – a expressão clínica mais frequente é o eritema nodoso hansênico (ENH) – cujo quadro inclui nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de

febre, dores articulares e mal-estar generalizado, com ou sem espessamento e dor nos nervos periféricos (neurite).

Os estados reacionais são a principal causa de lesões dos nervos e de incapacidades provocadas pela hanseníase. Portanto, é importante que o diagnóstico das reações seja feito precocemente, para início imediato do tratamento, visando prevenir essas incapacidades (BRASIL, 2016b).

Em caso de suspeita de reação hansênica, recomenda-se: confirmar o diagnóstico de hanseníase e fazer a classificação operacional; diferenciar o tipo de reação hansênica; e investigar fatores predisponentes (infecções, infestações, distúrbios hormonais, fatores emocionais e outros) (BRASIL, 2016b).

2.8 TRATAMENTO E REAÇÕES DO POLIQUIMIOTERAPICO (PQT)

O tratamento específico da hanseníase, recomendado pela Organização Mundial de Saúde – OMS e preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil é a poliquimioterapia – PQT, uma associação de Rifampicina, Dapsona e Clofazimina, na apresentação de Blíster (*Figura 05*). Essa associação evita a resistência medicamentosa do bacilo que ocorre, com frequência, quando se utiliza apenas um medicamento, impossibilitando a cura da doença. É administrada através de esquema padrão, de acordo com a classificação operacional do doente: PB e MB (BRASIL, 2010a; LASTÓRIA; ABREU, 2012; BRASIL, 2016a).

A informação sobre a classificação operacional do doente é fundamental para se selecionar o esquema de tratamento adequado ao seu caso. Para crianças com hanseníase, a dose dos medicamentos do esquema padrão é ajustada de acordo com a idade e peso.

Já no caso de pessoas com intolerância a um dos medicamentos do esquema padrão, são indicados esquemas substitutivos. A alta por cura é dada após a administração do número de doses preconizado pelo esquema terapêutico, dentro do prazo recomendado. O tratamento da hanseníase é ambulatorial, utilizando os esquemas terapêuticos padronizados (BRASIL, 2010a; LASTÓRIA; ABREU, 2012; BRASIL, 2016b).

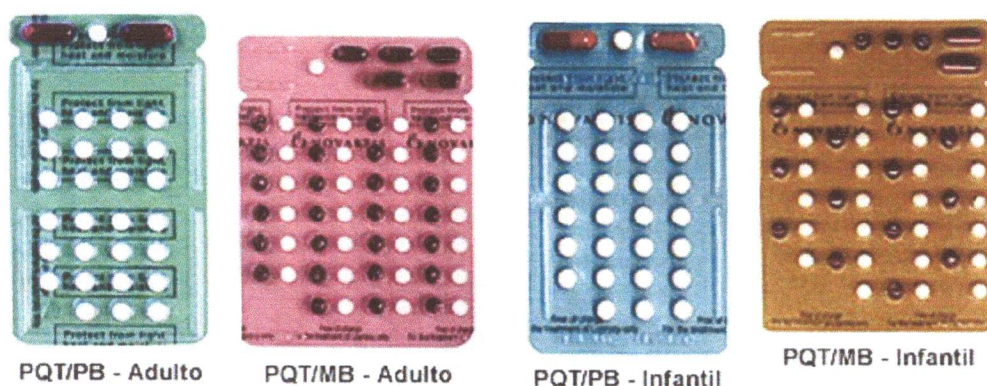


Figura 05 – Medicamentos da Poliquimioterapia da hanseníase
Fonte: Brasil (2016)

O tratamento é eminentemente: ambulatorial e está disponível em todas as unidades públicas de saúde. A PQT mata o bacilo e evita a evolução da doença, levando à cura. O bacilo morto é incapaz de infectar outras pessoas, rompendo a cadeia epidemiológica da doença. Assim sendo, logo no início do tratamento a transmissão da doença é interrompida e, se realizado de forma completa e correta, garante a cura da doença (BRASIL, 2010a; CAVALIERE, 2011; LASTÓRIA; ABREU, 2012; BRASIL, 2016b).

2.9 PREVENÇÃO DE INCAPACIDADE NA HANSENÍASE

Conforme Brasil (2008c), a principal forma de prevenir a instalação de deficiências e incapacidades físicas é o diagnóstico precoce. A prevenção de deficiências (temporárias) e incapacidades (permanentes) não deve ser dissociada do tratamento PQT. As ações de prevenção de incapacidades e deficiências fazem parte da rotina dos serviços de saúde e recomendadas para todos os pacientes.

A avaliação neurológica deve ser realizada:

- no início do tratamento;
- a cada 3 meses durante o tratamento, se não houver queixas;
- sempre que houver queixas, tais como: dor em trajeto de nervos, fraqueza muscular, início ou piora de queixas parestésicas;
- no controle periódico de pacientes em uso de corticoides, em estados reacionais e neurites;
- na alta do tratamento;
- no acompanhamento pós - operatório de descompressão neural, com 15, 45, 90 e 180 dias.

Brasil (2008d) considera o autocuidado essencial na prevenção das incapacidades físicas, porém este depende do paciente e de sua relação com a equipe de saúde, que é de fato um suporte para que ele possa conduzir com autonomia seu tratamento. Devendo a equipe de saúde da Atenção Básica estimular os pacientes a conviver com sua nova realidade, sobretudo no caso das incapacidades permanentes, sem serem subjugadas por elas.

Nesse sentido, os profissionais de saúde têm uma importância singular no repasse de orientações sobre o autocuidado, na motivação dos pacientes para introduzi-los no seu dia a dia, na valorização da autoconfiança e do aprendizado de cada um, por mais lento que seja (BRASIL, 2008d).

2.10 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

Luiz *et al.* (2010) descreve a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como um processo organizado, lógico e sistemático que visa a implementação do cuidado ao paciente de forma que os resultados sejam eficazes. Objetivando minimizar as complicações durante o tratamento, de forma a facilitar a adaptação e a recuperação do paciente.

A utilização da SAE requer do enfermeiro pensamento crítico, com ênfase nos objetivos a fim de alcançar resultados positivos, ou seja, o plano de cuidado deve atender as necessidades do paciente e de sua família, exigindo do profissional constante atualização, habilidades e experiência, sendo orientado pela ética e padrões de conduta. Portanto, é uma competência da profissão baseada nos conhecimentos técnico- científicos realizada pela enfermagem, categoria esta que vem se desenvolvendo nas últimas décadas (SILVA *et al.*, 2011).

A SAE envolve mais do que uma sequência de passos a serem seguidos, requerendo do profissional maior familiaridade dos diagnósticos de enfermagem e sensibilidade para adequar as necessidades do cliente às condições de trabalho tornando- as menos simples do que sugere a teoria (HORTA, 1979).

Horta (1979) propôs o modelo mais conhecido no Brasil e seguido para a implantação do processo de enfermagem, o qual contém as seguintes fases:

- a) Histórico de enfermagem;
- b) Diagnóstico de enfermagem;
- c) Plano assistencial;

- d) Prescrição de enfermagem;
- e) Evolução de enfermagem;
- f) Prognóstico de enfermagem.

Também conhecida como Processo de Enfermagem, Processo de Cuidado, Metodologia do Cuidado, Processo de Assistir e Consulta de Enfermagem a SAE nada mais é que a aplicação de um método científico para o planejamento das ações de enfermagem. E sua aplicação na prática clínica, tem sofrido modificações que frequentemente descaracterizam a sua utilização (TEODORO, 2015).

Dessa forma a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) destaca a importância da formação de enfermeiros generalistas, humanistas, críticos e reflexivos, dinâmicos e ativos diante das demandas do mercado de trabalho, aptos a “aprender a aprender”, a assumir os direitos de liberdade e cidadania, compreendendo as tendências do mundo atual e as necessidades de desenvolvimento do país (BAHIA, 2016).

Profissionais qualificados para o exercício da Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capazes de conhecer e intervir sobre os problemas e situações de saúde - doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes (BAHIA, 2016).

Capacitados para atuar como promotores da saúde integral do ser humano, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania. Competência profissional é a capacidade de mobilizar, articular, colocar em ação, valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho (BAHIA, 2016).

“A enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida” (COFEN, 2018).

A SAE vem sendo implantada há décadas no Brasil, com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Contudo, somente após o advento da legalização, é que passou a ser exigida dentro das instituições de saúde brasileiras. Apesar disso, atualmente, ainda percebe-se que essa resolução por si só não oferece todo o apoio necessário para sua implantação, uma vez que muitos fatores desencadeiam

dificuldades práticas no processo de implantação desse instrumento de assistência (GOMES; BRITO, 2012).

Nos dias atuais, nota-se que a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, apesar de ser um instrumento que obrigatoriamente deve ser executado pelo enfermeiro, ainda não está sendo devidamente aplicada nos âmbitos de saúde. Em 2009, foi formado um grupo de trabalho, composto por membros da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), com o objetivo de revisar a Resolução Cofen nº 272/2002, que dispunha sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas instituições de saúde brasileiras, por se julgar que estivesse inadequada, em face do avanço do conhecimento sobre o tema (REMIZOSKI; ROCHA; VALL, 2010).

As atividades desenvolvidas pelo grupo culminaram com a proposição de uma minuta de norma jurídica, aprovada, na íntegra, em 15 de outubro de 2009, pelo Plenário da autarquia, a Resolução COFEN nº 358/ 2009 (REMIZOSKI; ROCHA; VALL, 2010). Neste sentido Hermida e Araújo (2006) referem que Wanda de Aguiar Horta, na década de 70, iniciou a implantação do Processo de Enfermagem, mas apenas em 2002 a SAE recebeu apoio legal do COFEN, pela Resolução nº 272, para ser implementada em âmbito nacional nas instituições de saúde (TEODORO, 2015).

De acordo com a Lei 7498/ 86, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro, considerando que este é o profissional habilitado para sua implementação, de forma a cooperar na segurança da assistência de enfermagem. O enfermeiro responsável técnico deve implantar SAE, conforme Resolução COFEN 358/ 2009 (COFEN, 2012).

Na Resolução COFEN- 358/ 2009:

"Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências (COFEN, 2009, p. 1).

Como se observa, a SAE é uma ferramenta essencial no trabalho do enfermeiro, propiciando recursos técnicos, científicos e humanos, visando melhora na qualidade de assistência ao cliente.

Conforme Remizoski; Rocha e Vall (2010), o planejamento da assistência de enfermagem existe no Brasil desde 1986, tornando-se uma imposição legal de acordo com a Lei do Exercício Profissional nº 7.498, no art.11, alínea c "O enfermeiro exerce

todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe: 1) Privativamente planejamento, organização, coordenação e avaliação dos serviços de assistência em enfermagem”.

Segundo na Resolução COFEN nº 358/ 2009, a SAE é uma obrigação do enfermeiro, como a importância e a normatização da sua implantação, bem como a realização da Consulta de Enfermagem compreendendo o histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem” (COFEN, 2002; REMIZOSKI; ROCHA; VALL, 2010).

Como versa a Resolução COFEN- 358/ 2009 a SAE deve ser registrada obrigatoriamente formalmente no prontuário do paciente/ cliente/ usuário”, seguindo o seguinte roteiro: Histórico de enfermagem; Exame Físico; Diagnóstico de Enfermagem; Prescrição da Assistência Enfermagem; Evolução da Assistência de Enfermagem; Relatório de Enfermagem (REMIZOSKI; ROCHA; VALL, 2010).

A princípio, a Lei do Exercício Profissional normatiza a prática em enfermagem, e suscita a indispensabilidade para formação dos profissionais que já estavam atuando nos serviços de atendentes para auxiliares de enfermagem, e sugeriu a sistematização do cuidado. Sendo necessária uma discussão referente ao cuidado em saúde e a modelos de gestão (COFEN, 2009).

Vale lembrar, que no processo de enfermagem, os pacientes e familiares participam muito pouco, o que carece de construção e negociação com os usuários. Portanto, acreditar que o outro é um sujeito comunicativo, pensante, dotado de consciência, de autonomia e desejos, lembrando que não é apenas uma pessoa paciente passiva em nossas mãos, necessitando de cuidados (CASTILHO; RIBEIRO; CHIRELLI, 2009).

A Resolução 358/ 2009 veio corrigir o entendimento expresso na norma anterior de que a sistematização da assistência e o Processo de Enfermagem são atividades privativas do Enfermeiro, pois a Enfermagem é constituída por diferentes categorias (Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem), cada uma delas com reconhecidas (GARCIA, 2016).

A SAE é o planejamento das ações, as quais são baseadas no desenvolvimento de metas e resultados, bem como a de um plano de cuidado destinado a assistir o paciente na resolução dos problemas diagnosticados e atingir as metas identificadas e os resultados esperados (BITTAR; PEREIRA; LEMOS, 2006).

2.10.1 Processo de Enfermagem

A sistematização da assistência cabe a uma das atribuições dos profissionais de enfermagem, independentemente de qual setor de serviço o mesmo está inserido, lembrando que a Sistematização deve ser realizada através do processo de enfermagem, ou seja, a SAE é a base científica proveniente das Teorias de Enfermagem, qualificando o processo de enfermagem como a parte fundamental, a operacional/o método (SANTOS; DIAS; GONZAGA, 2017).

Segundo a resolução COFEN 358/ 2009: "Art. 6º a execução do processo de enfermagem deve ser registrada formalmente...", pois quando o enfermeiro deixa de prescrever o cuidado, ele compromete a qualidade do atendimento prestado ao paciente e deixa de definir sua área de jurisdição profissional (COFEN, 2009).

Versa no Art. 2º: O Processo de Enfermagem organiza - se em cinco etapas inter - relacionadas, interdependentes e recorrentes:

I – Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) – processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença. II – Diagnóstico de Enfermagem – processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados. III – Planejamento de Enfermagem – determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem. IV – Implementação – realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem. V – Avaliação de Enfermagem – processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (BRASIL, 2009)."

O pensamento crítico se apresenta como aptidão essencial para o uso do método científico, que para a Enfermagem, representa a utilização do Processo em Enfermagem em sua prática assistencial. É definido como um julgamento intencional, que resulta em interpretação, análise e tomada de decisão do enfermeiro em relação aos problemas e situações de saúde-doença da pessoa, família e coletividade, em suas dimensões biopsicossocioespirituais (BAHIA, 2016).

Para isso devem apropriar-se de uma base própria de conhecimentos que atenda a multidimensionalidade do ser, orientando a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem, de modo a fornecer a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (BAHIA, 2016; GARCIA, 2016).

O Processo de Enfermagem – PE e a Sistematização da Assistência de Enfermagem tem sido conceitos confundidos, mas é de imprescindível diferença no seu uso o que se refere às contribuições e limites de ambos (GARCIA, 2016).

O processo de enfermagem é a ferramenta metodológica utilizada a fins de tornar a assistência de enfermagem sistematizada (organizada por fases) com a finalidade de orientar a equipe de enfermagem quanto a promoção a qualidade do cuidado prestado, pois o cuidado deixa de ser empírico e passa a ser baseado em evidências, devido ao raciocínio clínico e a toma de decisões para o diagnóstico de enfermagem e os resultados obtidos quanto as intervenções prescritas pelo profissional de enfermagem (GARCIA, 2016).

2.11 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO PACIENTE ACOMETIDO POR HANSENÍASE

É papel do enfermeiro está sempre incentivando as pessoas acometidas por hanseníase a respeito da importância do tratamento e encorajá-lo diante das inúmeras reações adversas advindas das drogas utilizadas na poliquimioterapia, bem como orientá-las sobre os cuidados que se deve ter para evitar as possíveis complicações desta afecção (CARVALHO *et al.*, 2015).

Cabe ao enfermeiro da Atenção Básica avaliar o estado de saúde do paciente por meio da consulta de enfermagem, a fim de identificar os principais fatores ambientais que possam proporcionar riscos de adoecimento do indivíduo. Realizar a busca ativa dos pacientes faltosos, gerenciar as ações de assistência de enfermagem, fazer previsão e requisição dos medicamentos para que os pacientes não fiquem sem (Brasil, 2008d).

2.11.1 Acompanhamento dos pacientes com incapacidades

O paciente de hanseníase necessita de acompanhamento mensal, bimestral ou trimestral dependendo do grau de incapacidade identificado no diagnóstico, ou ao longo do tratamento. E, deve ser orientado e incentivado a realização do autocuidado,

porém é importante que o enfermeiro também traga para o tratamento a família desse paciente, pois ela é a melhor aliada para um tratamento eficaz (CARVALHO *et al.*, 2015; BRASIL, 2016b). Após a avaliação do grau de incapacidade e avaliação neurológica simplificada o paciente encontra-se em uma das 3 situações descritas no *Quadro 08* abaixo:

Quadro 08 – Orientação para acompanhamento dos pacientes de hanseníase **Fonte: Brasil (2016b)**

- **Grau zero de incapacidade:** nos olhos, mãos e pés devem ser orientados e submetidos a avaliações periódicas, a cada 3 meses;
 - **Grau 1 de incapacidade:** devem receber orientação como conviver com olhos, mãos ou pés insensíveis, serem informados da necessidade e importância dos autocuidados e serem avaliados a cada 3 meses e encaminhados para o Centro de Referência e Reabilitação;
 - **Grau 2 de incapacidade:** exigem além da orientação e autocuidado, curativos para as feridas existentes, exercícios para manutenção da força muscular e mobilidade articular, e até mesmo cirurgias reparadoras.
- É importante lembrar que em caso de neurites e reações ou quando houver [h] suspeita das mesmas a avaliação neurológica deverá ser realizada durante ou após o tratamento de PQT, e sempre que houver queixas.

As consultas subsequentes são mensais com objetivo de administrar a dose supervisionada do tratamento quimioterápico, assim como observar: Queixas gerais; Exame clínico geral e dermatoneurológico completo; Avaliação Neurológica Simplificada (ANS), sendo necessário encaminhar o paciente ao Centro de Referência e/ ou outros profissionais em caso de intercorrências (BRASIL, 2007).

