



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - CESUPI
FACULDADE DE ITAITUBA - FAI
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TAYNARA WALKÍRIA DE CARVALHO RODRIGUES ROCHA

**PACIENTES COM INCAPACIDADES CAUSADAS PELA
HANSENÍASE ATENDIDOS NA UNIDADE DE SAÚDE EDSON
BOTELHO NOS ANOS 2010 À 2014 NO MUNICÍPIO DE ITAITUBA,
PARÁ, BRASIL**

Itaituba – PA

2016

TAYNARA WALKÍRIA DE CARVALHO RODRIGUES ROCHA

**PACIENTES COM INCAPACIDADES CAUSADAS PELA
HANSENÍASE ATENDIDOS NA UNIDADE DE SAÚDE EDSON
BOTELHO NOS ANOS 2010 À 2014 NO MUNICÍPIO DE ITAITUBA,
PARÁ, BRASIL**

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

Orientador: Professor Doutor Jossehan Galúcio da Frota.

Itaituba – PA

2016

ROCHA, Taynara Walkiria de Carvalho Rodrigues.

Pacientes com incapacidades causadas pela Hanseníase atendidos na Unidade De Saúde Edson Botelho nos anos 2010 à 2014 no Município de Itaituba, Pará, Brasil. Taynara Walkíria de Carvalho Rodrigues Rocha – Itaituba: Faculdade de Itaituba (FAI), 2016.

49 f.: il.

Orientador: Prof. Doutor Jossehan Galúcio da Frota.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Faculdade de Itaituba, Curso de Bacharel em Enfermagem, 2016.

1. Hanseníase. 2. Incapacidade. – Trabalho de Conclusão de Curso. I Frota, Jossehan Galúcio da. II. Faculdade de Itaituba, Brasil - Pa, 2016.

TAYNARA WALKÍRIA DE CARVALHO RODRIGUES ROCHA

**PACIENTES COM INCAPACIDADES CAUSADAS PELA
HANSENÍASE ATENDIDOS NA UNIDADE DE SAÚDE EDSON
BOTELHO NOS ANOS 2010 À 2014 NO MUNICÍPIO DE ITAITUBA,
PARÁ, BRASIL**

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

Orientador: Professor Doutor Jossehan Galúcio da Frota.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: 95

Prof. Mestre Aline Soares dos Santos

Avaliador: _____ Nota: 100

Prof. Doutor Jossehan Galúcio da Frota

Avaliador: _____ Nota: 93

Prof. Msc. Márcio Silva da Conceição

Resultado: APROVADA Média: 96

Data: 04 de Agosto de 2016

Dedico este trabalho ao meu bom e amado Deus, por ser a razão de minha existência e por ter me dado e o dom de cuidar de pessoas.

À minha família, em especial à minha mãe, minha avó, meu esposo e meu filho pelo amor, carinho e estímulo que me ofereceram. Dedico-lhes essa conquista com gratidão.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua presença nas horas que mais precisei, iluminando meus caminhos e meus pensamentos para alcançar meu objetivo.

A minha família, Maria Helena (mãe), Dirce (avó), pelo amor, carinho, educação e força para que eu sempre seguisse meu caminho, com a certeza de que tudo daria certo. Ao meu filho Paulo André que chegou em minha vida para me dar forças para seguir sempre adiante, pois desde que te descobri em meu ventre você sempre será meu presente e futuro. A Dinair (sogra) que me acolheu e cuida do meu tesouro mais valioso filho para eu conquistar o sonho da conclusão desta graduação. Ao Alan (esposo) que sem ele eu não estaria aqui nesta cidade, vencendo mais uma etapa de muitas que viram. Amo vocês.

Aos colegas da FAI, Ana Jessica, Jessica, Maria Leida, Nágila, pela parceria e incentivo ano após ano, principalmente nas horas em que tudo parecia tão difícil, nós sempre nos ajudando a seguir a diante.

Aos professores de todas as disciplinas, que me auxiliaram no abrir de novos horizontes e a perceber que o mundo tem milhões de fronteiras a serem exploradas.

Aos colegas da SEMSA, Maycla, Márcia, Sorivan e Fabrina que se tornaram “família” sempre me ouvindo e compartilhando momentos felizes. Aos colegas que me ofertaram dados a engrandecer meu trabalho, Lindalva e Delano.

Ao meu orientador, professor Doutor Jossehan Galúcio da Frota, pela sabedoria compartilhada, pela dedicação em me ensinar e me fazer concluir este trabalho, serei sua eterna fã.

Pessoas, quando se mostram capazes de mudar, demonstram nossa incapacidade de julgá-las.

“Davi Marcelo Galdino”

RESUMO

Por muito tempo a Hanseníase foi apresentada como uma doença que causava horror, devido às deformidades físicas geradas ao doente não tratado, proporcionando cicatrizes e preconceitos de vários tipos. Ainda hoje a Hanseníase é temida, no entanto já se encontra controlada. Ela é uma doença infecto contagiosa de evolução crônica e curável, causada pelo *Mycobacterium leprae*, o qual tem alto grau de infectividade e baixa patogenicidade, tornando sua evolução lenta, pois seu período de incubação pode ser de quase dez anos. Em virtude das características da doença foi feita uma pesquisa na unidade de saúde Edson Botelho (UBS), situada no Município de Itaituba, Pará, onde foram registrados 85 casos no mês de Janeiro 2010 à Dezembro 2014. Esse estudo teve abordagem exploratória, qualitativa. Os dados foram coletados por meio do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A partir dos dados coletados foi constatado que houve prevalência maior na classificação operacional Dimorfa 55,3%, seguida da Virchowiana 18,9%, dados acima do esperado. O sexo masculino o mais atingido. A maioria dos pacientes apresenta no momento da notificação alguma incapacidade, sendo que 41 deles tiveram classificação de incapacidades grau 0, seguido por 29 com Grau I e 11 pacientes com grau II. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 1991 foi formulado o Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase (PNEN), visando reduzir a taxa de prevalência para menos de um caso para cada 10.000 habitantes até o ano de 2000. Diante do exposto, este estudo que foi realizado exatamente dez anos após a vigência do PNEN, na UBS em questão o índice de pessoas acometidas pela Hanseníase está muito elevada, fato este constatado nos dados do resultado da pesquisa, onde foram mostrados em forma de tabelas, gráficos, etc, tornando assim o Município de Itaituba uma região endêmica para esta doença.

Palavras- chave: *Mycobacterium leprae*. Alto infectividade. Baixa patogenicidade. Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase. Incapacidade.

ABSTRACT

For a long time leprosy was presented as a disease that caused horror, physical deformities due to untreated patient-generated, providing scars and prejudices of various types. Today leprosy is feared, however is already controlled. She is an infectious contagious disease of chronic evolution and curable, caused by *Mycobacterium leprae*, which has high degree of infectivity and low pathogenicity, making its slow evolution, because the incubation period can be of almost ten years. . Due to the nature of the disease was made a research on health unit Edson Botelho (UBS), in the municipality of Itaituba, where 85 cases were reported in five years, this research was exploratory approach, quali-quantitative, held in the period from January 2010 to December 2014. The data were collected through the database of the information system of reportable diseases (SINAN). From the data collected, it was found that there was higher prevalence in operating classification 55.3%, followed by Borderline Lepromatous 18.9%, higher than expected data. The men hit the hardest. Most patients present at the time of reporting a disability, and 41 of them had grade disability rating of 0, followed by 29 Grade I and 11 patients with grade II. According to the World Health Organization (who), in the year of 1991 was formulated the national plan for the Elimination of leprosy (PNEN), aimed at reducing the prevalence rate to less than one case for every 10,000 inhabitants until the year 2000. On of the above study that was conducted exactly ten years after the period of the PNEN, on UBS in question the people affected by Hansen's disease index is very high, because this fact contacted in search result data, where they will be shown in the form of tables, charts, etc., thus making the town of Itaituba-Pa a region endemic for this disease.

Keywords: *Mycobacterium leprae*. High infectivity. Low pathogenicity. National plan for the Elimination of leprosy. Disability.