Aos pacientes com ANS Grau 0 deve-se incentivar o autocuidado para evitar danos neurais, porém aqueles pacientes já com sequelas, sejam quais forem, cabe ao enfermeiro, realizar o Plano de Cuidado com a finalidade de corrigi-los e evitar ou prevenir sequelas permanentes (BRASIL, 2007). Não esquecendo de supervisionar o tratamento dos pacientes, identificar e encaminhar os pacientes com reações aos medicamentos, e solicitar exames para confirmação do diagnóstico.

2.11.2 Exames dos contatos intradomiciliares

O exame dos contatos poderá ser realizado pelo enfermeiro ou pelo médico constando de: Anamnese, dirigida a sinais e sintomas da hanseníase, Exame Dermatoneurológico e Aplicação da vacina BCG conforme Manual de Normas e Procedimentos do Programa Nacional de Imunização (PNI) (BRASIL, 2016a).

A vacina BCG- ID segundo Brasil (2016b) deverá ser aplicada nos contatos intradomiciliares sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da avaliação, independentemente de serem contatos de casos PB ou MB. A aplicação da vacina BCG depende da história vacinal, crianças menores de 1 ano já vacinadas não necessitam tomar a vacina, aos demais segue as recomendações no *Quadro 09*:

Quadro 09 – Protocolo para aplicação da vacina BCG-ID em contatos intradomiciliares de pacientes de hanseníase. Fonte: Brasil (2016b)

Avaliação da cicatriz vacinal	Conduta
Sem cicatriz	Prescrever uma dose
Com uma cicatriz	Prescrever uma dose
Com duas cicatrizes	Não prescrever nenhuma dose

Ximenes-Neto *et al.* (2013) salientam que a busca ativa dos contatos permite a realização da avaliação dermatoneurológica e aplicação da vacina BCG conforme protocolo, sendo uma das principais estratégias para quebra da cadeia de transmissão da hanseníase. Dessa maneira, discutir acerca das ações realizadas pela enfermagem nessas unidades de saúde, concretiza-se numa estratégia de subsidiar e fortalecer as práticas voltadas para o controle da doença nos territórios da ESF.

Os autores corroboram ainda, que a dimensão das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros exigem capacitações mais frequentes, objetivando a adequação e atualização da assistência prestada, por meio de ações de educação em saúde como prática que aperfeiçoa o cuidado aos doentes (XIMENES-NETO *et al.*, 2013).

Vale ressaltar a importância de potencializar a busca ativa de casos de hanseníase para a detecção de novos casos, possibilidade de diagnóstico precoce e, possivelmente, de mudança positiva nos indicadores epidemiológicos da doença (XIMENES-NETO *et al.*, 2013).

Quando uma pessoa adoece, muitas vezes necessita de cuidados diversos e torna-se frágil, e essa fragilidade aumenta exponencialmente quando se fala em

hanseníase, devido aos preconceitos sociais que se somam às incapacitações derivadas da própria doença (SANTOS *et al.*, 2012).

O cuidar desses pacientes envolve objetivos, como avaliar, confortar, ajudar, favorecer, promover, restabelecer, restaurar e etc. Esse cuidado almeja a cura, mas independe de sua consecução. Deve ser um cuidado permanente e holístico, envolvendo os vários aspectos da vida do paciente (SANTOS *et al.*, 2012).

A consulta de enfermagem é uma ferramenta essencial para realizar um cuidado humanizado com usuários de saúde, dessa forma ela tem por princípio o conhecimento das necessidades de saúde para a proposição da prescrição e implementação da assistência de enfermagem, e é através dela que se realiza o teste e sensibilidade para verificar casos de hanseníase (SANTOS *et al.*, 2012).

Entende-se como busca ativa, uma busca sistemática dos doentes pela equipe da unidade de saúde por meio de investigação epidemiológica (exame de contato), exames de grupos específicos (prisões, escolas, quartéis, etc.), mobilização da comunidade adstrita a unidade em áreas de alta prevalência da doença. Enfatiza-se que a visita domiciliar é um fator importante no trabalho do Enfermeiro porque a partir dela é feita à busca ativa de casos de Hanseníase (SANTOS *et al.*, 2012).

Para que haja o supervisionamento desses pacientes de modo a garantir uma orientação eficaz sobre a doença será necessário sempre haver a visita domiciliar, o que segundo Santos *et al.* (2012) neste momento revela-se ainda insuficiente para uma detecção de todos os casos de hanseníase na área.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo teórico com abordagem qualitativa, do tipo descritivo, fundamentando em fontes secundárias. Lakatos e Marconi (2010) descrevem a abordagem qualitativa como aquela que preocupa-se em verificar e tratar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano, fornecendo uma análise rigorosa das investigações, hábitos, atitudes, etc.

Os autores corroboram ainda que, a pesquisa qualitativa tem como preocupação fundamental o estudo e a análise do mundo empírico em seu ambiente natural, sendo um método indutivo, holístico, êmico, subjetivo, etc (LAKATOS; MARCONI, 2015). Já a pesquisa descritiva é aquela que se efetiva pela técnica de coleta de dados sistemática, onde observa-se, registra-se, analisa-se, classifica-se e interpreta-se os fatos, sem interferência do pesquisador (PRESTES, 2012).

Sendo o estudo teórico aquele baseado em obras publicadas, utiliza-se a pesquisa bibliográfica como a base para qualquer pesquisa científica, pois é ela que dar veracidade ao estudo (MINAYO, 2001). Assim, ela se efetiva pela confirmação da contribuição da pesquisa a ser realizada, demonstrando contradições ou reafirmando conhecimentos. É capaz ainda de atender os objetivos da pesquisa, na construção de trabalhos inéditos que tenham como objetivo de rever, reanalisar, interpretar (MINAYO, 2001; LAKATOS; MARCONI, 2010; PRESTES, 2012).

Portanto, a Pesquisa Bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas, que busca conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado, existentes sobre um determinado assunto, tema ou problema, podendo ser primário, secundário ou terciário (CERVO; BERVIAN, 2002).

3.2 IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DAS FONTES

A pesquisa bibliográfica, através da busca virtual foi realizada nas bases de dados, *Google acadêmico*, que foi o que mais apresentou resultados, *PubMed*, *Scielo* e *Biblioteca Virtual da Saúde (BVS)*, além de materiais do Ministério da Saúde e repositórios online. Para essa busca foram utilizados os seguintes descritores específicos, dentre eles, Prevenção, Incapacidades Físicas, Hanseníase, Consulta de Enfermagem e SAE. O quadro 10 apresenta a quantidade de trabalhos obtidos em cada banco de dados.

Quadro 10 – Apresentação dos resultados obtidos em cada banco de dados utilizados **Fonte: Santos (2019).**

Banco de dados selecionados	Obras selecionadas para leitura integral
Google acadêmico	50
PubMed	5
Scielo	45
BVS	30
Total:	130 obras

A decorrência metodológica alcançada apoiou-se na leitura exploratória e seletiva do material de pesquisa, sendo utilizadas publicações acerca do tema, oriundas de artigos científicos, monografias, teses, dissertações, livros, etc.

Segundo Salomon (2012), para realizar um bom levantamento teórico é importante uma boa leitura. Sendo que esta não é apenas o ato de ler, pois a mesma ainda indica uma questão de hábito ou aprendizagem, que requer algumas etapas, dentre elas, leitura de seleção do material viável para pesquisa, leitura minuciosa para conhecer o assunto detalhadamente. E, por fim a leitura para levantamento de análise e resultados.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram utilizados como critérios de inclusão para a seleção dos materiais e artigos publicados de 2004 a 2018. Publicados tanto na Língua Portuguesa quanto na Língua Inglesa, sendo utilizado Google Tradutor. Visando a separação dos pontos fortes para a inclusão no estudo. E foram incluídos textos sobre SAE e hanseníase. E foram excluídos aqueles por demandarem anos anteriores ou não estarem ligado diretamente com a pesquisa. Com um total de 178 artigos, dos quais foram excluídos 48, sendo selecionados apenas 130 para leitura integral, destes apenas 20 obras serviram para a construção dos resultados e discussão.

3.4 ANÁLISE DOS TEXTOS

A partir das informações coletadas, iniciou-se o processo de análise. Com base em Minayo (2004), existem quatro finalidades para esta fase: estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa,

ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural de que faz parte.

Para análise dos textos é necessário uma leitura crítica que segundo Lakatos e Marconi (2015), é um estudo que visa à formação do ponto de vista do texto, comparando as declarações do autor com conhecimentos adquiridos anteriormente, avaliando se os dados são realmente verdadeiros e fazendo atualizações.

Todos os questionamentos levantados foram feitos através de leitura analítica, onde as ideias foram relacionadas com as de autores diferentes, no intuito de promover uma discussão pró ou contra a determinada colocação para responder ao problema da pesquisa.

3.5 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Realizou-se um estudo no período de julho a dezembro de 2018, a partir de leitura crítica em Livros, Manuais do Ministério da Saúde, Revista Científicas, Monografias, Periódicos, Sites Governamentais, etc. O que possibilitou conhecer teorias existentes, atualizar informações, e descrever as estratégias/ soluções existentes para minimização deste problema de saúde pública.

No decorrer da pesquisa foi possível realizar as várias etapas do método científico, primeiramente com o processo de coleta de dados, posteriormente com a análise dos mesmos, obteve-se a compreensão integral das informações coletadas, confirmado ou não os pressupostos da pesquisa, em seguida ampliou-se o conhecimento sobre o assunto pesquisado, possibilitando a construção de proposições e conclusões referentes ao tema abordado.

Os dados foram qualificados através do método de tabulação de quadros, mediante a utilização do programa Word (Microsoft Word, 2010). Dessa forma, o estudo permitiu compreender os aspectos peculiares e particulares da questão em análise.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Como trata-se de um estudo de cunho bibliográfico, todos os autores utilizados nesta pesquisa foram minuciosamente referenciados no corpo do texto e na lista de referências, respeitando os preceitos éticos e a lei de direitos autorais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para análise fiel das fontes é importante trazer à tona importantes conceitos que fazem parte da fundamentação teórica. Na pesquisa por essa temática, Sistematização da Assistência de Enfermagem no paciente de hanseníase foram identificados 178 obras (Figura 06) incluindo artigos científicos, monografias, dissertações, etc., que destes por meio de uma análise prévia foram excluídos 48, por não estar em harmonia com as palavras chaves. Sendo usados em toda essa pesquisa 130 através de uma leitura integral que perfizeram o total da amostra discursiva, e nesse capítulo discursivo foram utilizados 20 artigos científicos, como demonstra nos quadros de 11 a 13, sendo estes expressos por autor, ano e resultado dos estudos.

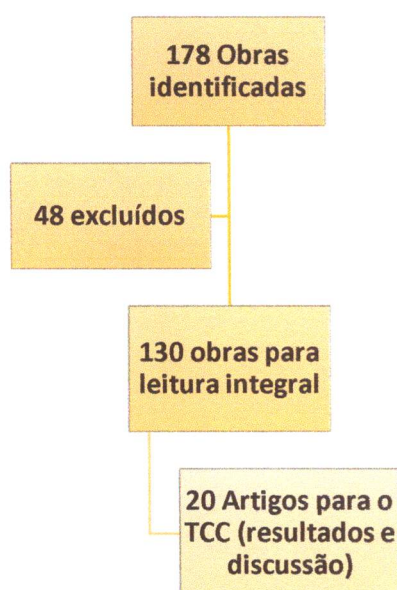


Figura 06 – Seleção do material
Fonte: Santos (2019)

A amostra discursiva foi dividida em três tópicos, sendo apresentado o relato bibliográfico, sobre a importância da SAE no cuidado com o paciente de hanseníase. Estes serviram para melhor expor as análises apresentadas nessa pesquisa, buscando demonstrar a importância da assistência de enfermagem no que concerne o seu papel, suas orientações e sua sistematização. Dentro dessa análise, e discussão teórica, foi analisado a visão dos autores sobre o referido assunto, podendo contrastar as ideias de que são várias as ações do enfermeiro no que diz respeito aos cuidados com o paciente de hanseníase.

4.1 O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE AO PACIENTE DE HANSENÍASE

A tomada de decisão é a prática mais importante no trabalho do enfermeiro, ou seja, ele é responsável por tomar decisões clínicas precisas e adequadas, e isto o distingue do técnico. Estando sempre atento as alterações nos clientes/pacientes/usuários, com a finalidade de reconhecer potenciais complicações, identificar novos problemas que possam surgir e tomar providências imediatas se/quando a condição clínica do paciente se agravar (POTTER; PERRY, 2013).

Os resultados de pesquisas com a temática do papel do enfermeiro no cuidado ao paciente de hanseníase estão dispostos no *Quadro 11*, por autor, ano e resultado da pesquisa.

Quadro 11 – O papel do enfermeiro no cuidado ao paciente de hanseníase **Fonte: Santos (2019)**

Autor	Ano	Resultado
Freitas <i>et al.</i>	2008	Em estudo que visava identificar as dificuldades do enfermeiro para uma reflexão quanto a estratégias para melhorar a qualidade da consulta e acompanhamento de enfermagem aos portadores de hanseníase e conhecer a percepção do cliente em relação à estrutura do atendimento e o acompanhamento de enfermagem. No que diz respeito às dificuldades afirmadas pelas enfermeiras, elas estão relacionadas às condições de organização dos serviços de saúde o que acarreta uma alta demanda. Com relação à percepção dos pacientes quanto à consulta de enfermagem mostrou-se, no geral, bem satisfatória.
Silva-Júnior <i>et al.</i>	2008	Estudo de caso, desenvolvido em um Centro de Saúde em Teresina-PI, que abordou a problemática da assistência de enfermagem prestada a uma paciente com Hanseníase Multibacilar, enfocando o cuidado de Enfermagem Transcultural, Diagnósticos e

		Intervenções de Enfermagem segundo a Taxonomia II da NANDA. Constatou-se que o planejamento da assistência de enfermagem visou, principalmente, contribuir para a adesão ao tratamento da doença, diminuindo os riscos potenciais e utilizando a preservação, negociação e re-padronização do sistema profissional. Observou-se também a adesão ao tratamento e a realização de autocuidado voltado para a hanseníase de forma culturalmente satisfatória.
Duarte; Ayres e Simonetti	2009	Em seu estudo esclarecem a necessidade de práticas que facilite o entendimento dos sinais e sintomas relatados pelos pacientes de hanseníase, bem como, de mudanças de posturas que o mesmo deve assumir para melhoria do quadro de saúde atual, quando este não o quiser aderir.
Santos <i>et al.</i>	2012	Estudo realizado com trinta e um enfermeiros do Programa de Saúde da Família (PSF) do município de São Gonçalo na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, zona considerada endêmica para a Hanseníase segundo dados do Ministério da Saúde. A partir de duas categorias: as ações do enfermeiro do PSF na detecção; os cuidados ministrados às pessoas atingidas e a necessária humanização desses cuidados. Foi possível concluir que, as ações realizadas pelos enfermeiros não obedecem a um padrão único e que alguns não possuem a necessária capacitação para atuar com os usuários do PSF atingidos pela hanseníase.

Carvalho <i>et al.</i>	2015	A Hanseníase é uma das principais causas de incapacidade física permanente, sendo que um terço dos casos novos apresenta danos neurais no diagnóstico e pode desenvolver incapacidades. Com o objetivo de analisar os cuidados aos pacientes com hanseníase, bem como as orientações de enfermagem e incentivo ao tratamento realizou-se uma pesquisa bibliográfica. Obtendo com resultados: durante o tratamento da doença, o enfermeiro deve oferecer apoio, atendendo às ansiedades relacionadas ao impacto do diagnóstico de hanseníase, e prestar todo esclarecimento acerca da doença, bem como orientar quanto à prevenção de incapacidades, autocuidado e todo desconforto decorrente do tratamento. A consulta de enfermagem se torna essencial no estabelecimento do vínculo entre enfermeiro e a pessoa com hanseníase. Se o enfermeiro, durante a consulta, constrói um processo de confiança e compromisso com o usuário, motivando-o e, ao mesmo tempo, responsabilizando-o, em todas as fases do processo de cuidado, a probabilidade de abandono deste é reduzida. Portanto, é papel do enfermeiro estar sempre incentivando as pessoas acometidas por essa doença a respeito da importância do tratamento e encorajá-lo diante das inúmeras reações adversas advindas das drogas utilizadas na poliquimioterapia, bem como orientá-las sobre os cuidados que se deve ter para evitar as possíveis complicações desta afecção.
------------------------	------	---

Coelho	2016	Estudo realizado a partir de artigos das bases de dados SCIELO, GOOGLE ACADÊMICO, BIREME e LILACS com o objetivo de descrever a importância da atuação do profissional da enfermagem na assistência ao paciente com Hanseníase ressalta a falta de informações, que as pessoas com Hanseníase, são responsáveis pela falta de procura de assistência no início da doença, e quando estão em tratamento, muitas vezes desistem por se tratar de um processo demorado. Uma vez que, a Hanseníase possui um aspecto determinante de algumas consequências sociais e psicológicas resultantes das incapacidades físicas que podem ocorrer na evolução da doença e que é a grande causa do estigma e do isolamento do paciente na sociedade. Assim, foi possível observar que a Enfermagem é essencial na assistência à saúde da comunidade e participa do trabalho coletivo dentro do posto de saúde lutando contra a hanseníase, contribuindo no controle da doença, individualmente, com as famílias e com a população.
Silva e Paz	2017	Pesquisa realizada com dezenove enfermeiros que atuavam nos serviços de Atenção Primária e Secundária no município do Rio de Janeiro no período de fevereiro de 2015 a março de 2016. Como resultados obteve-se: Para os enfermeiros, o atendimento da pessoa com hanseníase perdeu em qualidade, e reconhecem o estigma como um problema que compromete o tratamento e a cura da hanseníase. Portanto, o atendimento às pessoas com hanseníase ficou

		reduzido à uma ação eventual, onde a relação profissional-usuário tem vínculo fragilizado. O estigma e a discriminação que comprometem o tratamento ainda estão presentes nas atitudes e no comportamento dos profissionais de saúde, e se constituem em obstáculo no restabelecimento da saúde.
--	--	--

Para Nascimento *et al.* (2011), a consulta de enfermagem (CE) mostra-se com o fator decisivo no atendimento ao paciente de Hanseníase. Devendo o primeiro encontro ser baseado na finalidade de conhecer as dificuldades e o quadro geral de saúde da manifestação da doença, para assim, realizar um diagnóstico de enfermagem adequado e propor intervenções oportunas para cada situação e/ou paciente (SILVA, 2014; CARVALHO, 2015).

A consulta para o paciente de hanseníase deve ser sistemática, com forma determinada (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2008). Ou seja, quando realizada por um profissional competente/capacitado percebe-se um resultado eficaz, com um impacto nas condições de saúde populacional, o que leva a transformações no panorama epidemiológico (MENDES, 2009; DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2009).

Duarte, Ayres e Simonetti (2008) enfatizam a importância da prática da consulta de enfermagem, apontando a entrevista como fator primordial no processo de escuta, que visa, dentre outras ações, o controle da Hanseníase. Dessa forma, a consulta destaca-se como Processo de Enfermagem, definida por ações resolutivas com o objetivo de prestar assistência eficaz ao paciente, a partir dos seguintes passos: "Histórico de Enfermagem (HE), Prescrição de Enfermagem (PE) e implementação da assistência e evolução de enfermagem (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2009; SANTOS *et al.*, 2012; COELHO, 2016).

Conforme Ana (2010) o Processo de Enfermagem é um processo de pensamento crítico que o enfermeiro utiliza para aplicar as melhores evidências disponíveis para cuidar e promover a saúde dos indivíduos em resposta à saúde e à doença. É o projeto fundamental de como cuidar de pacientes. Deste modo, ele mostra-se dinâmico e contínuo. Salienta-se o padrão de prática, que, quando aplicado de forma correta, protege os enfermeiros contra problemas jurídicos relacionados aos cuidados de enfermagem (AUSTIN, 2008).

No Brasil, o processo de enfermagem enquadra-se nas ações de sistematização da assistência de enfermagem. Esta é regida pela Lei do Exercício Profissional, número 7.498 de 1986 e complementada pela Resolução COFEN 358/2009, seguindo as etapas descritas na *Figura 07* abaixo (COFEN, 2009; ANA, 2010).



Figura 07 – Cinco passos do processo de enfermagem
Fonte: Potter e Perry (2013)

Como mostra a *Figura 07* acima, o processo de enfermagem inicia-se com a primeira etapa, histórico, coleta de dados e análise de informações sobre o estado de saúde do paciente. A partir daí você pode, então, fazer julgamento clínico a partir do histórico de enfermagem para identificar a resposta do paciente aos problemas de saúde por meio dos diagnósticos de enfermagem. Uma vez definido o diagnóstico de enfermagem apropriado, você elabora um plano de cuidados. A prescrição de enfermagem inclui o estabelecimento de metas e resultados esperados para o cuidado e seleção de intervenções individualizadas (enfermagem e colaboradores) para cada diagnóstico de enfermagem estabelecidos para os problemas do paciente (POTTER; PERRY, 2013).

Corroborando com a pesquisa Silva *et al.* (2009), apontam a consulta de enfermagem para pacientes de Hanseníase como o cumprimento de cinco fases importantes e sequenciais: a história de vida do paciente, o exame de contato, o

diagnóstico, a orientação e o progresso de enfermagem. "Tal prática é uma atividade independente, realizada pelo enfermeiro, objetivando propiciar condições na melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa" (p. 293).

Assim sendo, a CE tem por princípio o conhecimento das necessidades de saúde para a proposição da prescrição e implementação da assistência de enfermagem, através do histórico de enfermagem (entrevista e exame físico), diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem e implementação da assistência e evolução de enfermagem (DUARTE, AYRES; SIMONETTI, 2008; FREITAS *et al.*, 2018).

Horta (1979) destaca a necessidade de uma assistência com olhar holístico, tomando as necessidades dos pacientes como centro de suas intervenções e práticas. Referindo-se às necessidades de saúde como elementos potenciais que auxiliam o enfermeiro na consulta (CECÍLIO, 2001; GOULART; PENNA; CUNHA, 2002; SANTOS *et al.*, 2008) Os serviços de saúde devem se organizar de modo a não somente satisfazer as necessidades conhecidas, mas também de ir além para conhecer outras necessidades, ou seja, os "carecimentos pertencentes à vida cotidiana". (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000).

Ressalta-se a importância de resgatar a prática clínica que não apenas decodifica questões biopsíquicas, mas também reconhece valores de vida, condições sociais e formas de enfrentamento de problemas (FRACOLLI; BERTAZOLLI, 2001). Considerando o disposto na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta as atividades de enfermagem, especialmente no seu artigo 11, inciso I, alínea "i", e Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei nº 7.498/86, especialmente no seu art. 8º, inciso I, alínea "e", a consulta de enfermagem é uma atividade privativa do Enfermeiro (COFEN, 2018).

Em estudo realizado por Santos *et al.* (2012), ficou evidenciado que os enfermeiros realizam ações isoladas e conjugadas para detectar a hanseníase. Quanto às ações isoladas, observa-se que se limita em encaminhar o usuário para outro especialista ou para uma unidade de referência quando o enfermeiro detecta algum caso suspeito, sem preocupar-se com o desenvolvimento/progresso do tratamento do paciente, ou seja, a maioria dos entrevistados reconhecem que não realizam cuidados com esses pacientes por não terem conhecimento adequado para esta situação/doença.

Ainda conforme autor acima, os pesquisados entendem que é importante cursos de capacitação oferecidos pela Gestão para atuar na Atenção Primária com os pacientes de hanseníase, pois a mesma oferece subsídios para uma melhor assistência, uma vez que aprendem não só diagnosticar a hanseníase, como as técnicas de prevenção e correção das incapacidades físicas decorrentes dos danos neurais (SANTOS *et al.*, 2012).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) dentre as Competências do Enfermeiro da APS, as mais importantes estão, realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços (BRASIL, 2012).

Assim, ressalta-se que o Enfermeiro esteja comprometido com o atendimento aos usuários, oferecendo-lhe uma assistência contínua, composta de um conjunto de ações e serviços. Conforme a Lei de Diretrizes e Bases (LDB), o enfermeiro deve sair da academia com as Competências necessárias para atender a todas as demandas da população da Atenção Primária, dentre outras. As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem tem como projeto político-pedagógico a formação de enfermeiros com um perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo (BRASIL, 2009).

Porém, ainda no estudo de Santos *et al.* (2012) observa-se nas falas dos sujeitos que não há um cuidado de enfermagem com os pacientes dentro dos parâmetros éticos delineados pelo COFEN. E, ainda um critério educacional preventivo, houve pouca ou nenhuma orientação aos atingidos pela doença, além de que alguns desses profissionais relatam não ter experiência com hanseníase, o que justifica o fato de não conseguirem ter uma atitude resolutiva.

Nas ações conjugadas estão as visitas domiciliares (VD) aliadas a educação em saúde; a consulta de enfermagem associada com o teste de sensibilidade/manchas; e busca ativa com o teste de sensibilidade (SANTOS *et al.*, 2012; BRASIL, 2016). Entende-se como busca ativa, uma busca sistemática dos doentes pela equipe da unidade de saúde por meio de investigação epidemiológica (exame de contato), exames de grupos específicos (prisões, escolas, quartéis, etc.), mobilização da comunidade adstrita a unidade em áreas de alta prevalência da doença (BRASIL,

2002; BRASIL, 2008f). Enfatiza-se que a visita domiciliar é um fator importante no trabalho do Enfermeiro porque a partir dela é feita à busca ativa de casos de Hanseníase (BRASIL, 2016).

A consulta de enfermagem é uma ferramenta essencial para realizar um cuidado humanizado com usuários de saúde, dessa forma ela tem por princípio o conhecimento das necessidades de saúde para a proposição da prescrição e implementação da assistência de enfermagem, e é através dela que se realiza o teste e sensibilidade para verificar casos de hanseníase (BRASIL, 2002; BRASIL, 2008f; RODRIGUES *et al.*, 2015).

Para minimizar os problemas de saúde dos pacientes acometidos por hanseníase, a CE deve versar sobre os aspectos socioculturais e biológicos. O atendimento integral destes pacientes, revela-se no enorme potencial dessas consultas como estratégia de cuidado ao seu portador, dando-o autonomia para o autocuidado, podendo, assim, ser afirmado que a consulta é uma ferramenta ideal para o tratamento (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2009).

Deste modo, França (2000) afirma que as ações de Enfermagem aos portadores de hanseníase são direcionadas ao tratamento, devendo ser realizado em regime ambulatorial, ou seja, nos postos de saúde da atenção básica. Logo não há a necessidade de especialistas ou equipamentos sofisticados para o desenvolvimento das atividades de controle da doença. Em vista disso, no momento em que há médico na equipe da Unidade de Saúde, não se justifica o encaminhamento do paciente para outra unidade ou Unidades de Referências, uma vez que estes profissionais são treinados e têm a capacidade e atribuições de oferecer o tratamento/cuidado adequado.

A maioria dos estudos analisados destacam a preocupação dos pesquisados enfermeiros/profissionais da saúde apenas com o tratamento medicamentoso, sem atentar-se as questões relativas ao relacionamento social e familiar, e tão pouco para as “sequelas” da doença. A prática da educação em saúde na assistência ao usuário do programa de hanseníase deve ser entendida como prática transformadora que deve ser desenvolvida pela equipe de saúde em ações de controle da hanseníase, envolvendo usuários, familiares e comunidade (AVANCI *et al.*, 2009; COSTA, 2010; LIMA, *et al.* 2013).

Tanto Souza, Nóbrega e Silva (2002) quanto Avanci *et al.* (2009) descrevem as práticas educativas como o ato de conhecer ou reconhecer a aquisição de habilidades

para a tomada de decisões na busca de uma melhor qualidade de vida, devendo possibilitar aos indivíduos-sujeitos sociais, históricos e culturais resgatarem a sua cidadania, colocando-a em evidência na promoção da saúde.

Nesse contexto Costa (2010) aponta como papel da enfermagem, a ação de planejar e propor ajuda no controle do paciente, de sua família e da comunidade, realizando levantamento da situação das condições de saúde da população local, e posteriormente, propor tratamento adequado e eficaz. Portanto, cabe ao enfermeiro estender o seu olhar para os problemas sociais e familiares das pessoas atingidas pela hanseníase mostrando assim, a necessidade da amplitude da educação em saúde, modificando a ação de enfermagem ao usuário direcionada somente ao tratamento.

4.2 PREVENÇÃO E CORREÇÃO DAS INCAPACIDADES FÍSICAS NA HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa de evolução lenta e que se manifesta principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos. Sendo determinada, sua manifestação clínica e evolução conforme o grau de imunidade, tendo em vista, sua alta infectividade (capacidade de infectar grande número de indivíduos), e baixa patogenicidade (porém, poucos adoecem) (SCOLLARD *et al.*, 2006). O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença, razão do grande potencial incapacitante (BRASIL, 2008d).

Segundo Brasil (2002), as alterações neurológicas ocorrem por lesões nos troncos nervosos periféricos, causadas tanto pela ação direta do bacilo nos nervos como pelos estados reacionais e manifestam-se por meio de dor e/ou espessamento dos nervos periféricos, diminuição ou perda de sensibilidade e/ou da força motora nas áreas com a inervação afetada.

Scollard *et al.* (2006) salientam que as lesões neurais, quando não diagnosticadas e tratadas precoce e adequadamente, levam as incapacidades, tais como: mãos e pés insensíveis que possibilitam a ocorrência de queimaduras, ferimentos, úlceras e fissuras, predispondo a infecções que podem destruir as estruturas da pele, dos músculos e ossos e provocar deformidades. As estruturas oculares também podem ser comprometidas em consequência de lesões neurais (GOULART; PENNA; CUNHA, 2002).

No *Quadro 12* estão dispostos os resultados de pesquisas com a temática prevenção e tratamento de incapacidades físicas na hanseníase, por autor, ano e resultado da pesquisa.

Quadro 12 – Prevenção e tratamento de incapacidades físicas na hanseníase, por autor, ano e resultado da pesquisa **Fonte: Santos (2019)**

Autor	Ano	Resultado
Gomes <i>et al.</i>	2005	Estudo realizado nos prontuários de pacientes que deram entrada no registro ativo do Centro de Dermatologia Dona Libânia, em Fortaleza, Ceará, no período de janeiro a dezembro de 2004. Obteve-se como resultados: dos 967 casos que deram entrada nesse Centro naquele ano, 909 foram casos novos. Cerca de 7,7% eram pacientes entre zero e 14 anos de idade, e a distribuição por gênero foi de 483 (49,95%) homens e 484 (50,05%) mulheres. A maioria apresentava a forma clínica dimorfa (54,6%), sendo 82,2% dos pacientes provenientes de Fortaleza, CE. Foi realizada a avaliação do grau de incapacidades no diagnóstico em 94,2% dos pacientes, com 21,7% apresentando grau diferente de zero no diagnóstico. Com base nos resultados obtidos, constatou-se a presença de elevado percentual (7,7%) de casos detectados em menores de 15 anos, associado a baixo percentual (5,8%) de pacientes diagnosticados na forma indeterminada e elevado percentual (21,7%) de casos com incapacidade ao diagnóstico.
Ikehara <i>et al.</i>	2010	Pesquisa realizada com pacientes tratados entre 2007 a 2009, em São José do Rio Preto – SP, que tinha como objetivo verificar o grau de incapacidades da OMS (GI-OMS) e a limitação de

		atividades avaliada pela escala Screening of Activity Limitation and Safety Awareness (SALSA) pós-alta medicamentosa dos pacientes que tiveram hanseníase. A deficiência foi medida pelo GI-OMS e a limitação de atividades pelo SALSA que tem variação de 10 a 80 e ponto de corte ≥ 25. De 84 pessoas tratadas no período, 54(64,3%) foram entrevistadas, sendo 31(57,4%) homens, idade 53,8 (dp16,3) e 33 (61,2 %) possuía até 6 anos de educação formal. A forma clínica dimorfa predominou 17 (32,1%), 21 (38,9%) considerou sua saúde física "boa".
Antônio <i>et al.</i>	2011	Em um estudo com 359 pacientes com diagnóstico de hanseníase obteve-se como resultado: Pela Classificação de Madri, as formas clínicas foram 27,0% tuberculóide, 25,1% virchowiana, 11,6% indeterminada e 36,3% dimorfa. 47,3% apresentaram algum tipo de reação, sendo o primeiro surto durante o tratamento em 65,0% dos casos. Os indicadores Olhos-Mãos-Pés e Grau de incapacidades da Organização Mundial de Saúde apresentaram forte evidência de que a forma indeterminada não causa incapacidade e que a virchowiana é a que mais causa. A presença de neurite foi o principal fator responsável pelas incapacidades. Assim, as formas clínicas multibacilares e a neurite são determinantes no desencadeamento de deformidades. E, a vigilância das neurites durante a poliquimioterapia e após a alta é fundamental para o tratamento precoce e prevenção de incapacidades.

Lana; Carvalho e Davi	2011	Estudo epidemiológico a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, dos casos de hanseníase dos municípios da microrregião de Araçuaí, no período de 1998-2007. Foram notificados 343 casos, resultando em uma detecção geral média de 28,5 casos/100.000 habitantes/ ano. Sendo que a proporção de casos detectados com grau II de incapacidade e o predomínio de formas passivas de detecção sugerem diagnóstico tardio e corroboram a importância da integração das ações de controle da hanseníase na atenção básica. Obtiveram ainda como resultados, a análise dos escores SALSA e variáveis estudadas resultou em significância aos que relataram lesão significativa (valor-p=0,04), baixa renda familiar (valor-p=0,04), baixa escolaridade (valor-p=0,00), formas clínicas multibacilares (valor-p=0,01) e deficiências avaliadas pelo GI-OMS (valor-p=0,01). As limitações de atividades são frequentes (57,4%), assim como as deficiências medidas pelo GI-OMS (68,5%), atingem as formas multibacilares, pessoas que relataram lesão significativa, de baixa renda e escolaridade.
Monteiro <i>et al.</i>	2013	Estudo transversal com 282 casos novos em Araguaína-TO, no período de 2004 a 2009, a prevalência de incapacidade foi de 29,4%, sendo 8,9% grau 2. Houve associação entre incapacidades físicas com multibacilares ($p < 0,001$) e com episódios reacionais ($p < 0,001$). No diagnóstico, a ocorrência de deformidades foi 1,7 vez maior nos homens (IC95%: 1,23-2,37). Entre

		o diagnóstico e a alta houve piora do grau de incapacidade, e esta piora foi maior após a alta: 25%. A piora do grau de incapacidade foi mais expressiva após a alta, apresentando associação com multibacilares e episódios reacionais. Desse modo, entende-se que é preciso monitoramento contínuo de casos em alta, para prevenir sequelas e limitação funcional.
Buna <i>et al.</i>	2015	Em estudo com pacientes de hanseníase, cadastrados em unidade de saúde em São Luís-MA. O sexo predominante foi o masculino (61%), com idade entre 32 a 38 anos (25%), cor parda (78%), ensino fundamental incompleto e ensino médio completo (32%), onde receberam atendimentos de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem (96%), com orientações quanto a hidratação da pele (48%) e uso de medicação e reações (50%). Quanto a classificação do grau de incapacidade que são determinados pela avaliação neurológica, apresentados com mais frequência o grau 0, com 14 (50%), grau 1, com 13 (46%) e grau 2, com 1 (4%). Diante dos resultados encontrados percebe-se que apesar das ações de controle e combate a hanseníase ainda há uma grande necessidade de medidas cada vez mais planejadas, de modo a superar fatores que dificultam ações de vigilância e combate à doença principalmente no que se refere as incapacidades físicas que podem acometer os pacientes contribuindo para diminuição dos índices de novos casos.
Oliveira <i>et al.</i>	2016	Considerando a existência de um Grupo de Autocuidado em Cajazeiras-PB, o estudo

		objetivou mensurar a limitação de atividades e da participação social entre os usuários do referido grupo. Os instrumentos de coleta de dados foram a escala SALSA e a escala de Participação Social. O escore de consciência de risco obteve os maiores percentis em 2 e 3 pontos com 29% para ambos. 72% pontuou restrição à limitação de atividade e na escala de participação em atividades sociais 43% da amostra não apresentou restrições, 29% leve restrição e 14% com moderada restrição e com grande restrição. Os resultados dessa pesquisa estão de acordo com os estudos que consideram a hanseníase como doença potencialmente incapacitante, e alertam para a importância das ações de prevenção de incapacidades.
Santana <i>et al.</i>	2018	Estudo realizado em 414 prontuários em centro de referência para hanseníase na Paraíba, entre 2009 e 2014, com a finalidade de comparar o grau de incapacidade física, os sítios corporais afetados, as deficiências e incapacidades presentes e os nervos acometidos no diagnóstico e na alta. Notou-se que mesmo com um decréscimo do acometimento dos sítios corporais, das deficiências (ressecamento e ferida no nariz e úlcera nos pés) e da quantidade de nervos afetados entre o diagnóstico e a alta por cura, com redução da quantidade de pacientes apresentando grau de incapacidade física 2. Após a alta os pacientes ainda estão propícios a desenvolver ou agravar incapacidades físicas, necessitando de acompanhamento periódico.