LISTA DE ABREVIATURAS

MH -	Mal de Hansen
PQT -	Poliquimioterapia
RR -	Reação Reversa
ENH -	Eritema nodoso Hansênico
SINAN -	Sistema de Informação de Agravos e Notificação
FIN -	Ficha Individual de Notificação
PB -	Paucibacilar
MB -	Multibacilar
Op. cit. -	Significa “opus citatum”, ou seja, obra citada anteriormente.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 -	Identificação das reações clínicas por meio das características da Hanseníase e suas reações. Legenda: PQT – Poliquimioterapia.....	21
Quadro 02 -	Tratamento da Hanseníase com Poliquimioterapia em criança e adulto, para as formas Paucibacilar e Multibacilar. Legenda: mg – miligrama. Entre parênteses o número de comprimidos a ser ingerido.....	22
Quadro 03 -	Tratamento da Hanseníase com Poliquimioterapia em criança e adulto, para pacientes com até cinco (5) lesões na pele, de acordo com a classificação terapêutica do tipo Paucibacilar, utilizando seis (6) cartelas. Legenda: mg – miligrama, DM – dose mensal; AS – administração supervisionada; AA - autoadministrada. Entre parênteses o número de comprimidos a ser ingerido.....	22
Quadro 04 -	Tratamento da Hanseníase com Poliquimioterapia em criança e adulto, para pacientes com mais de cinco (5) lesões na pele, de acordo com a classificação terapêutica do tipo Multibacilar, utilizando doze (12) cartelas. Legenda: mg – miligrama; DM – dose mensal; AS – administração supervisionada; AA - auto administrada. Entre parênteses o número de comprimidos a ser ingerido.....	23
Quadro 05 -	Possíveis efeitos colaterais das substancias que compõem a Poliquimioterapia nas diversas partes do corpo humano.....	24

LISTA DE TABELAS

- Tabela 01 -** Número de casos de Hanseníase quanto as formas clínicas e a classificação operacional atendidos na UBS Edson Botelho de 2010 a 2014 no Município de Itaituba. Legenda: F – Feminino, M – Masculino; N° - Número de casos; Forma clínica: Ind - Indeterminada, Tub - Tuberculóide, Dim – Dimorfa, Vir – Virchowiana; N_Clas – Não classificado; PB – Paucibacilar, MB – Multibacilar. Entre parênteses está o número de casos que corresponde a respectiva porcentagem..... 30
- Tabela 02 -** Descrição dos pacientes que iniciaram tratamento com algum grau de incapacidades. Legenda: Entre parênteses está a porcentagem do número de casos..... 32
- Tabela 03 -** Modo de entrada dos pacientes no momento do diagnóstico realizado na Unidade de Básica de Saúde Edson Botelho. Legenda: Transf – transferência; entre parênteses está o número de casos que corresponde a respectiva porcentagem..... 36

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

- Figura 01 -** Principais nervos acometidos são: nervo facial (VII par craniano), nervo trigêmeo, nervo ulnar, nervo mediano, nervo radial, nervo fibular comum e nervo tibial. Fonte: Brasil 2008a..... 20
- Gráfico 01 -** Porcentagem de casos de Hanseníase registrados de 2010 a 2014 na UBS Edson Botelho, Município de Itaituba, Pará..... 30
- Gráfico 02 -** Número de pacientes por sexo registrados de 2010 a 2014 na UBS Edson Botelho, Município de Itaituba, Pará. Coluna azul - feminino. Coluna Vermelha – masculino..... 31
- Gráfico 03 -** Registro do Grau de Incapacidades no momento do diagnóstico da Hanseníase na UBS Edson Botelho de 2010 a 2014 no Município de Itaituba. Legenda: Coluna azul – Grau 0 (zero), Coluna vermelha – Grau I (um), Coluna verde – Grau II (dois), e Coluna amarelo– Não Avaliado..... 33
- Gráfico 04 -** Formas clínicas da Hanseníase registradas na UBS Edson Botelho de 2010 a 2014 no Município de Itaituba. Legenda: Coluna azul – Forma Indeterminada, Coluna amarela – forma Tuberculóide, Coluna verde – Dimorfa, e Coluna vermelha – Virchowiana..... 34
- Gráfico 05 -** Classificação Operacional da Hanseníase registrado na UBS Edson Botelho de 2010 a 2014 no Município de Itaituba. Legenda: Coluna azul – tratamento na forma Paucibacilar, coluna vermelha – tratamento na forma Multibacilar..... 35

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
2.1	DESCOBERTA E EPIDEMIOLOGIA DA HANSENÍASE.....	16
2.2	TRANSMISSÃO.....	17
2.3	AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE FÍSICA.....	17
2.4	DIAGNÓSTICO.....	18
2.4.1	Diagnóstico Clínico.....	18
2.4.2	Diagnóstico laboratorial.....	19
2.5	COMPLICAÇÕES E REAÇÕES HANSÊNICAS.....	19
2.6	TRATAMENTO E REAÇÕES DO POLIQUIMIOTERÁPICO (PQT)...	21
2.7	PREVENÇÃO DA HANSENÍASE.....	25
2.8	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO COM O PACIENTE.....	26
3	METODOLOGIA.....	29
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
5	CONCLUSÃO.....	38
	REFERÊNCIAS.....	40
	ANEXOS.....	45

1 INTRODUÇÃO

As primeiras observações descritas de organismos bacterianos foram realizadas pelo Naturalista Holandês Antony Van Leeuwenhoek (1632 - 1723), com auxílio de um microscópio simples (NOGUEIRA, MIGUEL, 2009).

As bactérias são os micro-organismos unicelulares mais antigos na natureza (cerca de 3,8 bilhões de anos), que podem ser prejudiciais à saúde do homem, causando inúmeras doenças (ABCMED, 2014), como por exemplo, a Hanseníase (lepra), Difteria, Tuberculose, Pneumonia, Leptospirose, Cólera, Tétano, Botulismo, entre outras.

Existem doenças tão antigas quanto à história da humanidade, como a Hanseníase ou Mal de Hansen (MH), que é uma patologia infectocontagiosa causada por *Mycobacterium leprae* Hansen, 1874 (EIDT, 2004). Esse agente etiológico pertence ao grupo das bactérias gram negativas, promovendo uma doença crônica, sendo transmitida principalmente pelas vias aéreas e apresentando alta infectividade e baixa patogenicidade, ou seja, são muitos os infectados, porém, são poucos os que adoecem (RUBIN, 2006).

Os pacientes acometidos pela Hanseníase apresentam como principal problema a incapacidade sensitiva e motora, promovendo, além disso, danos psicológicos e sociais (RUBIN, 2006). De acordo com Pereira *et al.*, (2008), existem quatro formas clínicas da Hanseníase: *Indeterminada*, apresenta-se por máculas homocrômicas ou áreas circulares de pele aparentemente normal, com distúrbios de sensibilidade não havendo comprometimento de troncos nervosos; *Tuberculóide*, o grau de resistência do bacilo é grande, apresentando lesões por máculas ou placas em pequeno numero, forma e tamanhos bem delimitados e de tom castanho, podendo ser cheias ou apresentando um bordo mais ou menos elevado, o centro plano e homocrômicas; nas formas mais grave estão a *Dimorfa*, que apresenta aspectos particulares com lesões esburacadas, com bordos limitando-se com porção central de maneira nítida e com a parte externa de maneira imprecisa, a cor das lesões tem um tom ferruginoso característico e há comprometimento dos nervos periféricos, podendo provocar incapacidades graves; e a *Virchowiana*, no qual o organismo não oferece resistência à multiplicação bacilar, apresentando numerosas lesões polimorfas na pele, em geral com limites imprecisos e havendo

comprometimento também das mucosas, nervos, articulações, ossos e órgãos como fígado, baço, gânglios, testículos e olhos.

De acordo com Brasil (2001) e Nardi *et al.*, (2012), os pacientes com MH são classificados numericamente como grau 0 (zero), 1 e 2; sendo o grau 0 correspondente à ausência de danos nos olhos, mãos e pés; o grau 1 indica a diminuição da sensibilidade, sem danos ou deformidades visíveis nas áreas avaliadas; e o grau 2 representa a presença de deformidades devidas à Hanseníase.

Esses dois últimos graus de incapacidade (1 e 2) afetam a vida de milhares de pessoas, porque compromete mecanismos de defesa, como a capacidade de sentir dor, a visão e o tato, tornando-as mais vulneráveis aos riscos de acidentes, queimaduras, feridas, infecções, amputações, entre outros (OLIVEIRA, 2008). Segundo esse último autor, o diagnóstico precoce, o tratamento e a prevenção são ações prioritárias para bloquear a transmissão da doença, reduzir incapacidades e deformidades, assim como, para desconstruir o medo e o preconceito que causam discriminação e danos psíquicos, morais e sociais aos doentes, de seus familiares e da sociedade.

Para Oliveira (2008), a avaliação neurológica, a classificação do grau de incapacidade e a aplicação de técnicas básicas de prevenção, controle e tratamento são procedimentos que precisam ser realizados nas unidades de saúde, espaços onde o paciente encontra uma equipe que o acolhe e é responsável pela assistência integral a sua saúde.

As ações de prevenção das incapacidades dependem da qualificação dos profissionais de saúde para determinar o diagnóstico e orientar o tratamento. A Hanseníase, quando não diagnosticada e tratada precocemente poderá evoluir para incapacidades e deformidades físicas (BRASIL, 2008a; SILVA *et al.*, 2007). Diante desta situação surgem os questionamentos: Quais as formas clínicas da Hanseníase presentes no Município de Itaituba? Qual a incidência de pacientes acometidos pela doença que apresentam evolução para incapacidade sensitivas e/ou motoras?

A situação epidemiológica no Brasil é considerada desigual devido à grande variação do índice de prevalência nas várias regiões do país (NEIVA, 2010). De acordo com Sobrinho; Mathias (2008), no ano de 2005, a Região Norte apresentou o maior coeficiente (4,02 casos por 10 mil habitantes), seguida da Região Centro-Oeste (3,29 casos), o Nordeste (2,14 casos), o Sudeste (0,60 casos) e o Sul (0,53 casos).

A cada ano cerca de 47.000 novos casos de Hanseníase são registrados, dos quais 23,3% são com grau de incapacidades 1 e 2, sendo este fato a principal consequência desta doença, assim contribuindo para a perpetuação do estigma e preconceito sobre os pacientes (ARAUJO, 2003; AMARAL, 2015; BRASIL, 2008b). Cerca de 5,7% das pessoas no Brasil que descobrem ter Hanseníase já apresentam lesões sensitivas e/ou motoras, deformidades e incapacidades que poderiam ser evitadas (ARANTES *et al.*, 2010).

Em Itaituba não existem dados quali-quantitativos (forma da doença) disponíveis e nem dados sobre o surgimento das possíveis incapacidades em pacientes após o tratamento da Hanseníase. Além disso, é necessário o acompanhamento desses pacientes pelos enfermeiros de suas UBS, para que o tratamento ocorra eficientemente.

De acordo com Pereira (2008), a maioria dos pacientes acometidos pelo MH pertencem a uma classe social menos favorecida, tendo uma moradia precária, e muitas vezes até mesmo o desempregado, aumentando assim a desigualdade social entre esses pacientes e a população num todo. Muitos desconhecem que tratamento da Hanseníase é gratuito e deve ser fornecido pelo Ministério da Saúde através das unidades de saúde da rede pública (SOBRINHO *et al.*, 2007).

Para conduzir o tratamento da melhor forma, o profissional da enfermagem precisa fortalecer vínculos com o paciente, visando a diminuição de novos casos (PEREIRA, 2008). Sobrinho *et al.*, (2007) confirmam o quanto é necessário os profissionais de saúde estarem atualizados em relação ao diagnóstico precoce e o tratamento da Hanseníase, para realizarem corretamente a avaliação do grau incapacidades.

Objetivo desse estudo é descrever as formas clínicas e o número de pacientes acometidos pela Hanseníase, que em decorrência evoluíram para incapacidades sensitivas e/ou motoras, verificando a prevalência de MH no Município de Itaituba, e avaliar o surgimento de possíveis incapacidades em pacientes após o tratamento.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DESCOBERTA E EPIDEMIOLOGIA DA HANSENÍASE

Nos tempos bíblicos a Hanseníase (conhecida como lepra) era conhecida e temida por todos, pois, não tinha cura nem tratamento, e quando a pessoa apresentava os sintomas da doença já se encontrava com grau de incapacidade e deformidade bem elevado, sendo isolado e deixado à própria sorte (RUBIN, 2006).

Por muito tempo, a Hanseníase foi tida como uma doença que causava horror, devido às deformidades físicas geradas ao doente não tratado, proporcionando cicatriz e preconceito de vários tipos, como: pecado, impureza e punição (TALHARI *et al.*, 2006).

Em 1873 na Noruega, o médico Amaneur Hansen descobre uma bactéria que foi chamada de bacilo de Hansen, em sua homenagem e que provoca uma doença chamada Hanseníase (BRASIL, 2008a). É uma doença crônica, com uma alta infectividade (RUBIN, 2006) e que passou a ser tratada em 1986, quando surgiu a Poliquimioterapia (PQT), uma medicação com alta resolutividade e passou a ser oficialmente a única forma de tratamento da doença no país em 1991 (SOUSA *et al.*, 2012).

A prevalência dessa doença tem declinado no mundo e a meta de eliminação vem sendo alcançada em vários países, e até mesmo no Brasil, que é o segundo país em número de casos (ARAÚJO, 2003), graças principalmente a esse tratamento, porém, a redução nas estatísticas brasileiras é discreta e há uma necessidade urgente de ações intersetoriais nos três níveis de governo para prevenção e tratamento da Hanseníase, bem como no acompanhamento e reabilitação de sequelas (WKLY, 2011; MONTEIRO *et al.*, 2013).

Devido a uma grande variação do índice de prevalência nas regiões no país (SOBRINHO; MATHIAS, 2008) a epidemiologia no Brasil é considerada desigual (NEIVA, 2010). A doença ainda alcança proporções significativas em nosso território, comportando-se de forma distinta, concentrando-se em patamares elevados nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste, respectivamente (MONTEIRO *et al.*, 2013). Os principais indicadores de monitoramento de eliminação da Hanseníase apontam para uma melhor situação da Região Sul em relação a Região Norte (SOBRINHO; MATHIAS, 2008).

Atualmente, a política nacional de controle da Hanseníase prioriza como meta sua eliminação como um problema de saúde pública, sendo necessário diminuir a prevalência para um ou menos de um caso para cada grupo de 10.000 habitantes (BRASIL, 2004). Para que isso aconteça, é imprescindível a realização de diagnóstico precoce dos casos, evitando, assim, além da transmissão, as incapacidades físicas (OLIVEIRA, 2008).

De acordo com Pereira (2008), a incidência da Hanseníase tem forte associação com o aumento das desigualdades sociais, tendo os acometidos precárias condições de moradia e trabalho.

2.2 TRANSMISSÃO

A transmissão se dá por meio de uma pessoa doente que apresenta a forma infectante da doença (Multibacilar) e que, estando sem tratamento, elimina o bacilo por meio das vias respiratórias (secreções nasais, tosses, espirros), podendo assim infectar outras pessoas suscetíveis (MELÃO *et al.*, 2011). Porém, a doença só apresenta transmissibilidade enquanto a pessoa não for tratada, pois, as doses iniciais da medicação destroem os bacilos, reduzindo-os a um número incapaz de infectar outras pessoas (BRASIL, 2002). Ou seja, assim que o paciente iniciar o tratamento deixa de transmitir a doença.

A Hanseníase não é transmitida por meio de copos, pratos, talheres, portanto não há necessidade de separar utensílios domésticos da pessoa com Hanseníase, assentos, como cadeiras, bancos, apertos de mão, abraço, beijo e contatos rápidos em transporte coletivos ou serviços de saúde, picada de inseto, aleitamento materno, doação de sangue (BRASIL..., 2016), e/ou herança genética ou congênita, relação sexual (BOECHAT; PINHEIRO, 2012).

2.3 AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE FÍSICA

É indispensável avaliar a integridade da função neural e o grau de incapacidade física no momento do diagnóstico, na ocorrência de estados reacionais e na alta por cura (término da poliquimioterapia) (BRASIL, 2016). Segundo esse autor, deve ser realizada uma avaliação neurológica, que é um teste da integridade

da função neural, utilizando um formulário de Avaliação Neurológica Simplificada, logo no início do tratamento, a cada três meses no decorrer do tratamento se não houver queixas, sempre que surgir queixas de dor próximo dos nervos, fraqueza muscular, queixas de parestesia, na alta do tratamento, no acompanhamento pós-operatório de descompressão neural com 15, 45, 90 e 180 dias.

De acordo com Brasil (2016), todos os pacientes deveriam passar pela avaliação do grau de incapacidade física no mínimo três vezes durante seu tratamento (diagnóstico, no meio do tratamento e no momento da alta por cura), devendo-se realizar o teste de força muscular e de sensibilidade dos olhos, mãos e pés.

2.4 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico precoce é fator importante no tratamento e na interrupção do contágio. Mas antes, durante e após o diagnóstico podem ocorrer processos inflamatórios que necessitem de outros tratamentos e acompanhamentos para evitar deformidades e incapacidades (OLIVEIRA, 2008). Pois, o período de incubação dura em média de dois a sete anos, não obstante haja referências a períodos mais curtos, de sete meses, como também mais longos, de dez anos (BRASIL, 2010).

Entre os tipos de diagnóstico da Hanseníase, a busca ativa dos contatos domiciliares e dos abandonos de tratamento, deve receber uma atenção especial. Segundo Brasil (2002), todos os contatos intradomiciliares e pessoas do convívio profissional de um paciente com diagnóstico de Hanseníase devem ser examinados por um profissional capacitado, na tentativa de identificação precoce de novos casos.

2.4.1 Diagnóstico Clínico

É realizado através da amamnese (entrevista que visa relembrar todos os fatos que relaciona o paciente com a doença), das condições do paciente, com auxílio do exame dermatoneurológico (Teste com estesiômetro ou monofilamento de Semmes-Weinstein) (Anexo A) (BRASIL, 2008a) para detectar lesões ou áreas de

pele com manchas ou alteração de sensibilidade e comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico) (BRASIL, 2016).