No estudo de Lima *et al.* (2013), no que tange a casos de Hanseníase, o primeiro passo seria realizar um diagnóstico da doença, pois quanto mais cedo o paciente iniciar o tratamento, maior a probabilidade de interromper a cadeia de transmissão. O diagnóstico clínico da Hanseníase baseia nos exames dermatológico e neurológico, pesquisa de nervos periféricos, à procura de espessamentos; seguindo das provas de sensibilidade superficial, da histamina ou policarpina.

Estudos recentes relatam que são grandes os benefícios desse diagnóstico inicial da Hanseníase na promoção da saúde desse paciente. Conforme Rodrigues *et al.* (2015), as incapacidades físicas podem ser evitadas ou reduzidas, se as pessoas afetadas forem identificadas e diagnosticadas precocemente, tratadas com técnicas adequadas e acompanhadas pelos serviços de saúde de atenção básica.

O enfermeiro tem papel fundamental, na ação da atenção básica, representando uma dimensão basilar na distinção desses indivíduos com características típicas para essa doença. Para tanto, é necessário que esse profissional faça parte de um programa de assistência à saúde que esteja inserido na comunidade, e conseqüentemente, tenha acesso direto com esses indivíduos, possibilitando uma ação interventiva que promova mudanças ambientais e nos fatores transformáveis (LIMA *et al.*, 2013).

Nesse sentido, a enfermagem tem papel primordial no desempenho assistencial em prol da saúde das pessoas, fazendo parte de um trabalho em grupo no combate à Hanseníase, agindo pontualmente em medidas estratégicas visando, controlar a doença, de maneira individual, atendendo os infectados, seus parentes e comunidades em que estão inseridos (RODRIGUES *et al.*, 2015).

Segundo Rodrigues *et al.* (2015), o tratamento da hanseníase é peça chave na estratégia de controle da doença como problema de saúde pública. Pois tem o objetivo de interromper a transmissão da doença, quebrando a cadeia epidemiológica, assim como também o de prevenir incapacidades físicas e promover a cura e a reabilitação física e social do doente. (GOULART; PENNA; CUNHA, 2002; SCOLLARD *et al.*, 2006).

Em estudo de Silva-Sobrinho (2007) que avaliou o grau de incapacidade dos pacientes em tratamento e em alta, em 11 municípios da 14ª Regional de Saúde do Paraná, ao mesmo tempo em que promoveu discussão e capacitou os profissionais de enfermagem das equipes locais. Verificou-se que 79,8% da população avaliada apresentava algum grau de incapacidade e que parte dos profissionais desconhecia

a técnica de avaliação. Foi grande a porcentagem de pacientes com grau de incapacidade I e II, fato que corrobora o diagnóstico tardio dos casos. Destaca-se a necessidade de permanente processo de autocuidado, associado à poliquimioterapia e avaliação contínua dos casos novos e antigos para evitar as incapacidades físicas consequentes do agravo.

Essas incapacidades e deformidades podem acarretar problemas para o doente, como a diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, sendo responsáveis, também pelo estigma e preconceito contra a enfermidade.

Outra pesquisa realizada por Pinheiro *et al.* (2014) em um hospital de referência em doenças infectocontagiosas de Natal-RN, reunindo 16 membros de um grupo de autocuidado em hanseníase, no período de setembro a novembro de 2012 por meio de uma questão aberta e adotou-se o método de análise de conteúdo de Bardin para analisar e interpretar as respostas obtidas. Dos achados emergiram as categorias: cuidados na prevenção de úlceras e no curativo; prevenção de quedas e reabilitação socioeconômica. Os resultados permitiram a constatação de que a participação dos usuários nas reuniões do grupo contribuiu significativamente para a aquisição do conhecimento sobre práticas de autocuidado. E consequentemente a melhora do quadro de saúde do paciente.

Na pesquisa de Corrêa; Ivo e Honer (2006) o grau de incapacidade física 2 foi maior em indivíduos provenientes do interior do Estado (29,8%) que na capital (10,5%). Pacientes multibacilares apresentaram maior incidência de incapacidades (Grau de Incapacidades Físicas 1 ou 2). Os resultados evidenciaram a boa qualidade do atendimento no Hospital São Julião em Campo Grande, com altas taxas de administração da poliquimioterapia (100%) e de execução da Avaliação Sensitiva e Motora (92,55%).

Lima; Miranda e Ferreira (2009) evidenciam em seu estudo que a força de preensão e dor apresentaram melhora significativa, sugerindo algum efeito benéfico dos exercícios; entretanto a sensibilidade não mostrou significância estatística, apesar de não se constatar piora da mesma. Diante disto, o exercício terapêutico pode ser considerado como um recurso importante no que tange à promoção e prevenção de incapacidades em indivíduos portadores de hanseníase, porém ainda são necessários novos estudos para ratificar os achados.

Na qualidade de vida, foram identificados fatores de limitação por aspecto físico, dor e aspecto emocional, quando comparado aos demais. Pode-se concluir que a hanseníase interfere na qualidade de vida dos pacientes, por ser uma patologia que gera incapacidades funcionais, acarretando a diminuição da atividade laboral e restrição da vida social (SOUSA *et al.*, 2011).

Os achados do estudo de Bernardes *et al.* (2009) evidenciam que profissionais e gestores de saúde devem incentivar melhorias no diagnóstico precoce, avaliação dos casos, seguimento e serviços de prevenção de incapacidade dos pacientes com hanseníase. Dentre as diretrizes básicas que objetivam a redução da morbimortalidade por hanseníase no âmbito do Sistema Único de Saúde, destaca-se a atenção integral ao portador de hanseníase, que deve ser garantida pela hierarquização de serviços e pelo cuidado em equipe multiprofissional. (BRASIL, 2002) definem-se como ações de enfermagem aquelas realizadas pelo enfermeiro e demais integrantes da equipe de enfermagem, devendo ser executadas de forma sistemática em todos os doentes e comunicantes.

Nos primeiros estudos sobre a prevenção das incapacidades na Hanseníase, Cristofolini (1982) já enfatizava a necessidade de implementação de medidas de prevenção propostas pelas políticas de saúde visando o controle da doença. As ações para contenção da Hanseníase buscavam diminuir a morbidade, prevenir as incapacidades, manter a união da família e encorajar a reinserção na sociedade. Todas essas medidas são relevantes até hoje, pois é grande o número de casos de incapacidades motoras em pacientes Hansenianos.

As medidas básicas e essenciais de prevenção da Hanseníase, visando o seu controle, estão fundamentadas na identificação de novos casos, no tratamento com poliquimioterapia, na fiscalização dos comunicantes de cada domicílio, no cuidado de incapacidades físicas e na recuperação do paciente, bem como o monitoramento dos outros membros da família (LANZA; LANA, 2011; LIMA *et al.*, 2013).

O estudo de Gonçalves, Sampaio e Antunes (2009) explica que a prevenção das deformidades e limitações motoras ocasionadas pela Hanseníase no paciente é feita por meio de um rápido diagnóstico e adesão ao tratamento. Desse modo, o monitoramento por meio de exame neurológico sistemático possibilita diagnóstico e intervenção precoce em quadro de acometimento neural, reduzindo as chances de desenvolverem incapacidades.

Segundo a literatura de Rodini *et al.* (2010), a consequência da incapacidade física para o paciente com Hanseníase, considerando as dimensões físicas e sociais, é bastante mutável, pois varia de indivíduo para indivíduo. Ou seja, uma pessoa com incapacidade grave pode continuar realizando suas atividades de vida diária sem maiores problemas, e, para outras, uma mínima incapacidade dificulta a vida social. Ainda em relação à prevenção e tratamento das incapacidades físicas, é preciso adotar medidas simples para serem realizadas diariamente.

A importância de diagnosticar a hanseníase precocemente, bem como de tratá-la adequadamente, detectar os prejuízos funcionais incipientes, estabelecer um plano de intervenções visando a prevenção de incapacidade, bem como da educação dos pacientes sobre a doença, está bem estabelecida na literatura (SILVA-SOBRINHO *et al.*, 2007; LI *et al.*, 2008).

Diversos estudos têm procurado correlacionar programas de prevenção de incapacidade com um melhor desfecho clínico após determinado tempo de seguimento dos pacientes, baseados no grau de incapacidade (NARDI; PASCHOAL; ZANETTA, 2005; SILVA-SOBRINHO *et al.*, 2007). Um estudo realizado por Silva-Sobrinho *et al.* (2007) avaliou o grau de incapacidade dos pacientes em tratamento e após alta, em 11 municípios do Paraná, e verificou que 79,8% dos pacientes apresentaram grau de incapacidade.

Um outro estudo Li *et al.* (2008) acompanhou 1.215 pacientes com grau de incapacidade 1 e 2 por 3 anos em um programa de base comunitária que consistiu em treinamento e supervisão dos agentes de saúde; o programa mostrou-se efetivo, com boa aceitabilidade e houve cura de 62,8% das úlceras plantares. Na comparação da evolução da incapacidade dos pacientes atendidos em dois serviços no estado de São Paulo no período de 5 anos, houve uma evolução mais satisfatória, tendo as avaliações e orientações sobre prevenção de incapacidade sido mais frequentes.

Embora o grau de incapacidade preconizado pela OMS seja um dos instrumentos mais utilizados para a avaliação dos pacientes com hanseníase, algumas limitações podem ser observadas quanto à sua utilização, pois a alteração do limiar de sensibilidade relativo aos graus 0 e 1 pode variar muito (MARTINS; TORRES; OLIVEIRA, 2008; FENLEY *et al.*, 2009; RODINI *et al.*, 2010).

O impacto da incapacidade para o paciente em sua função física e social é variável: uma pessoa com incapacidade grave pode continuar realizando suas atividades de vida diária sem maiores problemas e, para outras, uma mínima

incapacidade dificulta a vida social. Dentre os pacientes avaliados, a maioria (20 de um total de 26) já apresentava grau de incapacidade 1 e 2, provavelmente como consequência de diagnóstico tardio, o que tornou mais difícil a realização de uma abordagem preventiva (RODINI *et al.*, 2010).

Uma dificuldade encontrada no estudo foi a taxa de abandono, pois dos 55 pacientes avaliados inicialmente, apenas 26 aderiram à intervenção completa. A não-adesão dos pacientes pode ser justificada pelas condições socioeconômicas e culturais, por sua procedência (pois muitas vezes dependem de transporte da prefeitura), pela baixa expectativa em relação a tratamentos não medicamentosos e por se tratar de uma doença crônica e estigmatizante, que gera resistência ao ambiente hospitalar (RODINI *et al.*, 2010).

Alguns dos benefícios do programa de prevenção de incapacidade só são verificáveis após alguns anos de implementação consistente do programa. Não se pode esperar que a prevenção de incapacidade produza sempre resultados imediatos, embora qualquer prevenção ou redução de impedimentos seja de grande benefício para os indivíduos, evitando a necessidade de reabilitação potencialmente onerosa (MARTINS; TORRES; OLIVEIRA, 2008; FENLEY *et al.*, 2009; RODINI *et al.*, 2010).

Os pacientes com hanseníase que chegam ao serviço de atenção à saúde do SUS, sem qualquer tipo de incapacidade, sendo monitorados e orientados durante todo o tratamento, têm grande chance de evitar o aparecimento de deformidades e incapacidade quando seguem as orientações dos profissionais da saúde – na dependência também da evolução da doença, resposta imunológica do paciente ao bacilo e medicação (RODINI *et al.*, 2010).

Esses profissionais, por sua vez, têm de utilizar estratégias para aumentar a adesão e envolvimento do paciente, tornando-o participante de seu tratamento. Pacientes que chegam ao serviço com diagnóstico tardio, em muitos casos, apresentam lesões irreversíveis, como foi observado nesta amostra. Nestes, medidas preventivas podem evitar o agravamento decorrente da lesão estabelecida e danos posteriores (KELLY-SANTOS; MONTEIRO; ROZEMBERG, 2009).

Rodini *et al.* (2010) conclui que um manual de orientações pode ter um importante papel coadjuvante na melhora de sintomas dos pacientes com hanseníase, visto que na sua pesquisa, as deformidades e o grau de incapacidade permaneceram. No entanto, algumas melhoras foram constatadas, especialmente na função muscular das mãos e dos pés e no ressecamento da pele, que poderiam ser atribuídas à

utilização do manual técnico do Ministério da Saúde, diretamente relacionado ao autocuidado, lembrando que tal utilização foi enfatizada e acrescida de explicações, ao longo do monitoramento dos pacientes.

4.3 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE DE HANSENÍASE

A adesão ao tratamento medicamentoso e o cuidado com os nervos do corpo são importantes para evitar as deformidades. O autocuidado é essencial, pois, mesmo após o uso dos remédios, podem surgir algumas complicações. Por isso, é fundamental estar atento ao cuidado com o corpo (olhos, nariz, mãos, braços, pés, pernas). Diante desses problemas, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) surge como ferramenta eficaz que orientará o paciente no aprendizado dos exercícios que deverão ser feitos visando à recuperação.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro, regulamentada pela Lei do exercício Profissional nº 7489 de 25 de junho de 1986, que visa assistir ao ser humano na sua totalidade, por meio de ações específicas para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (COFEN, 2009). A SAE representa um conjunto de ações sistematizadas e inter-relacionadas que possibilitam reconhecer o problema, intervir e encaminhá-lo, de forma a prestar uma assistência eficaz. Para tanto, o enfermeiro deverá utilizar o Processo de Enfermagem que compreende as seguintes fases: histórico (entrevista e exame físico), diagnóstico de enfermagem, planejamento e implementação da assistência e evolução de enfermagem (VIEIRA *et al.*, 2004).

Assim, no *Quadro 13* estão dispostos os resultados de pesquisas com a temática SAE no paciente de hanseníase, por autor, ano e resultado da pesquisa.

Quadro 13 – Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente de hanseníase
Fonte: Santos (2019)

Autor	Ano	Resultado
Vieira <i>et al.</i>	2004	Estudo realizado com a finalidade de implementar as etapas do processo de enfermagem, ou seja, a sistematização da assistência em enfermagem (SAE) a um paciente portador de hanseníase, atendido em um Ambulatório de Dermatologia do

		interior de São Paulo. Os dados foram coletados em instrumento baseado na teoria do autocuidado de OREM e os principais diagnósticos identificados segundo a taxonomia da NANDA. A partir de então, foi feito o planejamento (metas/objetivos e prescrição de enfermagem), a implementação das prescrições de enfermagem e a evolução. A implantação ocorreu durante as consultas de enfermagem, previamente agendadas, no período de fevereiro a maio de 2003 e consideramos que a SAE em um Programa de Controle da Hanseníase, não apenas é possível, mas fundamental para a melhoria da qualidade de vida do paciente.
Leandro <i>et al.</i>	2013	Estudo de caso realizado com o objetivo de implementar a SAE a uma mulher com hanseníase multibacilar, de outubro a dezembro de 2010. Os dados foram coletados pela consulta de enfermagem. Obteve-se como resultados: na avaliação neurológica simplificada foram identificados dois diagnósticos: Integridade tissular prejudicada relacionada a fatores mecânicos (fricção), evidenciado por tecido lesado (mucosa nasal), e Risco de integridade da pele prejudicada relacionado a medicamentos, mudanças na pigmentação e mudanças no turgor da pele, sendo realizadas intervenções de enfermagem. No processo de cuidado o comprometimento da mucosa nasal evoluiu de moderadamente comprometida para levemente comprometida, e a integridade da pele de muito comprometida para levemente comprometida. Portanto, a utilização do plano de cuidados

		possibilitou o acompanhamento rigoroso e eficaz, que contribuiu na melhora do conforto e autoestima da paciente.
Campos <i>et al.</i>	2014	Estudo permitiu compreender que a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é favorável no hospital para um bom prognóstico, já que a enfermagem se distingue, com exclusividade das outras profissões da área da saúde, enquanto propicia aos enfermeiros uma descrição lógica do enfoque da enfermagem clínica.
Carvalho <i>et al.</i>	2015	Estudo mostra que assistência de enfermagem voltada para a promoção da saúde pode garantir uma assistência de melhor qualidade do que o paradigma da eliminação focado na doença. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um dos principais eixos responsáveis por realizar esta assistência. Assim, a compreensão das fragilidades de cada contexto possibilita ações que visam minimizar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros para prover uma assistência com excelência que diminua não só a carga da doença, mas também suas sequelas e o sofrimento das pessoas acometidas.
Lima <i>et al.</i>	2015	Neste estudo buscou-se investigar sobre como tem sido a abordagem na literatura da consulta de enfermagem ao paciente suspeito ou diagnosticado com hanseníase. Após a revisão literária, algumas considerações podem ser realizadas. Apesar de haver bastante literatura sobre a consulta de enfermagem em hanseníase, poucas delas abordam o passo a passo sistematizado do plano de cuidado ao portador do

		<i>Mycobacterium leprae</i>. Não foram contemplados estudos que falassem sobre a consulta pós-alta do paciente e nem as principais prescrições de enfermagem usadas na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) pertencente a referida temática. No estudo, foi possível observar os enfoques dados ao que se considera como cuidados primordiais na consulta de enfermagem, como por exemplo, prevenção de incapacidades, deformidades, a avaliação dermatoneurológica e a administração da dose supervisionada. Constatou-se ainda que na consulta de enfermagem buscou-se a criação de vínculo de confiança com o cliente, com objetivo de prestar uma atenção de qualidade, humanizada e efetiva com a prioridade da cura e a reabilitação física e social do paciente.
--	--	---

Na avaliação inicial, os pacientes podem apresentar um leque amplo de acometimentos. Tendo em vista as características da evolução da doença, com tantos fatores intervenientes (RODINI *et al.*, 2010). É, contudo possível estimar o impacto da utilização de um manual de autocuidado, paralelo ao tratamento medicamentoso

Deste modo, a SAE se efetiva a partir da Consulta de Enfermagem, pois esta é um momento de encontro entre o indivíduo e o profissional da saúde e, dependendo da escuta realizada, ela poderá reconhecer uma série de condições que fazem parte da vida das pessoas e constituem-se nos determinantes dos perfis de saúde e doença. Na assistência prestada ao paciente de hanseníase precisam estar inclusas as ações como a aplicação de testes dermatoneurológicos nos casos suspeitos/ contatos e vacina BCG-ID para contatos intradomiciliares.