Atingem as funções sensitivas, motoras e autônomas, e estes fatores são identificados por meio do exame de sensibilidade e força motora, o que torna indispensável avaliações periódicas, mesmo que o paciente não relate qualquer queixa (BRASIL, 2008c)

2.4.2 Diagnóstico laboratorial

O exame baciloscópico é realizado através do esfregaço intradérmico (Anexo B), devendo ser utilizado como exame complementar para a classificação dos casos em Paucibacilar ou Multibacilar. A baciloscopia positiva classifica o caso como Multibacilar, independentemente do número de lesões. O resultado negativo da baciloscopia não exclui o diagnóstico da Hanseníase (BRASIL, 2014).

O exame histopatológico também é indicado como apoio no esclarecimento diagnóstico e em pesquisas (BRASIL, 2014).

Apesar e alguns pacientes com Hanseníase não apresentarem incapacitações no início da doença, é coerente considerar os pacientes diagnosticados nas unidades de saúde com grau de incapacidade superior a zero (com diagnóstico tardio), pois os mesmos teriam sido detectados ainda em fase inicial (SUAREZ; LOMBARDI, 1997). A grande porcentagem de pacientes com grau de incapacidade instalada no momento do diagnóstico reforça a hipótese de que existe uma grande prevalência oculta que, além da questão das deformidades e estigmatização dos pacientes, influi na manutenção da cadeia de transmissão. Uma vez que o paciente dá entrada no serviço com algum grau de incapacidade para Hanseníase terá um risco maior de deformidades permanentes (BRASIL, 2016).

2.5 COMPLICAÇÕES E REAÇÕES HANSÊNICAS

Os bacilos de Hansen infectam principalmente as fibras nervosas sensitivas superficiais (derme) (Figura 01), que proporcionam as funções sensoriais, e também afetam os tecidos cuja função é motora e autonômica (BRASIL, 2008a).

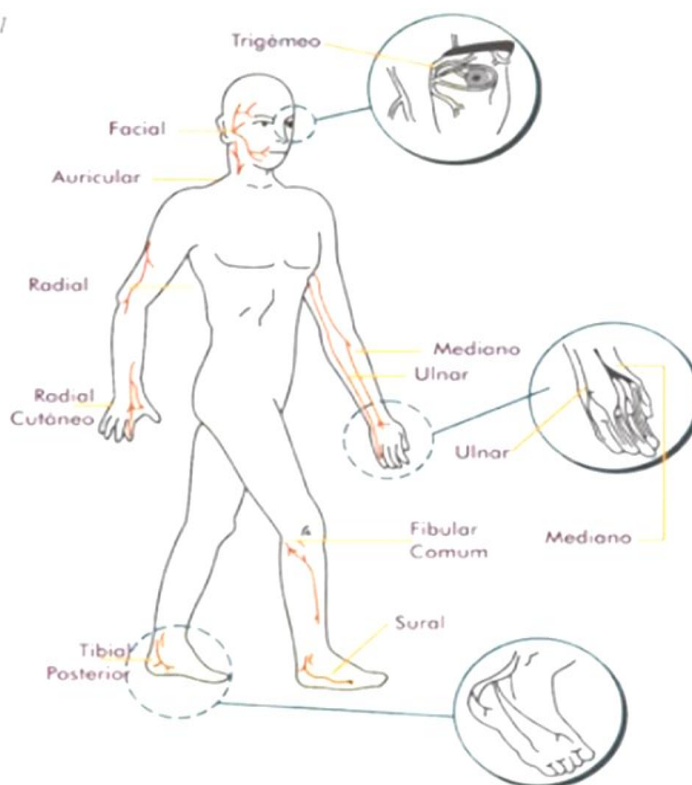


Figura 1 – Principais nervos acometidos na Hanseníase. Nervo facial (VII par craniano), nervo trigêmeo, nervo ulnar, nervo mediano, nervo radial, nervo fibular comum e nervo tibial. Fonte: Brasil 2008a.

Os estágios reacionais da Hanseníase, segundo Brasil (2010), nada mais é que o sistema imunológico do ser humano respondendo a manifestações inflamatórias agudas e subagudas, que observamos com maior e mais frequentes nos casos da Multibacilar. Muitas das vezes, esses estágios aparecem no paciente antes mesmo de ser diagnosticada a doença, podendo se manifestar novamente, durante ou após o tratamento com o poliquimioterápico (BRASIL, op. cit.), como Tipo 1 ou reação reversa (RR) (surgimento de novas lesões na pele como manchas ou placas, infiltrações, mudança na tonalidade da pele, edema nas lesões já existentes, com ou sem espessamento e inflamação dos nervos) e Tipo 2 ou reação de eritema nodoso Hansênico (ENH) (nódulos subcutâneos dolorosos, muitas vezes seguidos ou não de febre, dores nas articulações e mal estar generalizado, com ou sem espessamento e inflamação dos nervos (BRASIL, op. cit.).

Os estados reacionais provocadas pela Hanseníase, auxiliam bastante no diagnóstico precoce, por meio da diferenciação do tipo de reação (Quadro 01) e

junto com a classificação operacional, dessa forma o tratamento pode ser iniciado imediatamente (BRASIL, 2014).

CARACTERÍSTICAS	REAÇÕES
Período de ocorrência	Frequente durante a PQT e/ou menos frequente no período de dois a três anos após o término do tratamento.
Surgimento	Súbito e inesperado.
Lesões antigas	Algumas ou todas podem se tornar eritematosas, brilhantes, intumescidas e infiltradas.
Lesões recentes	Em geral, múltiplas.
Ulceração	Pode ocorrer.
Regressão	Presença de descamação.
Comprometimento Neural	Muitos nervos podem ser rapidamente envolvidos ocorrendo dor e alterações sensitivo-motoras.
Resposta a Medicamentos antirreacionais	Excelente.

Quadro 01 - Identificação das reações clínicas por meio das características da Hanseníase e suas reações. Legenda: PQT – Poliquimioterapia.

Na Hanseníase, as deficiências primárias são devidas ao processo inflamatório do organismo na tentativa de destruir o bacilo diretamente ou as células parasitadas por ele, algumas delas são: orquite, uveíte, neuropatia, entre outras; já, as deficiências secundárias são aquelas decorrentes da não realização de cuidados preventivos após o processo primário que seriam: garra rígida, mal perfurante plantar, reabsorção óssea, entre outras (BRASIL, 2008a; CID *et al.*, 2012).

2.6 TRATAMENTO E REAÇÕES DO POLIQUIMIOTERÁPICO (PQT)

O tratamento da Hanseníase é excepcionalmente ambulatorial e está disponibilizado nas unidades de saúde pública gratuitamente, sendo o paciente dispensado após notificação e identificação da classificação operacional da doença, tendo início com os esquemas terapêuticos padronizados (poliquimioterapia) (BRASIL, 2014). Este tratamento nada mais é que a associação de rifampicina,

dapsona e clofazimina (Quadro 02), na apresentação de blíster que mata o bacilo, assim evitando a transmissão e evolução da doença, levando o paciente à cura (BRASIL, 2012).

	Cartela para a forma Paucibacilar	Cartela para a forma Multibacilar
Criança	Rifampicina: 150mg (1) e 300mg (1)	Rifampicina: 150mg (1) e 300mg (1)
	Dapsona: 50mg (28)	Dapsona: 50mg (28)
	-	Clofazimina: 50mg (16)
Adulto	Rifampicina: 300mg (2)	Rifampicina: 300mg (2)
	Dapsona: 100mg (28)	Dapsona: 100mg (28)
	-	Clofazimina: 100mg (3) e 50 mg (27)

Quadro 02 – Tratamento da Hanseníase com Poliquimioterapia em criança e adulto, para as formas Paucibacilar e Multibacilar. Legenda: mg – miligrama. Entre parênteses o número de comprimidos a ser ingerido.

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

A classificação operacional é uma informação indispensável para se selecionar qual será o esquema de tratamento adequado, pois na Hanseníase eles são padronizados e divididos em Paucibacilar e Multibacilar, onde há também diferenciações para crianças e pessoas com intolerância a alguma substância encontrada no tratamento padrão, este tratamento é baseado no número de lesões cutâneas do paciente onde será mostrado nos quadros 03 e 04 (BRASIL, 2014):

Adulto	Rifampicina: DM de 600mg (02 de 300mg) com AS.
	Dapsona: DM de 100mg com AS e dose diária de 100mg AA.
Criança	Rifampicina: DM de 450mg (01 de 150mg e 01 de 300mg) com AS.
	Dapsona: DM de 50mg com AS e dose diária de 50mg AA.
Seguimento dos casos	comparecimento mensal para dose supervisionada.
Critério de alta	o tratamento estará concluído com 6 doses supervisionado em até 09 meses. Na 6ª dose, o paciente deverá ser submetido ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física, antes de receber alta por cura.

Quadro 03 – Tratamento da Hanseníase com Poliquimioterapia em criança e adulto, para pacientes com até cinco (5) lesões na pele, de acordo com a classificação terapêutica do tipo Paucibacilar, utilizando seis (6) cartelas. Legenda: mg – miligrama, DM – dose mensal; AS – administração supervisionada; AA - autoadministrada. Entre parênteses o número de comprimidos a ser ingerido.

Adulto	Rifampicina: DM de 600mg (02 de 300mg) com AS.
	Dapsona: DM de 100mg com AS e uma dose diária de 100mg AA.
	Clofazimina: DM de 300mg (03 de 100mg) com AS e uma diária de 50mg AA.
Criança	Rifampicina: DM de 450mg (01 de 150mg e 01 de 300mg) com AS.
	Dapsona: DM de 50mg com AS e uma dose diária de 50mg AA.
	Clofazimina: DM de 150mg (03 de 50mg) com AS e uma dose de 50mg AA em dias alternados.
Seguimento dos casos	comparecimento mensal para dose supervisionada
Critério de alta	o tratamento concluído com 12 doses supervisionado em até 18 meses. Na 12ª dose, o paciente deverá ser submetido ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física, antes de receber alta por cura. O paciente Multibacilar, se não mostrar melhora clínica, apresentando lesões ativas ao final do tratamento preconizado, deverá ser encaminhado para avaliação em serviço de referência, para se verificar a conduta mais adequada para o caso.

Quadro 04 – Tratamento da Hanseníase com Poliquimioterapia em criança e adulto, para pacientes com mais de cinco (5) lesões na pele, de acordo com a classificação terapêutica do tipo Multibacilar, utilizando doze (12) cartelas. Legenda: mg – miligrama; DM – dose mensal; AS – administração supervisionada; AA - auto administrada. Entre parênteses o número de comprimidos a ser ingerido.

Os efeitos adversos (Quadro 05) a algumas substâncias que compõem o medicamento para o tratamento da Hanseníase são frequentes e em geral são bem tolerados, porém, a equipe da unidade de saúde deverá estar sempre atenta para identificação de possíveis intercorrências, para que quando necessário, encaminhe o paciente para um tratamento substitutivo adequado (SOARES, 2016).

A compreensão da necessidade, a eficiência do tratamento e das ações de prevenção de incapacidades físicas está relacionada diretamente, nos países endêmicos, com as condições sanitárias e de informação, que não são as melhores (NOGUEIRA *et al.*, 1995). A baixa escolaridade associada à complexidade das orientações fornecidas ao paciente com Hanseníase e suas dúvidas sobre a eficácia do tratamento são fatores a considerar nas ações de orientação de prevenção de incapacidades (BAKIRTZIEF, 1996). O diagnóstico desses efeitos colaterais é fundamentalmente baseado nos sinais e sintomas por eles provocados (BRASIL, 2014).

RIFAMPICINA	
Cutâneo	rubor de face e pescoço, prurido e <i>rash</i> cutâneo generalizado.
Gastrointestinal	diminuição do apetite e náuseas. Eventualmente, podem ocorrer vômitos, diarreias e dor abdominal leve.
Hepático	mal-estar, perda do apetite, náuseas e icterícia. São descritos dois tipos de icterícias: a leve ou transitória e a grave, com danos hepáticos importantes. A medicação deve ser suspensa e o doente, encaminhado à unidade de referência, se as transaminases e/ou bilirrubinas aumentarem mais de duas vezes o valor normal.
Hematopoiético	trombocitopenia, púrpuras ou sangramentos anormais, como epistaxes. Podem também ocorrer hemorragias gengivais e uterinas. Nesses casos, o doente deve ser encaminhado ao hospital.
Anemia hemolítica	tremores, febre, náuseas, cefaleia e, às vezes, choque, podendo também ocorrer icterícia leve. Raramente ocorre uma síndrome pseudogripal (2ª a 4 dose), quando o doente apresenta febre, calafrios, astenia, mialgias, cefaleia, dores ósseas. Esse quadro pode evoluir com eosinofilia, nefrite intersticial, necrose tubular aguda, trombocitopenia, anemia hemolítica e choque.
CLOFAZIMINA	
Cutâneo	ressecamento da pele, que pode evoluir para ictiose, alteração na coloração da pele e suor. Nas pessoas de pele escura, a cor pode se acentuar; nas pessoas claras, a pele pode ficar com uma coloração avermelhada ou adquirir um tom acinzentado, devido à impregnação e ao ressecamento. Esses efeitos ocorrem mais acentuadamente nas lesões hansênicas e regredem, muito lentamente, após a suspensão do medicamento.
Gastrointestinal	diminuição da peristaltese e dor abdominal, devido ao depósito de cristais de clofazimina nas submucosas e linfonodos intestinais, resultando na inflamação da porção terminal do intestino delgado. Esses efeitos poderão ser encontrados, com maior frequência, na utilização de doses de 300mg/dia por períodos prolongados, superiores a 90 dias.
DAPSONA	
Cutâneo	síndrome de Stevens-Johnson, dermatite esfoliativa ou eritrodermia.
Hepático	icterícias, náuseas e vômitos.
Hemolítico	tremores, febre, náuseas, cefaleia, às vezes choque, podendo também ocorrer icterícia leve, meta-hemoglobinemia, cianose, dispneia, taquicardia, fadiga, desmaios, anorexia e vômitos. Efeitos raros: podem ocorrer insônia e neuropatia motora periférica.

Quadro 05 – Possíveis efeitos colaterais das substâncias que compõem a Poliquimioterapia nas diversas partes do corpo humano.

O tratamento imediato da Hanseníase é determinante para a prevenção de incapacidades e estabilização do quadro, trazendo a população informações sobre esse alto grau incapacitante deixado por esta doença, também orientando sobre a possível transmissão dela aos seus contatos diretos, devendo se saber com

exatidão onde ela esta instalada em seu corpo o como se proteger e proteger sua família (HOLMES, 2005).

A Hanseníase, quando não diagnosticada e tratada precocemente poderá evoluir para incapacidades e deformidades físicas, limitando o paciente na capacidade para o trabalho, vida social (estigma) e problemas psicológicos, tornando-se um problema sério de saúde pública (BRASIL, 2008; SILVA *et al.*, 2007).

2.7 PREVENÇÃO DA HANSENÍASE

Todos os anos milhares de novos casos de Hanseníase são registrados no Brasil (AMARAL, 2015). A principal forma de prevenir a instalação de deficiências (temporárias) e incapacidades (permanentes) físicas é o diagnóstico oportuno, não devendo ser dissociada do tratamento por poliquimioterapia, essas ações devem fazer parte da rotina dos serviços de saúde e recomendadas para todos os doentes (SOBRINHO; MATHIAS, 2008).

Se o diagnóstico e o tratamento fossem feitos precocemente, enquanto o bacilo estivesse limitado às terminações nervosas superficiais, todas essas manifestações em nervos e vísceras poderiam ter sido evitadas (BRASIL, 2008a).

As ações de prevenção das incapacidades físicas inseriram na rotina do atendimento uma diversidade de ações do cuidado, em grande parte assumidas pela enfermagem (BRASIL, 2008a).

A enfermeira Dorothea Oren em 1958, elaborou a teoria do autocuidado (SILVA *et al.*, 2009), definindo autocuidado como uma atividade aprendida pelo indivíduo e orientada para um objetivo. Ao ampliar um pouco mais esse conceito podemos ver que o autocuidado refere-se a ações que a pessoa realiza visando seu benefício, bem-estar e para manter sua saúde. Visto que estas ações quando executadas de maneira específica auxilia nas funções e no desenvolvimento humano (FOSTER *et al.*, 1993).

O Ministério... (2004) ressalta quanto a necessidades de se utilizar nas redes básicas, técnicas simples para prevenir incapacidades em Hanseníase. O paciente deve ser orientado a fazer a autoinspeção diária e, se necessário, estimulado a usar proteção, especialmente voltada para os olhos, o nariz, as mãos e os pés (BRASIL,

2016). As pessoas com história de reação e neurites ou com grau de incapacidade 1 e/ou 2 no diagnóstico apresentam maior risco de desenvolver incapacidades e deformidades, por isso, esses grupos necessitam aprender a realizar práticas diárias de autocuidados individuais ou em grupos de ajuda mútua (OLIVEIRA; SOARIN, 2008b).

2.8 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO COM O PACIENTE

Está estabelecida na Portaria GM 648/2006, do Ministério da Saúde, que é papel do enfermeiro não somente educar e prevenir, mas também participar do tratamento através da consulta de Enfermagem, da solicitação de exames complementares e da prescrição de medicamentos, conforme protocolos estabelecidos, nas disposições legais da profissão e outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, nos quais o enfermeiro participa do planejamento, gerenciamento, na coordenação e avaliação das ações que serão desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (ALBERICI *et al.*, 2011).

Moreira (2003) delinea a importância dos profissionais da atenção básica estarem capacitados para realizar a avaliação do grau de incapacidades, visto que uma das metas do Ministério da Saúde é que todos os diagnósticos e tratamento da Hanseníase sejam feitos na rede básica dos serviços de saúde.