De todos os problemas causados pela Hanseníase, as incapacidades motoras apresentam alto grau de comprometimento da vida desse paciente nas esferas social e psicológica. Daí a importância da intervenção do enfermeiro que deve estar apto a fazer uma avaliação diagnóstica clínica, a identificar as prováveis variações e apontar as complicações manifestadas pela doença. Também é atribuição do enfermeiro

coordenar as ações assistenciais de cuidado, a fazer prescrição para os pacientes e seus familiares sobre o estigma que envolve a doença, conscientizando-os do perigo de serem vítimas de preconceito e discriminação por causa da doença. Não obstante, a Hanseníase é uma doença tratável e tem cobertura completa das políticas públicas de saúde (CECÍLIO, 2001; FRACOLLI; BERTAZOLLI, 2001; LIMA *et al.* 2013).

No *Quadro 14* estão os principais problemas identificados (Diagnóstico de Enfermagem e fatores relacionados/resultado) no paciente de hanseníase, bem como as intervenções necessárias (Prescrição de Enfermagem) e Prognóstico, conforme NANDA 2015-2017.

Quadro 14 – Principais diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e intervenção/prognóstico no paciente de hanseníase conforme NANDA 2015-2017 **Fonte: Santos (2019)**

Diagnóstico	Resultado	Intervenção
Baixa Autoestima Situacional:		
Desenvolvimento de percepção negativa sobre seu próprio valor em resposta a uma situação atual.	Resposta adaptativa a um desafio funcional significativa devido a uma deficiência física.	Melhora da autoestima; Aconselhamento; Melhora do sistema de apoio, identificar o sentimento básico de valor próprio do cliente, a imagem que ele tem de si próprio: aspectos existentes, físicos e psicológicos.
Controle Familiar Ineficaz do Regime Terapêutico:		
Padrão de regulação e integração aos processos familiares de um programa de tratamento de doenças e sequelas de doenças que é insatisfatório para atingir objetivos específicos de saúde.	Extensão da compreensão sobre determinado regime de tratamento, ações da família para controlar estressores que consomem recursos familiares.	Ensino: processo de doença; Controle de medicamentos; Orientação antecipada; Orientação quanto ao sistema de saúde promoção do envolvimento familiar.
Desesperança:		

Estado subjetivo no qual um indivíduo não enxerga alternativas ou escolhas pessoais disponíveis ou enxerga alternativa limitada e é incapaz de mobilizar energias a seu favor.	Ações pessoais para minimizar a melancolia e manter o interesse pelos eventos de vida; Vontade e energia para manter as atividades de vida diária, a nutrição e a segurança pessoal.	Controle do humor, promoção da capacidade de resiliência, assistência na automodificação; Aconselhamento; Grupo de apoio
Distúrbio na imagem corporal:		
Confusão na imagem mental do eu físico de uma pessoa.	Resposta adaptativa a um desafio funcional significativo devido a uma deficiência física; Julgamento sobre o próprio valor; Resposta de adaptação psicossocial de um indivíduo a uma mudança de vida importante	Melhora da imagem corporal; Melhora da autoestima; Aumento da socialização; Melhora do sistema de apoio.
Integridade da pele prejudicada:		
Estar em risco de a pele ser alterado de forma adversa.	Gravidade do comprometimento das funções fisiológicas devido a prejuízo da mobilidade física; Integridade estrutural e função fisiológica normal da pele e das mucosas.	Cuidado com lesões; Cuidado com o local; Controle da nutrição; Cuidado com a pele; Tratamento tópicos.
Intolerância a atividade:		
Estar em risco de experimentar energia fisiológica ou psicológica insuficiente para suporta ou completar as atividades diárias requeridas ou desejadas.	Ações pessoais de controle da energia necessário para iniciar e manter uma atividade; Capacidade de sustentar atividades.	Realização de exercício/treino para fortalecimento; Controle de energia; Assistência no autocuidado; Controle da dor; Controle do ambiente.
Interação social prejudicada:		
Quantidade insuficiente ou excessiva ou qualidade ineficaz de troca social.	Apoio ambiental caracterizado pelo relacionamento e pelos	Manutenção do processo da família; Promoção da

	objetivos dos membros da família.	integridade familiar; Aconselhamento.
Manutenção ineficaz da saúde:		
Incapacidade de identificar, controlar ou buscar ajuda para manter a saúde.	Ações pessoais para promover um ótimo bem-estar, recuperação e reabilitação	Grupo de apoio melhorado do sistema de apoio promoção do envolvimento familiar; Avaliação da saúde; Educação para a saúde, identificação de risco; Melhora da autorresponsabilidade.
Medo:		
Resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo.	Ações pessoais para eliminar ou reduzir sentimentos incapacitantes de apreensão; Tensão ou desconforto despertados por uma fonte identificável.	Aumento da segurança; Melhora do enfrentamento; Apoio à tomada de decisão; Assistências em exames, procedimento/ tratamento.
Sentimento de Impotência:		
Estar em risco de falta de controle percebida sobre uma situação ou sobre a capacidade de uma pessoa de afetar significativamente um resultado.	Atividades pessoais de um indivíduo competente para exercer a organização das próprias decisões da vida; Convicção pessoal de que uma pessoa pode influenciar um resultado de saúde.	Esclarecimento de valores; Orientação quanto ao sistema de saúde; Suporte emocional; Intervenção na crise.

É possível ainda identificar: Risco para Trauma Neural relacionado ao desconforto, logoftalmo inicial, mãos e pés reacionais, nervos de MMSS e MMII espessados e doloridos a palpação, relato de dormência em região nasal, lado E da face e MMSS, câibras e tremor nas mãos, anestesia de dorso e palma das mãos e planta e dorso dos pés e edema em MMII secundário ao estado reacional hansênico. Risco para Trauma de Pele e Mucosas relacionado à redução da sensação de temperatura e tátil pela presença de anestesia de região palmar e dorsal das mãos e região plantar e dorsal dos pés, história de trauma prévio em cotovelo E, fraqueza, impossibilidade de fechamento completo de pálpebras D e E, presença de crostas nasais bilateral, pele ressecada com alteração de pigmentação, edema em MMII com prurido e alteração no turgor da pele, presença de calos nos pés, profissão de lavrador e utilização de botas para o trabalho (BRASIL, 2012b; HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

Percepção sensorial tátil perturbada relacionada a transmissão e integração sensorial perturbada caracterizada por mudança na resposta aos estímulos externos pela presença de sensibilidade diminuída em mãos e pés demonstradas pelo teste de insensibilidade. E Dor aguda relacionada a resposta orgânica pela presença de agentes biológicos lesivos (bacilo de Hansen) caracterizada pela expressão facial de dor, nervos dos MMSS e MMII espessados e doloridos a palpação e mãos e pés reacionais (BRASIL, 2012b; HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

Ansiedade relacionada a piora de seu estado de saúde secundário ao estado reacional da doença caracterizada por relato de estar ansioso pelo seu estado de saúde. Disfunção sexual relacionada a informação inadequada da esposa que a faz acreditar que ter relação sexual com o marido, e vice-versa, irá piorar seu estado de saúde e por isso nega-se a realiza-la caracterizada por incapacidade de alcançar satisfação sexual desejada e verbalização do problema e preocupação em não praticar relação sexual (BRASIL, 2012b; HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

Mobilidade física prejudicada relacionada a dor, desconforto (mãos e pés reacionais), prejuízos sensório perceptivo (anestésias em mãos e pés) caracterizada por mudanças na marcha, amplitude limitada de movimento, capacidade limitada de desempenhar as habilidades motoras finas e grossas, tempo de reação diminuído aos estímulos externos. Com a identificação dos principais diagnósticos de enfermagem, passamos para a próxima etapa do processo de enfermagem que consiste no planejamento de enfermagem. Esta fase abrange a elaboração de metas, objetivos e prescrições de enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

Para Vieira *et al.* (2004), a implantação da SAE em um Programa de Controle da Hanseníase, não apenas é possível, mas fundamental para a melhoria da qualidade de vida do paciente. Assim, permiti que, mesmo sendo está uma doença crônica, de longo tratamento, que pode provocar reações reversas eventuais aos seus pacientes, existe como planejar uma assistência eficaz, de caráter individual e contínuo que permite aumentar a qualidade de vida do portador dessa doença.

A assistência de enfermagem através da Sistematização em pacientes com hanseníase é de grande importância e tem como ações a busca ativa de pacientes com a doença a fim de diagnosticar precocemente e iniciar o tratamento o mais rápido possível, evitando assim a disseminação da doença e consequentemente prevenindo incapacidades, especialmente o dano neural. Sendo necessário sempre orientá-los através de uma linguagem clara sobre a importância do tratamento, os possíveis

efeitos adversos, a importância da vacinação, o que pode acontecer em casos de abandono da poliquimioterapia, tratamento das incapacidades, gerência de atividades de controle, elaborando ações no controle da doença para o portador, família ou comunidade (DUARTE, 2017).

Em estudo realizado por Tamarindo-Neta *et al.* (2016), foram selecionados doze artigos originais do total encontrado de 76. Após a análise dos artigos foi alertado para as práticas realizadas na Estratégia de Saúde da Família na atenção à hanseníase que são orientadas pelo modelo clínico. Desse modo, a implementação do processo de enfermagem fortalece o atendimento integral ao doente, a equipe de enfermagem realiza a avaliação dermatoneurológica, avaliação e a prevenção de incapacidades, além da administração da dose supervisionada dos medicamentos preconizados.

Os autores evidenciam ainda, no entanto, vale a pena ressaltar que a maioria, quase a totalidade dos artigos utilizados na pesquisa apontam a importância da capacitação do profissional na assistência de enfermagem ao portador de hanseníase para que os envolvidos discutam estratégias para qualificar a atenção à saúde. Enfatiza-se, portanto, que o objetivo do trabalho foi alcançado na medida em que foram evidenciadas as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros na UBS (TAMARINDO-NETA, 2016). Deste modo, confirma-se que os profissionais de enfermagem devem buscar por qualificação/ educação continuada que os capacite a atuar de modo sensível e competente, que possibilite o desenvolvimento de ações assistenciais individualizadas e resolutivas aos pacientes sob os seus cuidados (SILVA *et al.*, 2013).

A equipe de enfermagem é de fundamental importância frente a hanseníase neural pura. Logo, uma assistência desqualificada interfere diretamente no processo de cura e principalmente na adesão ao tratamento da doença (SANTOS; OLIVEIRA, 2016). Uma pesquisa realizada por Gomes; Alexandre e Melo (2015) demonstrou que o enfermeiro, como parte integrante da equipe de saúde, realiza a sistematização do cuidado de enfermagem voltado para um contato mais direto com o paciente, desencadeando estratégias e ações de educação em saúde e vigilância epidemiológica.

Além disso, a assistência de enfermagem atua na prevenção, controle e tratamento da doença, contribuindo de forma positiva para a eliminação da hanseníase nas comunidades, de forma humanizada e efetiva, além de proporcionar

uma melhor qualidade de vida, diminuindo a incidência de complicações devido a tal patologia (GOMES; ALEXANDRE; MELO, 2015).

A assistência de enfermagem voltada para a promoção da saúde pode garantir uma assistência de melhor qualidade do que o paradigma da eliminação focado na doença. A compreensão das fragilidades de cada contexto possibilita ações que visam minimizar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros para prover uma assistência com excelência que diminua não só a carga da doença, mas também suas sequelas e o sofrimento das pessoas acometidas (CARVALHO *et al.*, 2015).

Portanto, a SAE é um modelo de assistência que deve ser implementado em todos os locais onde se presta cuidados ao paciente/cliente/usuário, pois os diversos estudos analisados mostram a possibilidade de ser adequada a realidade na perspectiva da saúde coletiva, e que reuniões de atualização focadas, muito contribuem para o fortalecimento dessa prática, caminhando dessa maneira na construção do conhecimento de enfermagem, favorecendo a melhor qualidade na assistência prestada as pessoas atingidas pela hanseníase (FERREIRA, 2012). Esses achados reforçam a necessidade de priorizar a atenção da hanseníase como condição crônica inserida efetivamente na rede de atenção do SUS (MONTEIRO *et al.*, 2013).

5 CONCLUSÃO

A hanseníase ainda hoje representa um grave problema de saúde pública no Brasil e no Mundo pelos altos índices de prevalência e incidência. O surgimento das incapacidades antes ou após o tratamento da Hanseníase pode ser um grande indicador de qualidade de vida e da participação social de uma determinada região.

Em relação à prevenção de incapacidades e deformidades físicas, a maioria dos estudos apontaram no que concerne a prevenção em Hanseníase, pois o termo prevenção muitas vezes é utilizado para representar as ações de prevenção do aparecimento dessas incapacidades ou, na pior das hipóteses, quando do surgimento delas, designam as medidas de controle das mesmas. Entretanto, os esforços das políticas de saúde concentram-se até hoje quase que exclusivamente no diagnóstico precoce e no seu tratamento.

Dessa forma, a consulta de enfermagem mostra-se essencial na busca do atendimento humanizado a esses pacientes. O enfermeiro é o ator principal na assistência, pois ele é o responsável pela implementação da SAE. Visto que a partir desta, é possível maior resolutividade dos problemas de saúde dos usuários dos serviços. Considerando-se o potencial da consulta de enfermagem como instrumento capaz de reconhecer as necessidades do paciente, incluindo aquelas relacionadas ao estigma e ao potencial incapacitante da hanseníase.

A humanização torna-se parte da filosofia de enfermagem, pois o ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos não são mais significativos do que a essência humana. Esta última deverá conduzir o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais próxima da ideal.

Assim, a realização da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em paciente portador de hanseníase tem como princípio uma assistência eficaz, de caráter individual e contínuo que permite aumentar a qualidade de vida do portador dessa doença. A identificação dos principais diagnósticos de enfermagem nesse paciente é importante para o planejamento da assistência de enfermagem, que envolve a elaboração de metas, objetivos e prescrições de enfermagem e consequentemente facilitar a avaliação da assistência, pelo fato de proporcionar uma linguagem uniformizada e maior segurança ao profissional por meio de uma assistência direcionada.

Logo, as prescrições de enfermagem devem ser baseadas em ações de apoio e educação, o que nos mostra a coerência na decisão pela Teoria do Autocuidado para nortear o processo de enfermagem em portadores de hanseníase aos quais necessitam de orientação, principalmente pelas incapacidades que a doença produz. Desse modo, podemos concluir que a utilização da SAE só vem a somar a qualidade da assistência prestada ao paciente de hanseníase, ou seja, assegura a este paciente um cuidado de enfermagem contínuo, atualizado e individualizado.

Prevenir e corrigir incapacidades significa modificar comportamentos, o que é difícil, sobretudo em se tratando de adultos. As técnicas de prevenção e correção são eficazes e conhecidas, assim, o problema da prevenção não está no que fazer, e, sim, como fazer.

Portanto, entende-se que o enfermeiro precisa estar capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano, sendo apto para trabalhar em diversos setores da saúde considerando ações do cuidar, educativas, gerenciais e de pesquisa com um olhar humanizado. Necessita estar qualificado para o exercício da profissão, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos que atuem em diferentes meios, capazes de conhecer e intervir sobre os problemas e situações de saúde-doença, contudo, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus usuários.

REFERÊNCIAS

ANA. American Nurses Association. Nursing's social policy statement: the essence of the profession. **Nursing**. 2ª ed. Silver Spring, Md, 2010.

ANDRADE, M.; BOMFIM, F. S. Considerações sobre hanseníase e reações hansênicas. **Promoção da Saúde**. Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 13-15, 2008.