O paciente precisa realizar alguns autocuidados que devem estar bem explicados perante a sua condição, neste sentido o profissional de saúde tem importância singular no repasse destas orientações, estimulando o mesmo a seguir todas as orientações para um bem comum, tentando agir com motivação, para reintrodução de suas atividades normais no seu dia a dia e na valorização da sua autoconfiança (BRASIL, 2008a). As ações de prevenção das incapacidades dependem da qualificação dos profissionais de saúde para determinar o diagnóstico e orientar o tratamento (SILVA *et al.*, 2007).

No Brasil ampliou-se muito a participação dos enfermeiros no controle da Hanseníase, pois seu envolvimento é primordial para que haja uma boa avaliação no diagnóstico, e este fato tem sido notado nestas últimas duas décadas quando houve a implantação da poliquimioterapia e a expansão no SUS (OLIVEIRA, 2008).

Infelizmente no Brasil cerca de 5,7% da população descobre a doença tardiamente, fazendo com que o tratamento seja mais dificultoso, pois as lesões sensitivas e/ou motoras, ou até mesmo as deformidade e incapacidades poderiam ser evitadas se o diagnóstico fosse feito precocemente, e as orientações fossem seguidas mesmo depois do término do tratamento medicamentoso (ARANTE *et al.*, 2010).

Então podemos dizer que uma boa avaliação de enfermagem é capaz de identificar as demandas específicas, e outras demandas pertencentes ao dia a dia do ser doente, incluindo as que estão relacionadas ao estigma e ao potencial incapacitante da Hanseníase, tornando as necessidades do doente como centro de suas intervenções e práticas. Portanto busca-se na consulta de enfermagem, a criação de vínculo e confiança com o cliente, para oferecer um atendimento de qualidade, humanizado e efetivo, priorizando a prevenção, o tratamento e cura das incapacidades (PEDRAZZANI, 1995; DUARTE *et al.*, 2009), mostrando ao paciente os benefícios e possíveis efeitos adversos já esperados no início do tratamento, aproveitando o momento para também orienta-lo quanto à prática do autocuidado que deve ser adotado por ele (OLIVEIRA, 2008).

O autocuidado requer um conjunto de procedimentos, técnicas e exercícios que o paciente, devidamente orientado, pode realizar regularmente no seu domicílio e em outros ambientes, orientado e estimulado pelo enfermeiro (BRASIL, 2016).

O enfermeiro deve conversar com o paciente sempre que necessário sobre todas as questões sobre sua patologia tirando suas dúvidas e tranquilizando, e orientando quanto aos planos terapêuticos, focando no autocuidado, para que os mesmos se sintam confiantes e sua autoestima seja reestabelecida, para que se for o caso de uma transferência para uma unidade de alta complexidade, o paciente não se sinta abandonado pela equipe e ache que está desenganado e tenha vontade de abandonar seu tratamento (HELENA; ROCHA, 1998).

Segundo BRASIL (2016), na hora do diagnóstico da doença o paciente deverá ter a notícia de modo semelhante ao de outras doenças curáveis, pois é assim que a Hanseníase é tratada, para que haja maior adesão ao tratamento, pois a atenção e explicação correta devem ser oferecidas no momento do diagnóstico, assim como no decorrer do tratamento e, se necessário, após a alta.

Os pacientes precisam estar cientes sobre todos os aspectos da Hanseníase, para que não se apavorem diante de algumas manifestações da doença, pois alguns

deles apresentam reações muito fortes durante o tratamento, pois o cotidiano deste paciente é cheio de incertezas e restrições que dificultam sua interação com o mundo social; a assistência de enfermagem tem que demonstrar uma participação constante e consciente ao paciente para que ele se sinta amparado em suas dificuldades e limitações havendo assim uma cumplicidade entre ambos para que se chegue ao resultado esperado (DUARTE *et al.*, 2009; VIEIRA *et al.*, 2004).

A forma com que a equipe de saúde conduz as ações de prevenção e controle da Hanseníase será fator determinante no sucesso. O enfermeiro sem dúvidas é parte integrante indispensável na prevenção, controle e tratamento do paciente acometido pela Hanseníase e seus agravos, configurando-se um ator imprescindível para eliminação desta doença (FREITAS *et al.*, 2008).

3 METODOLOGIA

É um estudo do tipo exploratório, pois este tipo de pesquisa visa permitir ao pesquisador promover um instrumento de coleta (MATTAR, 2009) sobre a abordagem quali-quantitativa da doença Hanseníase.

Existe um total de 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Município de Itaituba (15 UBS na zona urbana e 09 na zona rural), Estado do Pará. Foram utilizados somente dados de pacientes atendidos na UBS Edson Botelho, localizada no Bairro Boa Esperança, por ser a unidade de referência na qual ocorre o atendimento por médico especializado aos pacientes diagnosticados e suas incapacidades, onde também os pacientes são acompanhados após a alta por cura medicamentosa, orientados mensalmente sobre sua evolução e cuidados com as sequelas deixadas por essa doença.

De acordo com IBGE (2016) à população até o ano de 2015 no Município de Itaituba, Estado do Pará estava estimada em 98.446 mil habitantes, em relação ao ano de 2010 que era de 97.493 mil.

Foram coletados dados do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) entre o período de janeiro de 2010 a dezembro de 2014, e somente aqueles introduzidos até 11 de abril de 2016. O SINAN foi implantado gradualmente no país de 1990 e tem por objetivo o registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, desta forma, para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal. Os dados são preenchidos em Ficha Individual de Notificação (FIN) (Anexo C, D) pelas unidades assistenciais para cada paciente quando da suspeita da ocorrência de problema de saúde de notificação compulsória ou de interesse nacional, estadual ou municipal. Essa FIN é encaminhada a Vigilância Epidemiológica das Secretarias municipais para arquivamento no SINAN (<http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-de-agravos-de-notificacao-sinan.html>) e é restrita ao setor da Vigilância Epidemiológica de cada município.

Este estudo foi autorizado pela coordenação do Curso de Enfermagem e pela Faculdade de Itaituba (FAI).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram registrados 85 casos de Hanseníase no período de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2014. Nesse período, o ano de 2012 apresentou uma epidemia, registrando 34,2% (número de indivíduos, n = 29) dos casos (Tabela 1; Gráfico 1). Nos outros anos o número de casos registrados se manteve constante.

Tabela 1 – Número de casos de Hanseníase quanto as formas clínicas e a classificação operacional atendidos na UBS Edson Botelho de 2010 a 2014 no Município de Itaituba. Legenda: F – Feminino, M – Masculino; N° - Número de casos; Forma clínica: Ind - Indeterminada, Tub - Tuberculóide, Dim – Dimorfa, Vir – Virchowiana; N_Clas – Não classificado; PB – Paucibacilar, MB – Multibacilar. Entre parênteses está o número de casos que corresponde a respectiva porcentagem.

ANO	Sexo	N°	Ind	Tub	Dim	Vir	N_Clas	PB	MB
2010	F(4)	12,9%	45,4%	9,1%	36,4%	9,1%	0%	54,5%	45,5%
	M(7)	(11)	(5)	(1)	(4)	(1)	(0)	(6)	(5)
2011	F(3)	14,1%	0%	8,3%	75,5%	16,7%	0%	8,3%	91,7%
	M(9)	(12)	(0)	(1)	(9)	(2)	(0)	(1)	(11)
2012	F(6)	34,2%	20,7%	6,9%	51,7%	20,7%	0%	24,1%	75,9%
	M(23)	(29)	(6)	(2)	(15)	(6)	(0)	(7)	(22)
2013	F(3)	20,0%	5,9%	5,9%	52,9%	29,4%	5,9%	11,8%	88,2%
	M(14)	(17)	(1)	(1)	(9)	(5)	(1)	(2)	(15)
2014	F(6)	18,8%	0%	25,5%	62,5%	12,5%	0%	25,5%	75,5%
	M(10)	(16)	(0)	(4)	(10)	(2)	(0)	(4)	(12)

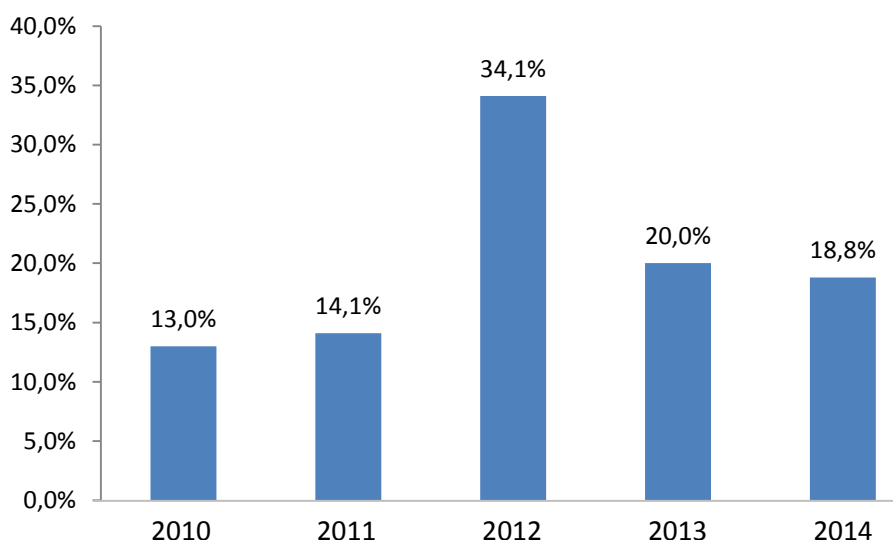


Gráfico 1 – Porcentagem de casos de Hanseníase registrados de 2010 a 2014 na UBS Edson Botelho, Município de Itaituba, Pará.

Durante esse período o número registrado variou de 11 a 29 casos no Município de Itaituba. O Município atualmente apresenta um pouco mais de 98.000 mil habitantes (IBGE, 2016). De acordo com BRASIL (2016), para estar dentro da normalidade, esse número não deve ultrapassar de um (1) para cada 100.000 habitantes por ano. Esses dados comprovam o alto índice de casos presentes na região.

A Região Norte apresenta os dados mais elevados do Brasil, seguido das regiões Centro-Oeste e Nordeste (MONTEIRO *et al.*, 2013). O tratamento imediato da Hanseníase é determinante para a prevenção de incapacidades e estabilização do quadro, trazendo a população informações sobre esse alto grau incapacitante deixado por ela (HOLMES, 2005).

Do total de pacientes, cerca de 73,0% (n = 62) dos casos são do sexo masculino, e 27,0% (n = 23) do feminino (Tabela 1). Em todos os anos do estudo houve maior prevalência de pacientes masculinos (Gráfico 2).

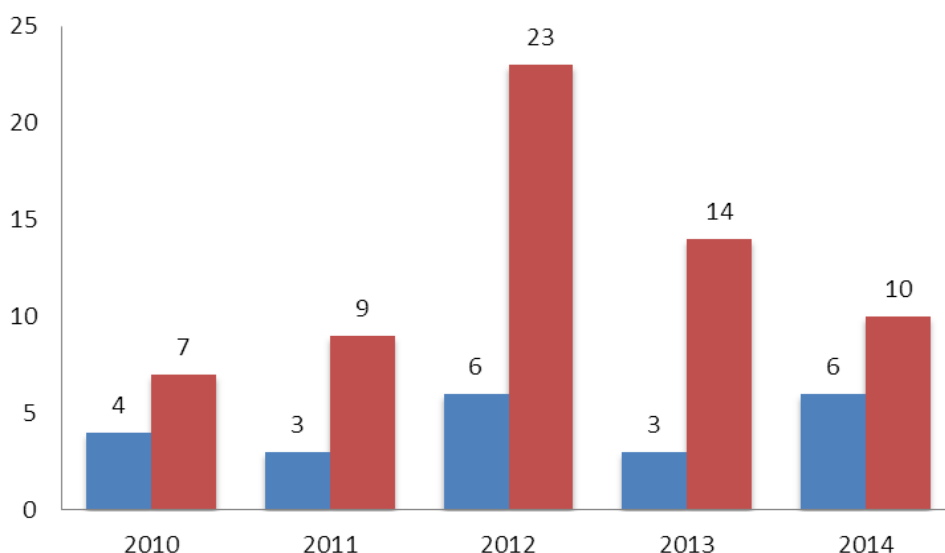


Gráfico 2 – Número de pacientes por sexo registrado de 2010 a 2014 na UBS Edson Botelho, Município de Itaituba, Pará. Coluna azul - feminino. Coluna Vermelha – masculino.

Segundo Opromolla (1998), no Brasil são diagnosticados, proporcionalmente, 1,3 pacientes do sexo masculino para cada 1 caso confirmado do sexo feminino. Os dados encontrados nesse estudo corroboram essas informações (Tabela 2).

Sobrinho *et al.*, (2007) e Oliveira e Macedo (2012) também registraram maioria dos casos no sexo masculino nos municípios de Paranavaí (66,7%) e Iretama (55,2%), Estado do Paraná. Para Gomes *et al.*, (2007), a maior prevalência de Hanseníase no sexo masculino está associada a preocupação com o trabalho e o sustento da família, o que diversas vezes impedem eles a procurarem os serviços de saúde, deixando a própria saúde em segundo plano, pois os horários de atendimento das UBS coincidem com o horário do trabalho.

O sexo masculino também se destacou em relação aos graus de incapacidade, principalmente os mais agressivos do tipo 1 e 2. O grau de incapacidade mais registrado neste estudo foi do tipo 0 (zero), com 49,4% (n = 42) (Tabela 2; Gráfico 3), o que indica que os acometidos ainda não apresentavam problemas nos olhos, mãos e pés decorrente da Hanseníase. Nos estudos realizados por Oliveira e Macedo (2012) também a maioria dos pacientes apresentava grau 0 com 48,28% dos casos.

Tabela 2 – Descrição dos pacientes que iniciaram tratamento com algum grau de incapacidades. Legenda: Entre parênteses está a porcentagem do número de casos.

Ano	Sexo	Grau 0	Grau I	Grau II	Não avaliados
2010	F=04 (36,4%)	04	-	-	-
	M=07 (63,6%)	03	02	01	01
2011	F=03 (25,0%)	-	02	01	-
	M=09 (75,0%)	-	07	02	-
2012	F=6 (20,7%)	04	01	01	-
	M=23 (79,3%)	13	09	-	01
2013	F=03 (17,6%)	01	02	-	-
	M=14 (82,4%)	04	02	06	02
2014	F=6 (37,5%)	06	-	-	-
	M=10 (62,5%)	07	03	0	-
TOTAL	F=22 (27,0%)	15	05	02	-
	M=63 (73,0%)	27	23	09	04
	85	42 (49,4%)	28 (32,9%)	11 (12,9%)	04 (4,8%)

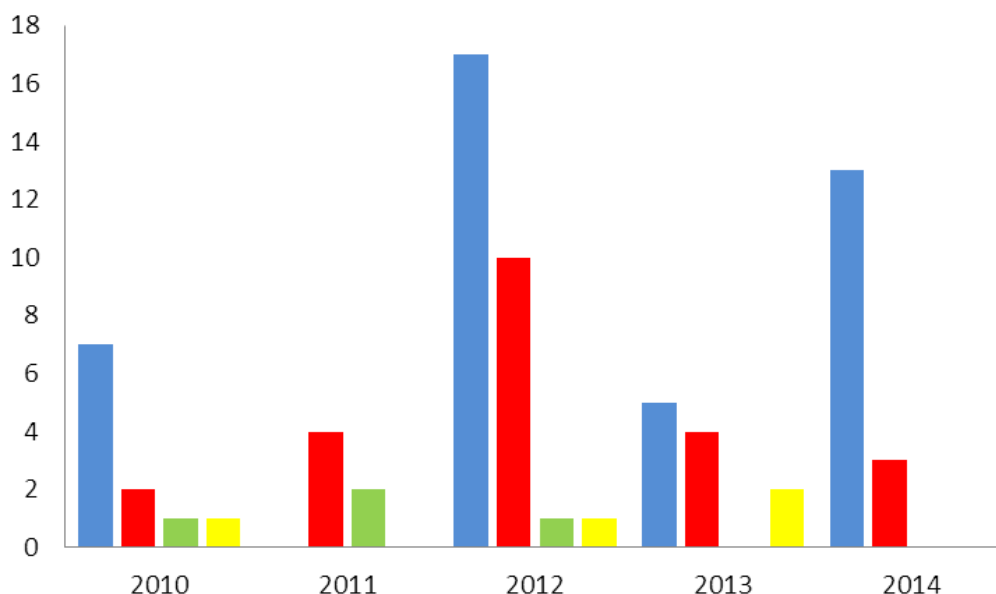


Gráfico 3 – Registro do Grau de Incapacidades no momento do diagnóstico da Hanseníase na UBS Edson Botelho de 2010 a 2014 no Município de Itaituba. Legenda: Coluna azul – Grau 0 (zero), Coluna vermelha – Grau 1 (um), Coluna verde – Grau 2 (dois), e Coluna amarelo – Não Avaliado.

O grau 1 de incapacidade foi o segundo mais registrado no estudo 32,9% (n=28) (Tabela 2; Gráfico 3), podendo o paciente apresentar diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos, mãos e/ou pés, a partir desta avaliação o paciente deverá ser orientado com mais atenção para realização de autocuidados específicos evitando traumas e lesões que o levem ao grau 2, sendo este associado às incapacidades.

Mesmo que o paciente já se encontre com algum grau de incapacidade, o mesmo deverá ter práticas de autocuidado para que a doença não afete mais ainda seu estado físico e deverá ser trabalhado o lado psicológico do cliente, pois sabemos que o tratamento é longo e as reações muitas vezes são fortes, fazendo com que a equipe de saúde tenha que fazer um acompanhamento direto, constituindo uma tarefa árdua para não deixar o paciente interromper ou abandonar o tratamento.