ANTONIO, J. R.; SOUBHIA, R. M. C.; PASCHOAL, V. D. A.; OLIVEIRA, G. B.; ROSSI, N. C. P.; MACIEL, M. G.; NARDI, S. M. T. Avaliação epidemiológica dos estados reacionais e incapacidades físicas em pacientes com hanseníase na cidade de São José do Rio Preto. **Arq Ciênc Saúde**. São José do Rio Preto, v. 18, n. 1, p. 9-14, jan.-mar., 2011.

ASSIS, L. P. F.; COZER, A. M.; AMÂNCIO, V. C.; GRACIANO, A. R.; DIAS, D. C. S. Avaliação dos indicadores epidemiológicos para a hanseníase no Brasil, 2008 a 2015. **Rev. Educ. Saúde**. Goiânia, v. 5, n. 1, 2017.

AUSTIN, S. Seven legal tips for safe nursing practice. **Nursing**, v. 38, n. 3, p. 34, 2008.

AVANCI, B. S.; GÓES, F. G. B.; MARINS, L. R.; VIANA, L. S.; BORGES, R. L. L. Refletindo sobre educação em saúde na graduação em enfermagem. **Rev Enferm UFPE [online]**. v. 3, n. 2, p. 58-64, 2009.

BAHIA, Conselho Regional de Enfermagem. **SAE - Sistematização da assistência de enfermagem: Guia prático**. Salvador: COREN - BA, 2016. 40 p.

BERNARDES, C. A.; SANTOS, A. F.; PADOVANI, C. T. J.; SANTOS, L. F.; HANS-FILHO, G. Incapacidade física em hansenianos de Campo Grande – Mato Grosso do Sul. **Hansen Int**. Campo Grande, v. 34, n. 1, p. 17-25, 2009.

BITTAR, D. B.; PEREIRA, L. V.; LEMOS, R. C. A. Sistematização da Assistência de Enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 617-28, out.-dez., 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001 do Conselho Nacional de Educação. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13193:resolucao-cnes-2001&catid=323:orgaos-vinculados

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle da hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família**. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Programa Nacional de Controle da Hanseníase. Guia para o Controle da Hanseníase. **Cadernos de Atenção Básica n. 10**. Brasília: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. Subsecretaria da Vigilância à Saúde. **Hanseníase: Protocolo de atendimento**. Brasília: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes**. 2. ed., rev., e ampl. Brasília: MS, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de reabilitação e cirurgia em hanseníase**. 2. ed., rev., e ampl. Brasília: MS, 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de prevenção de incapacidade**. 3. ed., rev., e ampl. Brasília: MS, 2008d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS**. 1ª ed. Brasília: MS, 2008e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância à Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2ª ed. rev. Brasília: MS, 2008f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hanseníase no Brasil: Dados e indicadores selecionados**. Brasília: MS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Baciloscopia em Hanseníase**. Brasília: MS, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed., rev., e ampl. Brasília: MS, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Programa Nacional de Controle da Hanseníase. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: MS, 8 de outubro de 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012a.

BRASIL. Secretaria de Saúde de São José do Rio Preto. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. **Protocolos de Enfermagem**. 3ª ed. São José do Rio Preto: SEMSA, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015**. Brasília: MS, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional**. Brasília: MS, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Geral de Programa Nacional de Controle da Hanseníase. **Hanseníase: Boletim Epidemiológico**. Brasília: MS, v. 49, n. 4, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Geral de Programa Nacional de Controle da Hanseníase. **Hanseníase**. Brasília: MS, 2018b.

BRITO, M. F. M.; GALLO, M. E. N.; XIMENES, R. A. A. O retratamento por recidiva em hanseníase. **An Bras Dermatol**. Recife, v. 80, n. 3, p. 255-260, 2005.

BUNA, A. T. M.; ROCHA, F. C. G.; ALVES, E. M.; GRANJA, F. B. C.; SOUSA, D. J.; SILVA, M. G. P. Incapacidades físicas nos pacientes com hanseníase cadastrados em uma unidade de saúde de São Luís – MA. **Revista Interdisciplinar [online]**. São Luiz, v. 8, n. 1, p. 115-22, jan. fev. mar., 2015.

CAMPOS, N. C. M.; RODRIGUES, K. L.; SILVEIRA, G. L.; BRITO, R. N.; ARAÚJO, Y. M.; ANTÃO, J. Y. F. L. **A assistência de enfermagem a uma paciente com hanseníase**. VI Semana de Iniciação Científica da Faculdade de Juazeiro do Norte. Juazeiro do Norte, 2014.

CARVALHO, L. M. A.; LEAL, G. S.; CAVALCANTE, J. P.; CRUZ, M. L.; SILVA, P. R. F.; OLIVEIRA, E. G. Cuidados de enfermagem aos pacientes com hanseníase: orientações e incentivo ao tratamento. **COPISP. Sanare. Terezina**, v. 14, n. 1 (supl.), 2015.

CARVALHO, F. P. B.; MIRANDA, F. A. N.; SIMPSON, C. A.; QUEIROZ, T. A.; ISOLDI, D. M. R. O contexto da atenção do enfermeiro às pessoas com hanseníase na estratégia saúde da família. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental [online]**. Rio de Janeiro, vol. 7, p. 189-199, dez., 2015.

CASTILHO, N. C.; RIBEIRO, P. C.; CHIRELLI, M. Q. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.18, n.3, p.280-9, abr.-jun., 2009.

CAVALIERE, I. História da Hanseníase. In vivo. **FIOCRUZ**. Rio de Janeiro, 2011.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ/ ABRASCO, p. 113- 26, 2001.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 5ª ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

COELHO, I. B. A. M. Praxis de enfermagem em pacientes com hanseníase. **Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa**. Faculdade Promove de Brasília. ICESP. Brasília, 2014.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 272/2002**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro, 2002.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Cofen nº 358/2009**, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências Conselho

Federal de enfermagem, **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, 16 de outubro de 2009.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 429/2012, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico. Publicada no **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, nº 110, de 8 de junho de 2012, pág. 288, Seção 1, 16 de outubro de 2012.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Cofen nº 593/2018, de 05 de novembro de 2018. Normatiza, no âmbito dos Conselhos Regionais de Enfermagem, a criação e funcionamento das Comissões de Ética de Enfermagem nas Instituições de Saúde com Serviço de Enfermagem. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, 6 de novembro de 2018.

CORRÊA, C. M. J.; IVO, M. L.; HONER, M. R. Incapacidades em sujeitos com hanseníase em um Centro de Referência do Centro-Oeste brasileiro entre 2000-2002. **Hansen int.** Campo Grande, v. 31, n. 2, p. 21-8, 2006.

COSTA, S. A. **Atuação do enfermeiro no controle de hanseníase na atenção primária à saúde. Uma visão sobre as publicações entre 1988 e 2009.** Minas Gerais: UFMG, 2010.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.514-524, abr.-jun., 2015.

CRISTOFOLINI, L. Prevenção de incapacidades na hanseníase. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 35, n. 4, p. 226-237, 1982.

CUNHA, A. Z. S. Hanseníase: Aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Ciência & Saúde Coletiva**. Santa Cruz do Sul, v. 7, n. 2, p. 235-242, 2002

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. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 61, n. esp., p. 767-73, 2008.

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 100-7, jan.-mar., 2009.

DUARTE, M. S. Assistência de enfermagem ao paciente com hanseníase. **Anais**. Recife, 2017.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of life: assessment, analysis and interpretation**. Chichester: John Wiley, 2000.

FENLEY, J. C.; SANTIAGO, L. N.; NARDI, S. M. T.; ZANETTA, D. M. T. Limitação de atividades e participação social em pacientes com diabetes. **Acta Fisiatr**. v. 16, n. 1, p. 14-8, 2009.

FERREIRA, C. T. M. **Adoção da Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidades de Referência em hanseníase no município de São Paulo: limites e possibilidades** [Dissertação]. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. São Paulo, 2012.

FIOCRUZ. A história da hanseníase no Brasil. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em <<http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1182&sid=7>> Acessado em: 30/11/2018 as 15:00.

FRACOLLI, L. A.; BERTAZOLLI, M. R. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. In: FRACOLLI LA, BERTAZOLLI MR. **Manual de Enfermagem**. Brasília: MS, p. 4-8, 2001.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v. 38, n. 2, p. 143-51, 2004.

FRANÇA, U. M. Identificação de diagnósticos de enfermagem da CIPE - Versão Beta em pacientes com hanseníase. **Revista da ADUFPB-JP**. p. 49-53, 2000.

FREITAS, C. A. S. L.; SILVA-NETO, A. V.; XIMENES-NETO, F. R. G.; ALBUQUERQUE, I. M. A. N.; CUNHA, I. C. K. O. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase no Território da Estratégia da Saúde da Família: percepções de enfermeiro e pacientes. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 61, n. esp, p. 757-63, 2008.

FREITAS, R. J. M.; MOURA, N. A.; FEITOSA, R. M. M., GUEDES, M. V. C.; FREITAS, M. C.; SILVA, L. F.; MONTEIRO, A. R. M. Processo de enfermagem fundamentado no modelo de Joyce Travelbee. **Rev enferm UFPE [online]**. Recife, v. 12, n. 12, p. 3287-94, dez., 2018.

GARCIA, T. R. Sistematização da assistência de enfermagem: aspecto substantivo da prática profissional. **Esc Anna Nery**. João Pessoa, v. 20, n. 1, p. 5-10, jan.-mar., 2016.

GOMES, A. M.; ALEXANDRE, M. K. M.; MELO, M. E. S. Atuação da enfermagem na assistência de saúde às pessoas portadoras de hanseníase: uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Biodiversidade e Biotecnologia**. Teresina, 2015.

GOMES, L. A.; BRITO, D. S. Desafios na implantação da sistematização da assistência de enfermagem: uma revisão de literatura. **Revista Interdisciplinar**. Teresina, v. 5, n. 3, p.64-70, jul. ago. set., 2012.

GOMES, C. C. D.; PONTES, M. A. A.; GONÇALVES, H. S.; PENNA, G. O. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. **An Bras Dermatol**. Fortaleza, v. 80, n. 3 (supl.), p. 283-8, 2005.

GOULART, I. M. B.; PENNA, G. O.; CUNHA, G. Imunopatologia da hanseníase: a complexidade dos mecanismos da resposta imune do hospedeiro do *Mycobacterium leprae*. **Rev Soc Bras Med Trop**. V. 35, n. 4, p. 365-75, jul.- aug., 2002.

GONÇALVES, S. D.; SAMPAIO, R. D.; ANTUNES, C. M. F. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com hanseníase. **Rev Saúde Pública**. Belo Horizonte, v. 43, n. 2, p. 267-74, 2009.

HELENA, L. M. F.; ROCHA, M. T. Identificação de alguns problemas psicossociais em portadores de Hanseníase utilizando para a análise os recursos da informática. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v.32, n.3, p. 199-207, out. 1998.

HERDMAN, T. H.; KAMITSURU, S (Org.). **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017** [recurso eletrônico]. tradução: Regina Machado Garcez ; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros. Porto Alegre: Artmed, 2015.

HERMIDA, P. M. V.; ARAÚJO, I. E. M. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. **Rev Bras Enferm**. Campinas, v. 59, n. 5, p. 675-9, set.-out., 2006.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. 7ª ed. São Paulo: EDU, 1979.

JULIANI, C. M. C. M.; CIAMPONE, M. H. T. Organização do sistema de referência e contrarreferência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**. São Paulo, v. 33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999

KELLY-SANTOS, A.; MONTEIRO, S.; ROZEMBERG, B. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais de saúde pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 857-67, 2009.

KRAPP, J. **Hanseníase ainda é uma doença invisível**. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2017.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed., 4. reimpr. São Paulo: Atlas, 2010.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projetos e relatório, publicação e trabalhos científicos**. 7ª. ed., 10 reimpr. São Paulo: Atlas, 2015.

LANA, F. C. F.; CARVALHO, A. P. M.; DAVI, R. F. L. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 62-67, jan.-mar., 2011.

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 20, p. 238, 2011.

LASTÓRIA, J. C.; ABREU, M. A. M. M. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. Repositório Institucional UNESP. Faculdade de Medicina. **Diagnóstico & Tratamento**. Bocatú, v. 17, n. 4, p. 173-179, 2012.

LEANDRO, T. A.; NOGUEIRA, P. S. F.; CAMPOS, F. C.; OLIVEIRA, L. L.; LOPES, M. V. O. Sistematização da assistência de enfermagem para paciente com hanseníase multibacilar. **Rev enferm UFPE [online]**. Recife, v. 7, n. esp., p. 4098-102, maio, 2013.

LI, J.; UM, H.; KE, W.; BAO, X.; WANG, Y.; SHEN, L. M. Government health workers as implementers of prevention of disability measures: an assessment of a prevention of disability project in selected counties of Guizhou Province, Peoples' Republic of China. **Lepr Rev**. Guizhou Province, v. 79, n. 3, p. 295-8, 2008.

LIMA, Z. S.; SOUSA, I. C. A.; PAULINO, T. A. S. C.; PEREIRA, F. C. C. A prevenção e o controle da hanseníase: Um desafio para o enfermeiro da atenção básica. *Carpe Diem: Revista Cultura e Científica do UNIFACEX*. Natal, v. 11, 2013.

LIMA, D. A. Q.; CASSEMIR, A. V. S.; MENDES, R. S.; BRANCO, C. S. N.; PAMPLONA, Y. A. P. Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase: Revisão Integrativa. *Revista Enfermagem Contemporânea*. Santos, v. 4, n. 2, p. 199-208, jul.-dez., 2015.

LIMA, G. M.; MIRANDA, M. G. R.; FERREIRA, T. C. R. 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. *Hansen Int.* Belém, v. 34, n. 1, p. 9-16, 2009.

LUIZ, F. F.; MELLO, S. M. M.; NEVES, E. T.; RIBEIRO, A. C.; TRONCO, C. S. A sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe de um hospital de ensino. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. Goiânia, v. 12, n. 4, p. 655-9, out.-dez., 2010.

MARTINS, B. D. L.; TORRES, F. N.; OLIVEIRA, M. L. W. D. R. Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do Dermatology Life Quality Index com diversas variáveis relacionadas à doença. *An Bras Dermatol.* v. 83, n. 1, p. 39-43, 2008.

MENDES, S. I. L. A. Consulta de enfermagem no ambulatório de hanseníase. *Saúde e Bem Estar Medicina*, 2009.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

MONTEIRO, L. D.; ALENCAR, C. H. M.; BARBOSA, J. C.; BRAGA, K. P.; CASTRO, M. D.; HEUKELBACH, J. Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 909-920, maio, 2013.

NARDI, S. M. T.; PASCHOAL, V. D. A.; ZANETTA, D. M. T. Frequência de avaliações e seu impacto na prevenção das incapacidades físicas durante o tratamento dos pacientes com hanseníase. *Hansenol Int. [online]*. Bauru, v. 30, n. 2, p. 157-66, 2005.

NASCIMENTO, G. R. C.; BARRETO, A. J. R.; BRANDÃO, G. C. G.; TAVARES, C. M. Ações do enfermeiro no controle da hanseníase. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Maceió, v. 13, n. 4, p. 743-50, 2011.

OLIVEIRA, M. L. W. **Hanseníase: cuidados para evitar complicações**. Reedição. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1998.

OLIVEIRA, L. R.; NASCIMENTO, A. R.; NASCIMENTO, M. M. P.; PEREIRA, A. P.; LEMOS, I. C. S.; KERNTOPF, M. R. Limitação de atividades e participação social entre usuários de um grupo de autocuidado em hanseníase. **Rev Interd. Teresina**, v. 9, n. 1, p. 171-181, jan. fev. mar., 2016.

ONUBR. Organização das Nações Unidas no Brasil. **Hanseníase**. São Paulo, 2018.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde; OMS, Organização Mundial da Saúde. **A hanseníase e os poliquimioterápicos**. Brasília, 2016.

OPROMOLLA, D. V. A. História. In: **Noções de hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000. p. 1-5.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Cadernos de Monitoramento- Programa Sanar: volume 5: Hanseníase**. 1. ed. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2014.

PINHEIRO, M. G. C.; SILVA, S. Y. B.; SILVA, F. S.; ATAIDE, C. A. V.; LIMA, I. B.; SIMPSON, C. A. Conhecimento sobre prevenção de incapacidades em um grupo de autocuidado em hanseníase. **REME - Rev Min Enferm [online]**. Minas Gerais, v. 18, n. 4, p. 895-900, out.-dez., 2014.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem**. Editores de seções May Hall. Patrícia A. Stockert; [tradução de Mayza Ritomy Ide... *et al.*] Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 1424 p.

PRESTES, M. L. M. **A Pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia**. 4. ed. São Paulo: Rêspel, 2012.

QUEIROZ, M. S.; PUNTEL, M. A. **A endemia hansênica: uma perspectiva multidisciplinar**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 120p.

REGIS, J. C.; SILVA, R. S.; COSTA, C. C. P.; JORGE, K. M.; VIEIRA, M. L. C. A atuação do enfermeiro na consulta de enfermagem ao paciente com hanseníase: um estudo de revisão. **Centro Universitário Celso Lisboa**. Rio de Janeiro, 2017.

REMIZOSKI, J.; ROCHA, M. M.; VALL, J. Dificuldade na implantação da assistência de enfermagem- SAE: uma revisão teórica. **Cadernos da Escola de Saúde**. Curitiba, v. 3, n.114, 2010.

RODINI, F. C. B.; GONÇALVES, M.; BARROS, A. R. S. B.; MAZZER, N.; ELUI, V. M. C.; FONSECA, M. C. R. Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidado para pacientes. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 17, n. 2, p.157-66, abr.- jun., 2010.

RODRIGUEZ, B. Hanseníase: Brasil é o único país que não conseguiu eliminar sua propagação. FIOCRUZ. **Revista Radis**. Rio de Janeiro, n. 150, mar., 2015.

RODRIGUES, A. L. P.; ALMEIDA, A. P.; RODRIGUES, B. F.; PINHEIRO, C. A.; BORGES, D. S.; MENDONÇA, M. L. H.; SILVA, V. E. F.; GOULART, I. M. R. Ocorrência de reações em pacientes pós-alta por cura de hanseníase: subsídios para implementação de um programa de atenção específica. **Hansen Int**. Uberlândia, v. 25, n. 1, p. 7-16, 2000.

RODRIGUES, F. F.; CALOU, C. G. P.; LEANDRO, T. A.; ANTEZANA, F. J.; PINHEIRO, A. K. B.; SILVA, V. M.; ALVES, M. D. S. Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre hanseníase: ações de controle e eliminação, 2015. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Fortaleza, v. 68, n. 2, p. 297-304, 2015.

SALOMON, D. V. **Como fazer monografia: preparação do original Mitsue Morisawa**. 13ª ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2014.

SANTANA, E. M. F.; BRITO, K. K. G.; NOGUEIRA, J. A.; LEABEDAL, O. D. C. P.; COSTA, M. M. L.; SILVA, M. A. Deficiências e incapacidades na hanseníase: do diagnóstico à alta por cura. **Rev Eletr Enf [online]**. João Pessoa, v. 20, n. 15, p. 1-11, 2018.

SANTOS, M. A. P.; DIAS, P. L. M.; GONZAGA, M. F. N. "Processo de Enfermagem" Sistematização da Assistência De Enfermagem – SAE. **Revista Saúde em Foco [online]**. São Paulo, 9ª ed., p. 679-683, 2017

SANTOS, S. M. R.; JESUS, M. C. P.; AMARAL, A. M. M.; COSTA, D. M. N.; ARCANJO, R. A. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde. **Texto Contexto Enferm**. Juiz de Fora, v. 17, n. 1, jan.-mar., p. 124-30, 2008.

SANTOS, A. F. A.; INACIO, T. M. C. **Guia prático de enfermagem: processo, técnicas, SAE, NANDA**. São Paulo: PAE, 2010.

SANTOS, I. I.; OLIVEIRA, K. K. D. **Assistência prestada pela equipe de enfermagem frente a hanseníase neural pura.** II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde. Potiguar, 2016.

SANTOS, P. N.; ZERBINATO, P. H. M.; SILVA, A. M.; RODRIGUES, D. P.; OLIVEIRA, L. S.; CORTEZ, E. A.; BRAGA, A. L. S. Detecção da hanseníase e a humanização do cuidado: ações do enfermeiro do programa de saúde da família. **Enfermeria Global.** Rio de Janeiro, n. 25, p. 116-128, 2012.

SCOLLARD, D. M.; ADAMS, L. B.; GILLIS, T. P.; KRAHENBUHL, J. L.; 1. Truman, Williams DL. The continuing challenges of leprosy. **Clin Microbial Rev.** V. 49, n. 2, p. 338-81, apr., 2006.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde na atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde do adulto: programas de ações na unidade básica.** 2ª ed. São Paulo: Hucitec, p. 29-47, 2000.

SILVA, F. R. F.; COSTA, A. L. R. C.; ARAÚJO, L. F. S.; BELLATO, R. Prática de enfermagem na condição crônica decorrente de hanseníase. **Texto Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 290-7, abr.-jun., 2009.

SILVA, E. G. C.; OLIVEIRA, V. C.; NEVES, G. B. C.; GUIMARÃES, T. M. R. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1380-6, 2011.

SILVA-JÚNIOR, F. J. G.; FERREIRA, R. D.; ARAÚJO, O. D.; CAMELO, S. M. A.; NERY, I. S. Assistência de enfermagem ao portador de hanseníase: abordagem transcultural. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 61, n. esp., p. 713-7, 2008.

SILVA-SOBRINHO, R. A.; MATHIAS, T. A. F.; GOMES, E. A.; LINCOLN, P. B. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem.** Cidade, v. 15, n. 6, p. 1125-30, 2007.

SILVA, A. H. O papel do enfermeiro na promoção de saúde e prevenção de hanseníase [TCC]. Universidade Federal de Minas Gerais. Teófilo Otoni, 2014.

SILVA, M. C. D.; PAZ, E. P. A. Experiências de cuidado dos enfermeiros às pessoas com hanseníase: contribuições da hermenêutica. **Acta Paul Enferm.** Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 435-41, 2017.

SOUSA, N. P.; SILVA, M. I. B.; LOBO, C. G.; BARBOZA, M. C. C.; ABDON, A. P. V. Análise da qualidade de vida em pacientes com incapacidades funcionais decorrentes de hanseníase. **Hansen Int.** Fortaleza, v. 36, n. 1, p. 11-16, 2011.

SOUZA, M. M; NÓBREGA, M. M. L; DA SILVA, M. I. T. Ação educativa do enfermeiro direcionada para familiares de pacientes com hanseníase: enfoque em saúde mental. **Revista Rene Fortaleza**, v. 3, n. 1, p. 90-96, 2002.

TAMARINDO-NETA, C. G.; OLIVEIRA, V. T. M.; MELO, R. R.; BARBOSA, A. C. U.; RAFFAELE, A. M.; NICOLAU, S. Assistência da Enfermagem ao paciente com hanseníase na Atenção Primária à Saúde. **RevSaúde**. Recife, v. 10, n. 1 (esp.), 2016.

TEODORO, M. C. **SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem: Divergências entre academia e prática profissional, influenciando na qualidade assistencial** [TCC]. Fundação Educacional do município de Assis. Assis: FEMA, 2015.

VIEIRA, V. B.; PATINE, F. S.; PASCHOAL, V. D. A.; BRANDÃO, V. Z. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de hanseníase: estudo de caso. **Arq Cienc Saúde**. v. 11, n. 2, abr.-jun., p. 2-10, 2004.

VIRMOND, M; VIETH, H. Prevenção de incapacidades na hanseníase: uma análise crítica. **Rev Medicina [online]**. Ribeirão Preto, v. 30, n. 3, p. 358-363, 1997.

XIMENES-NETO, F. R. G.; LIBERATO, B. T. G.; MARTINS, F. R. ; MARTINS, A. F. ; SILVA, M. G. C. Trabalho do Enfermeiro no Cuidado aos Portadores de Hanseníase: um olhar para o território da Estratégia de Saúde da Família. In: XXVII Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem. **Anais eletrônicos**. Natal, 2013.

WHO, World Health Organization. **Leprosy scenario in Brazil and in the World**. Genebra, 2010.

ANEXO A

Ficha de coleta de dados para elaboração do histórico de enfermagem em pacientes portadores de hanseníase (Modelo para SAE)

Ficha de coleta de dados

DATA DO PREENCHIMENTO:

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
 Sexo: _____ Idade: _____ Estado civil: _____
 Procedência: _____ Estado: _____
 Naturalidade: _____ Nº do prontuário: _____
 Escolaridade: _____ Religião: _____
 Ocupação: _____
 Comunicantes: _____

2. DEMANDAS TERAPÊUTICAS PARA O AUTOCUIDADO REQUISITOS

UNIVERSAIS

Antecedentes pessoais:

Apresenta alguma doença? () sim () não Qual(is)? _____
 Possui alergia? () sim () não A que? _____
 Você fuma? () sim () não _____
 Quantos cigarros/dia? _____ Há quanto tempo? _____
 Ingere bebida alcoólica? () sim () não Frequência? _____
 Outros: _____

Atividade Física:

Realiza Atividade Física? () sim () não _____
 Caso não realize, qual o motivo? _____
 Outras alterações: _____

Antecedentes Familiares:

Apresenta alguma doença na família?
 (HA, Diabetes, Câncer, outros) () sim () não _____
 Qual(is)? _____

Família:

Qual é a sua posição? _____

Sono/Repouso:

Acorda durante a noite? () sim () não _____
 Demora para dormir? () sim () não _____
 Outras alterações: _____

Alimentação:

Quantas refeições você faz por dia? _____
 Quais são os alimentos presentes na sua alimentação? _____

Apresenta alterações no apetite? () sim () não _____
 Quais? _____

Houve emagrecimento desde início dos primeiros sintomas? () sim () não _____
 Outras alterações: _____

Ingestão hídrica:

Quanto de líquido você ingere por dia? _____
 Outras alterações: _____

Digestão:

Apresenta náuseas? () sim () não _____
 Vômitos? () sim () não _____
 Dor abdominal? () sim () não _____
 Outras alterações: _____

Respiração:

Dificuldade? () sim () não _____
 Sintomas? _____
 Outras alterações: _____

Eliminação urinária:

Frequência: _____ coloração: _____
 odor: _____ quantidade: _____

Dor? () sim () não _____

Dificuldade? () sim () não _____

Outras alterações: _____

Eliminação do Trato Gastro Intestinal:

Frequência: _____ coloração: _____
 odor: _____ quantidade: _____

Dor? () sim () não _____

Dificuldade? () sim () não _____

Constipação? () sim () não _____

Diarréia? () sim () não _____

Outras alterações: _____

Padrão Sexual:

Alterações após aparecimento da doença? () sim () não _____
 Se sim, como lida com isso? _____

Utiliza métodos contraceptivos? () sim () não _____

Se sim, qual? _____

Outras alterações: _____

Sistema Circulatório: Você possui

Dor precordial? () Palpitações? ()

Dor nos membros? () Formigamento nos membros? ()

Outras alterações: _____

Sistema Neurológico: Você apresenta:

Cefaléia? () Tontura? () Síncope? ()

Outras alterações: _____

Autoconcelto:

O que você acha de si mesmo? _____

Estado emocional:

() triste () choroso () preocupado () aflito

() ansioso () alegre () comunicativo () quieto

() nervoso () sem contato visual () outros _____

Sinais Vitais:

Temperatura: _____ Pressão arterial: _____ FR: _____

FC: _____ Pulso: _____ Altura: _____

Peso: _____ IMC: _____

ESPECIFIQUE SE HOUVER ALTERAÇÕES:

Boca: _____

Pescoço: _____

Tórax: _____

Abdome: _____

Genitália: _____

REQUISITOS DE DESENVOLVIMENTO

Eventos importantes:

- Infância: _____

- Adolescência: _____

- Fase atual: _____

REQUISITOS DE DESVIO DE SAÚDE

Forma Clínica: I () T () D () V ()

Situação Atual de tratamento: _____

Data da notificação: _____

Data do início do tratamento: _____

Possui adesão ao tratamento? () sim () não _____

Caso não, qual o motivo? _____

O que você sabe sobre sua doença? _____
 Quais foram os primeiros sintomas e quando foram detectados? _____

Já foi internado? () sim () não
 Data e motivo das internações anteriores: _____

Tipo de marcha:

Pele: _____
 Houve alteração na pigmentação? () sim () não

Caracterize: _____

Manchas: () sim () não

Local: _____

Características das manchas (bordas, delimitação, plana, irregular, outras): _____

Turgor: () sim () não

Especifique: _____

Lesões: () sim () não

Especifique: _____

Edema: () sim () não

Especifique: _____

Fissuras: () sim () não

Especifique: _____

Nódulos: () sim () não

Especifique: _____

ENH: () sim () não

Especifique: _____

Outras alterações: _____

Oitos e Anexos:

Acuidade visual? () boa () regular () ruim

Especifique: _____

Prurido? () sim () não

Especifique: _____

Lagofalmo? () sim () não

Especifique: _____

Tríquias? () sim () não

Especifique: _____

Ectrópio? () sim () não

Especifique: _____

Entropio? () sim () não

Especifique: _____

Madarose? () sim () não

Especifique: _____

Opacidade corneana? () sim () não

Especifique: _____

Coloração da esclera? _____

Sensibilidade corneana? () sim () não

Especifique: _____

Paresia do músculo orbicular? () sim () não

Especifique: _____

Coloração da conjuntiva? _____

Outras alterações? _____

Nariz:

Desabamento nasal? () sim () não

Perfuração do septo nasal? () sim () não

Obstrução nasal? () sim () não

Especifique: _____

Crosta? () sim () não

Especifique: _____

Outras alterações: _____

Membros Superiores:

Alteração na movimentação? () sim () não

Especifique: _____

Neurite? () sim () não

Especifique: _____

Mão reacional? () sim () não

Especifique: _____

Anestésias? () sim () não

Especifique: _____

Garra ulnar? () sim () não

Especifique: _____

Garra ulnar/mediano? () sim () não

Especifique: _____

Mão caída? () sim () não

Especifique: _____

Reabsorção? () sim () não

Especifique: _____

Lesões? () sim () não

Especifique: _____

Outras alterações: _____

Membros Inferiores:

Alteração na movimentação? () sim () não

Especifique: _____

Neurite? () sim () não

Especifique: _____

Pé reacional? () sim () não

Especifique: _____

Anestésias? () sim () não

Especifique: _____

Artelhos em garra? () sim () não

Especifique: _____

Pé caído? () sim () não

Especifique: _____

Reabsorção? () sim () não

Especifique: _____

Contraturas? () sim () não

Especifique: _____

Lesões? () sim () não

Especifique: _____

Outras alterações: _____

**PROBLEMAS DE ENFERMAGEM:
 CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS:**

ANEXO B

Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada (ANS)

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Programa Nacional de Controle da Hanseníase

ANEXO IV

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

Nome _____ Data Nasc. ____/____/____
 Ocupação: _____ Sexo: M ☐ F ☐
 Município: _____ Unidade Federada: _____
 Classificação Operacional: PB ☐ MB ☐ Data Início PQT: ____/____/____ Data Alta PQT: ____/____/____

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 (mm)						
Fecha olhos c/ força (mm)						
Triquiasse(S/N) / Ectrópio(S/N)						
Dimin. sensib. córnea (S/N)						
Opacidade córnea (S/N)						
Catarata (S/N)						
Acuidade Visual						

Legenda: N = não S = Sim

Membros Superiores	1ª		2ª		3ª	
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Ulnar						
Mediano						
Radial						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª		2ª		3ª	
	D	E	D	E	D	E
Abrir dedo mínimo 						
Abdução do 5º dedo (nervo ulnar) 						
Elevar o polegar 						
Abdução do polegar (nervo mediano) 						
Elevar o punho 						
Extensão de punho (nervo radial) 						

Legenda: F=Força D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Força, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª		2ª		3ª	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda: Caneta/filamento lilás(2g): Sente ✓ Não sente X ou Mono filamentos: seguir cores

Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção:  Ferida: 

MEMBROS INFERIORES	1ª	2ª	3ª
Queixa principal			
Palpação de nervos	D	E	D
Fibular			
Tibial posterior			

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª	2ª	3ª
	D	E	D
Elevar o hálux Extensão de hálux (nervo fibular)			
Elevar o pé Dorsiflexão de pé (nervo fibular)			

Legenda: F= Forte D=Diminuída P=Paralisado ou 5= Forte, 4= Resistência Parcial, 3= Movimento completo, 2= Movimento Parcial, 1= Contração, 0= Paralisado

Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª	2ª	3ª
D	E	D
		

Legenda: Caneta/filamento lilás(2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores
Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção: Ferida:

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)

DATA DA AVALIAÇÃO	OLHOS		MÃOS		PÉS		MAIOR GRAU	ASSINATURA
	D	E	D	E	D	E		
Avaliação no diagnóstico / /								
Avaliação na alta / /								

ANEXO C

Formulário de avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico e na alta de PQT

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
COORDENAÇÃO-GERAL DE HANSENÍASE E DOENÇAS EM ELIMINAÇÃO

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA
NO DIAGNÓSTICO E NA ALTA DE PQT

Nome do paciente: _____

Data de _____

Nascimento: ____/____/____ SINAN: _____

Ocupação: _____

Município: _____ UF: _____

Data diagnóstico ____/____/____ Classificação Operacional () PB () MB

Data Cura ____/____/____

Grau	Olhos			Mãos			Pés		
		D	E		D	E		D	E
0	Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas E Conta dedos a 6 metros ou acuidade visual $\geq$ 0,1 ou 6/60			Força muscular das mãos preservadas E Sensibilidade palmar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica			Força muscular dos pés preservada E Sensibilidade plantar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica		
1	Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis E/OU Diminuição ou perda da sensibilidade da córnea: resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ausência do piscar			Diminuição da força muscular das mãos sem deficiências visíveis E/OU Alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica			Diminuição da força muscular dos pés sem deficiências visíveis E/OU Alteração da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica		

2	Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase, como: lagoftalmo; ectrópio; entrópio; triquiase; opacidade corneana central; iridociclite. E/OU Não conta dedos a 6 metros ou acuidade visual < 0,1 ou 6/60, excluídas outras causas.			Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratura, feridas.			Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contratura, feridas.				
MAIOR GRAU OLHOS		(a)	(b)	MAIOR GRAU MÃOS		(c)	(d)	MAIOR GRAU PÉS		(e)	(f)
Grau de Incapacidades NO DIAGNÓSTICO Data da avaliação: ____/____/____ GI: () 0 () 1 () 2 () Não avaliado Soma OMP (a+b+c+d+e+f)= ____ (valor de 0-12)											
Grau de Incapacidades NA ALTA PQT Data da avaliação: ____/____/____ GI: () 0 () 1 () 2 () Não avaliado Soma OMP (a+b+c+d+e+f)= ____ (valor de 0-12)											
Assinatura e carimbo avaliador: 											

ANEXO D

Ficha de Notificação/ Investigação de Hanseníase

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO **HANSENÍASE**

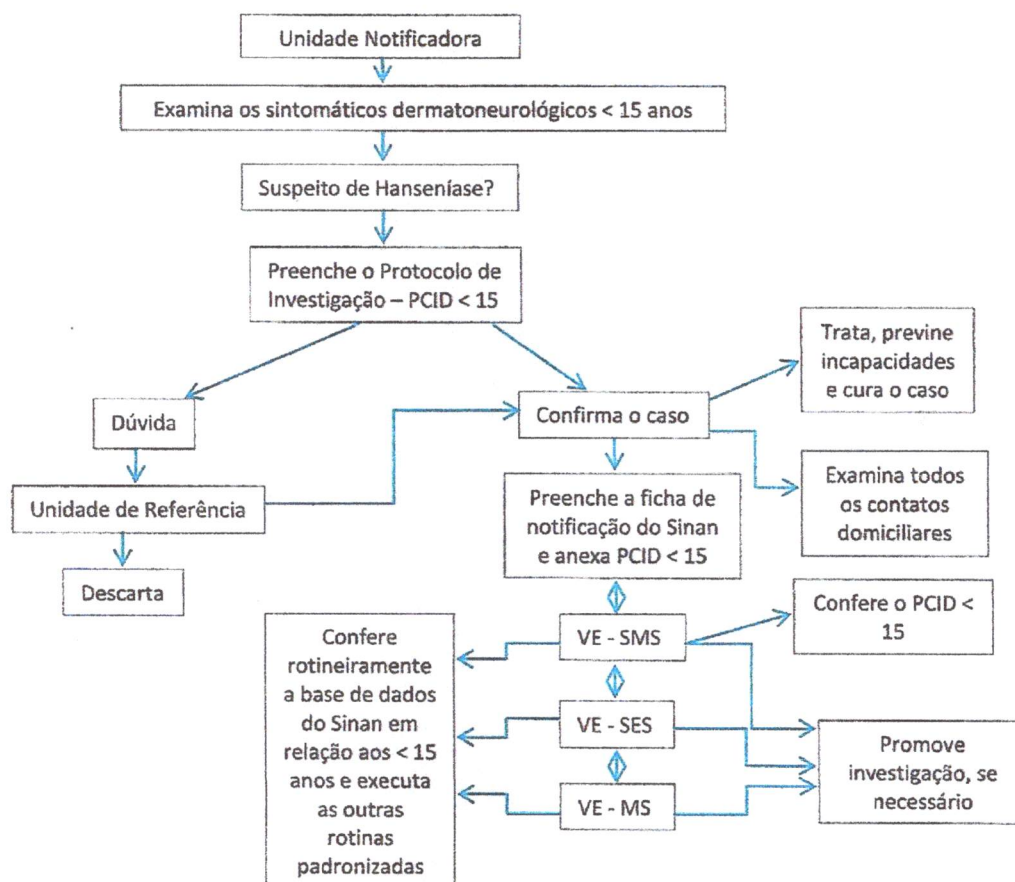
Nº

Caso confirmado de Hanseníase: pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia:
- lesão (ões) de pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	HANSENÍASE		A 30.9		
	4	5	UF	Município de Notificação	Código (IBGE)
Dados de Residência	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico
	8	Nome do Paciente		9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor	
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Não se aplica 5- Não 6- Não se aplica 7- Ignorado	1- Branca 2- Preta 3- Amarela 4- Parda 5- Indígena 9- Ignorado
Notificação Individual	14	Escolaridade			
	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe	
	17	18	19	20	
	UF		Município de Residência	Código (IBGE)	Distrito
Dados de Residência	21	Bairro		22	23
	Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
	24	Número		25	
	Complemento (apto., casa, ...)		Geo campo 1		
Dados Complementares do Caso	26	Geo campo 2		27	28
	Ponto de Referência		CEP		
	29	Zona		30	
	1 - Urbana 2 - Rural 3 - Perturbada 9 - Ignorado		País (se residente fora do Brasil)		
Dados Clínicos	31	Nº do Prontuário		32 Ocupação	
	33	Nº de Lesões Cutâneas		34	35
	Forma Clínica		Classificação Operacional		36
	1 - I 2 - T 3 - D 4 - V 5 - Não classificado		1 - PB 2 - MB		Nº de Nervos afetados
Atendimento	37	Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico			
	0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado				
	38	Modo de Entrada			
	1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município (mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 - Outros Reingressos 9 - Ignorado				
Dados Lab.	39	Modo de Detecção do Caso Novo			
	1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame da Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado				
	40	Baciloscopia			
	1. Positiva 2. Negativa 3. Não realizada 9. Ignorado				
Tratamento	41	Data do Início do Tratamento		42	
	Esquema Terapêutico Inicial				
	1 - PQT/PB/ 6 doses 2 - PQT/MB/ 12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos				
	43	Número de Contatos Registrados			
Mei. Cont.	Observações adicionais:				
	Investigador	Município/Unidade de Saúde		Código da Unit. de Saúde	
	Nome		Função		Assinatura

ANEXO E

Vigilância Epidemiológica de casos de hanseníase em menores de 15 anos



1 – As Unidades de Saúde dos municípios, diante de um caso suspeito, preenchem o “Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos – PCID – <15 e, se confirmado o caso, remetem esse protocolo à Secretaria Municipal de Saúde com a da ficha de notificação do Sinan, anexando cópia no prontuário do paciente.

2 – As Secretarias Municipais de Saúde (SMS), mediante a análise do PCID <15, encaminhados pelas Unidades de Saúde, avaliam a necessidade de promover a investigação/validação do caso ou de referenciá-lo para serviços com profissionais mais experientes, ou referência regional/estadual, para confirmação do diagnóstico.

3 – As Secretarias Estaduais de Saúde (SES), por intermédio das Coordenações Estaduais do Programa de Hanseníase, ao identificarem o caso no sistema de informação, confirmam com as SMS ou Regionais de Saúde correspondentes, o preenchimento do PCID <15, ou solicitam cópia dele, quando necessário, para avaliarem a necessidade de confirmação diagnóstica.

4 – O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação (CGHDE/SVS), ao identificar o caso no sistema de informação, confirma com as SES o preenchimento do protocolo, ou solicita cópia dele, quando necessário, para avaliar a necessidade de validação do caso.

ANEXO F

Protocolo Complementar de investigação diagnóstica de Casos de Hanseníase em menores de 15 anos


 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 ESTADO DE SÃO PAULO
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
 

Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos - PCID < 15

1 - Unidade de Saúde: _____
 2 - Município: _____ 3 - UF: _____
 4 - Nome do Paciente: _____ 5 - Nº Prontuário: _____
 6 - Nome da Mãe: _____
 7 - Data de Nascimento: ____/____/____ 8 - Idade: _____ anos
 9 - Município de Residência: _____ 10 - UF: _____
 11 - Há quanto tempo reside nesse município? _____
 12 - Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas?
☐ Menos de 6 meses ☐ De 6 meses há 1 ano ☐ Mais de 1 ano
 13 - Já fez algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual? ☐ Não ☐ Sim
 Qual o problema/doença havia sido identificado? _____
 14 - Existem outras pessoas com problemas de pele na família? ☐ Não ☐ Sim Quantas? _____
 15 - Existe ou existiu doente de hanseníase na família? ☐ Não ☐ Sim Quantas? _____

OBS.: Todos os contatos de menores de 15 anos devem ser examinados

EXAME DO DOENTE

16 - Número de lesões de pele: _____
 17 - Tipos/características de lesões:
 Área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s) ☐ c/ alter. sensibilidade ☐ s/ alter. sensibilidade
 Mancha(s) com alteração da coloração da pele ☐ c/ alter. sensibilidade ☐ s/ alter. sensibilidade
 Placas eritematomatosas com bordas elevadas ☐ c/ alter. sensibilidade ☐ s/ alter. sensibilidade
 Nódulos/pápulas ☐ Infiltração ☐ Outras (especificar): _____

18 - Cicatriz de BCG: ☐ Nenhuma ☐ Uma ☐ Duas ou mais
 19 - Existem áreas com rarefação de pelo?
☐ não ☐ sim Onde? _____
 20 - Existem nervos acometidos?
☐ não ☐ sim Quantos? _____
 21 - Teste de Histamina:
☐ não realizado ☐ realizado Resultado: _____

22 - Localize as lesões e nervos acometidos no esquema corporal ao lado

23 - Avaliação do grau de incapacidade:

Grau	O fto			Mão			Pé		
	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		
2	Lagoftalmia e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas		
	Triquese			Garras			Garras		
	Opacidade corneana central			Reabsorção			Reabsorção		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m			Mão caída			Pé caído		
						Contratura do tornozelo			

24 - Caso confirmado como caso de Hanseníase? ☐ não ☐ sim
 25 - Data do diagnóstico: ____/____/20____ Classificação Operacional: ☐ PB ☐ MS
 26 - Nome do profissional: _____ CRM: _____
 27 - Data do preenchimento do protocolo: ____/____/20____

Anexar a cópia desta ficha ao prontuário, mesmo daqueles não confirmados.
SENDO CASO DE HANSENÍASE, ANEXAR ESTA FICHA À DO SINAN E ENCAMINHAR À SMS

Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos

28- Qual a categoria profissional do funcionário que realizou a avaliação de incapacidade:

Mão e Pé : _____ Olho: _____

29- Os pais ou responsável foram orientados quanto a prevenção de incapacidades? () Sim () Não

30- Qual a categoria profissional do funcionário que fez a orientação: _____

31- Teve ou tem contato com doente de Hanseníase? () Sim () Não

Nome: _____ Nº Sinan: _____

32- Tipo de contato: (parente, vizinho, outros: mencionar) _____

33- Nº de Contatos Registrados: () 34- Nº de Contatos Examinados: ()

Nº	Nome do Contato	Idade	Parentesco ou outro tipo de contato	Data da Avaliação Dermat. (Mês/Ano)	Resultado Avaliação D. Neurol	Tratamento Anterior 1- Completo 2- Incompl. 3- Não Tratou	Dose BCG	
					1- Sadio 2- Doente 3- Em Invest.		1ª dose (Mês/Ano)	2ª dose (Mês/Ano)
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

Nome do Responsável pelo Preenchimento: _____

Categoria Profissional: _____

Data: ____ / ____ / ____

ANEXO G

Ficha de investigação de Suspeita de Recidiva

CGHDE/SVS/MS		Ficha de Investigação de Suspeita de Recidiva	
Regional de Saúde _____		N.º Reg. Sinan: _____	
Mun. Notificação: _____ UF _____		N.º Prontuário: _____	
Unidade de Saúde: _____			
Identificação do Paciente			
Nome: _____			
Idade: _____		Data de Nascimento: ____/____/____	
		Sexo: M) Masc F) Fem ☐	
Nome da Mãe: _____			
Endereço: _____			
Município de Residência: _____		UF _____	
História Anterior			
1. Exame Dermatoneurológico: 1) Sim, 2) Não			
Manchas ☐ Placas ☐ Nódulos ☐ Infiltrações ☐ N.º De Lesões _____ ☐			
Outros _____			
1.1 Nervos Acometidos: 1) Sim, 2) Não			
Auricular ☐ Ulnar ☐ Mediano ☐ Radial ☐ Fibular ☐ Tibial ☐			
2. Classificação		3. Baciloscopia	
1) PB 2) MB ☐		1) Positiva lb ☐	
1) I, 2) T, 3) D, 4) V, ☐		2) Negativa	
Data do Diagnóstico ____/____/____		3) Não Realizada/Não Informada	
		4. Grau Incapacidade ☐	
		0) Zero	
		1) Um	
		2) Dois	
		3) Não Avaliado/Não Informado	
5. TRATAMENTO			
Data do Início do Tratamento Anterior: ____/____/____			
1) PQT/OMS/PB 2) PQT/OMS/MB 3) Outros Esquemas (Especificar): _____ ☐			
Tempo de Tratamento: _____ Anos _____ Doses _____ Meses. Regularidade: 1) Sim 2) Não ☐			
Data do Término do Tratamento: ____/____/____			
Observações: _____			
6. EPISÓDIOS REACIONAIS DURANTE O TRATAMENTO:			
1) Sim, 2) Não TIPO I ☐ TIPO II ☐ TIPO I/II ☐ NEURITES ☐ N.º DE EPISÓDIOS _____			
Conduta Medicamentosa (Drogas Usadas): _____			

SITUAÇÃO DO PACIENTE NO MOMENTO DA ALTA POR CURA			
1. Exame Dermatológico 1) Sim 2) Não			
Áreas hipoanestésicas		Infiltrações	
Manchas		Lesão residual	
Placas		Sem lesão cutânea	
Nódulos		N.º de lesões _____	
1.1 Nervos Acometidos			
Nervos acometidos 1) Sim, 2) Não ☐			
Auricular ☐ Ulnar ☐ Mediano ☐ Radial ☐ Fibular ☐ Tibial ☐			
2. Episódios Reacionais: 1) Sim 2) Não TIPO I ☐ TIPO II ☐ TIPO I/II ☐			
Conduta Medicamentosa (Drogas usadas): _____			
3. Grau De Incapacidade:			
0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado ☐			

SITUAÇÃO DO PACIENTE NA SUSPEITA DE RECIDIVA	
Tempo de ale por cura _____ (Meses/Anos) Data dos primeiros sintomas ____/____/____	
1. EXAME DERMATOLÓGICO 1) Sim, 2) Não Manchas ☐ Placas ☐ Nódulos ☐ Infiltrações ☐ Outras ☐ No De Lesões _____	
1.1 NERVOS ACOMETIDOS 1) Sim 2) Não ☐ Nervos Acometidos 1) Sim, 2) Não: Auricular ☐ Ulnar ☐ Mediano ☐ Radial ☐ Fibular ☐ Tibial ☐	
2. BACILOSCOPIA 1) Positiva 2) Negativa 3) Não Realizada IB _____ ☐	3. GRAU DE INCAPACIDADE 0) Zero 1) Um 2) Dois 3) Não Avaliado/Não Informado ☐
4. EPISÓDIOS REACIONAIS: 1) Sim 2) Não ☐ TIPO I ☐ TIPO II ☐ TIPO III ☐ NEURITES ☐ Condução Medicamentosa (Drogas usadas) _____	
5. SINAIS E SINTOMAS 1) Sim, 2) Não ☐ Aparecimento súbito e inesperado ☐ Acompanhado de febre e mal estar ☐ Aparecimento de várias lesões novas ☐ Ulceração das lesões ☐ Envolvimento de muitos nervos ☐ Boa resposta aos esteroides ☐ Lento e insidioso ☐ Sem febre e mal estar ☐ Poucas lesões novas ☐ Sem ulceração ☐ Nenhum ou algum nervo envolvido ☐ Resposta não pronunciada aos esteroides	
6. DIAGNÓSTICO PROVÁVEL: 1) Sim, 2) Não ☐ Estado reacional de hanseníase ☐ Classificação operacional inicial errônea (esquema terapêutico insuficiente) ☐ Recidiva de hanseníase ☐ Recidiva e estado reacional de hanseníase ☐ Suspeita de resistência medicamentosa ☐ Outros _____ (Especificar)	
7. CONDUTA 1) Sim, 2) Não DATA ____/____/____ ☐ Introduzido medicação anti-reacional ☐ Introduzida PQT/PB ☐ Introduzida PQT/MB ☐ Iniciada investigação para resistência medicamentosa ☐ Retirado material para inoculação ☐ Outros _____ (Especificar)	
8. FORMA CLÍNICA / CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL NA RECIDIVA 1) I, 2) T, 3) D, 4) V ☐ 1) PB, 2) MB ☐ Data Diagnóstico ____/____/____	
____ de ____ de ____ NOME (CRM) Médico da Unidade de Saúde _____ NOME DA UNIDADE DE SAÚDE _____ NOME (CRM) Médico do Centro de Referência _____ NOME DO CENTRO DE REFERÊNCIA _____ NOME DO SUPERVISOR ESTADUAL	

ANEXO H

Formulário de vigilância de Contatos Intradomiciliares de Hanseníase

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Programa Nacional de Controle da Hanseníase

ANEXO VII

PNCH/SVS-MS		FORMULÁRIO DE VIGILÂNCIA DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE HANSENÍASE	
REGIONAL DE SAÚDE _____		N.º REG. DO CASO DE HANSENÍASE NO SINAN: _____	
MUNICÍPIO: _____ UF _____		N.º PRONTUÁRIO: _____	
UNIDADE DE SAÚDE: _____			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME: _____			
ENDEREÇO: _____			
MUNICÍPIO _____ UF _____			
DATA DO DIAGNÓSTICO ____ / ____ / ____ CLASSIFICAÇÃO PB ☐ MB ☐			
CONTATOS INTRADOMICILIARES			
NOME	PARENTESCO	EXAME DERMATO NEUROLÓGICO	BCG
1) _____	_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
2) _____	_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
3) _____	_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
4) _____	_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
5) _____	_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
6) _____	_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
7) _____	_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
8) _____	_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
9) _____	_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____
10) _____	_____	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____

ANEXO I

Boletim de Acompanhamento de Hanseníase

	República Federativa do Brasil Ministério da Saúde SES -	Sistema de Informação de Agravos de Notificação Boletim de Acompanhamento de Hanseníase	Página: 1													
UF: _____ Município de Notificação: _____ Unidade: _____																
Nº da Notificação Atual	Data da Notificação Atual	Nome	Município residência Atual	Distrito Residência Atual	Bairro de Residência Atual	Data Último comparec.	CO	AI	ET	N D	ER	Data mudança esquema	Cont. Reg.	Cont. Exam.	Tipo saída	Data alta
CO: Classificação operacional atual 1-PB (Paucibacilar) 2-MB (Multibacilar) AI: Avaliação de incapacidade física no momento da cura 0-Grau zero 1-Grau I 2-Grau II 3-Não avaliado ET: Esquema Terapêutico Atual NC: Número de Contatos Examinados ND: Número de Doses recebidas ER: Episódio reacional durante o tratamento 1- Reação tipo 1 2- Reação tipo 2 3- Reação tipo 1 e 2 4- Sem reação Esquema Terapêutico Atual 1 - PQT/PB/6 doses 2 - PQT/MB/12 doses 3 -Outros Esquemas substitutivos Tipo de Saída: 1 - Cura 2 - Transf p/ mesmo município 3 - Transf p/ outro município 4 - Transf p/ outro Estado 5 - Transferência para outro País 6 - Óbito 7 - Abandono 8 - Erro diagnóstico																