Das quatro formas clínicas da doença, a Dimorfa foi a mais registrada em 2011, 2012, 2013 e 2014 (Tabela 1; Gráfico 4), seguida da forma Virchowiana nos pacientes pesquisados. A forma Indeterminada prevaleceu apenas em 2010, seguida da Dimorfa.

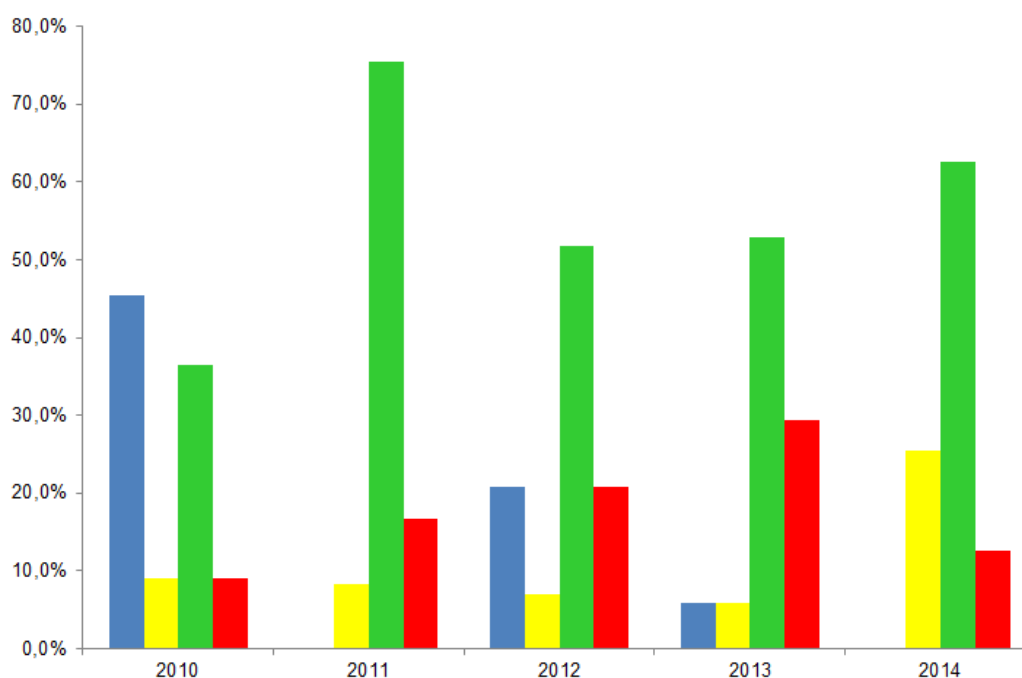


Gráfico 4 – Formas clínicas da Hanseníase registradas na UBS Edson Botelho de 2010 a 2014 no Município de Itaituba. Legenda: Coluna azul – Forma Indeterminada, Coluna amarela – forma Tuberculóide, Coluna verde – Dimorfa, e Coluna vermelha – Virchowiana.

Leite *et al.*, (2009) também registraram uma elevada incidência em uma área na Amazônia do Estado do Maranhão da forma Dimorfa (23,3% dos casos), seguida da Virchowiana (9,6%). Esses dados se aproximam dos registrados em Itaituba. Entretanto, Oliveira e Macedo (2012) encontraram aumento significativo de Hanseníase, na forma Virchowiana, no Município de Iretama, Paraná. Esses fatores podem estar associados às diferenças regionais, reproduzindo assim as desigualdades socioeconômicas do país, já relatadas por Nogueira *et al.* (1995) e Bakirtzief (1996).

O tratamento realizado para a Hanseníase é dividido em duas formas operacionais, a primeira é a Paucibacilar, que constitui de 06 a 09 meses de tratamento medicamentoso supervisionado contínuo, geralmente prescritas para as formas mais brandas da doença como a Indeterminada e Tuberculóide; e a segunda a forma Multibacilar, realizado aos pacientes com maior número de lesões de pele, e/ou mais de um nervo(s) afetados, pois, esta classificação possui importante relação com o aparecimento de incapacidades (OLIVEIRA; MACEDO, 2012), constituindo tratamento de 12 a 18 meses, para as classificações mais agressivas da doença.

Baseado na quantidade das formas clínicas identificadas, podemos iniciar o tratamento com as formas operacionais do tipo Paucibacilar e Multibacilar. A forma Multibacilar foi a mais encontrada em 76,5% (n = 65) dos casos, e a forma Paucibacilar em 23,5% (n = 20) (Tabela 1; Gráfico 5). Realizando uma análise por ano, destaca-se o tratamento dos pacientes com o tipo Paucibacilar com maior incidência somente em 2010, e o tratamento das formas mais agressivas (Dimorfa e Virchowiana) com o tipo Multibacilar nos anos de 2011 a 2014.

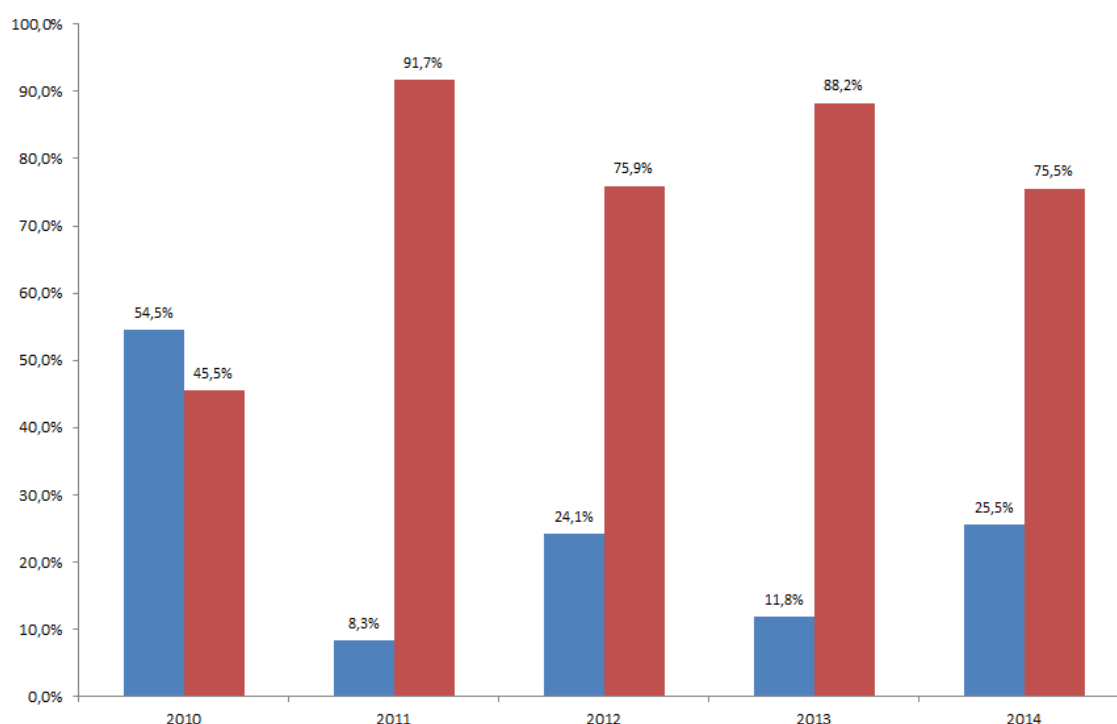


Gráfico 5 – Classificação Operacional da Hanseníase registrado na UBS Edson Botelho de 2010 a 2014 no Município de Itaituba. Legenda: Coluna azul – tratamento na forma Paucibacilar, coluna vermelha – tratamento na forma Multibacilar.

Guimarães (2013) também registra predomínio das formas Multibacilar (64,4%) em detrimento das Paucibacilar (35,6%). Helene *et al.*, (2001) também registrou a maioria (79%) dos pacientes com a forma operacional do tipo Multibacilar, e relatou o fato de quanto maior o atraso no diagnóstico, maior as chances de desenvolvimento de incapacidades físicas irreversíveis e lesões decorrentes da própria evolução da doença.

Quando o paciente chega a UBS para iniciar o tratamento, umas das questões a ser avaliada é o modo da entrada, se for um “caso novo”, a principal conduta é a verificação dos contatos intradomiciliares, haja vista que o paciente não saiba muito sobre a doença, fato este analisado na avaliação do grau de incapacidades se for 1 ou 2, podemos associar à demora da procura do serviço de saúde, fazendo deste paciente um potencial transmissor do bacilo aos seus familiares e contatos direto.

O Estado do Pará é hiperendêmico em casos de Hanseníase, apresentando 3.926 casos novos em 2011, na população geral há um coeficiente de detecção de 51,1/100.000 habitantes, ocupando a quinta posição no cenário nacional (GUIMARAES, 2013; BRASIL, 2012a).

Nesse estudo, foi observado que a maioria (71,8%; n = 61) dos pacientes que iniciaram o tratamento para Hanseníase deram entrada na UBS do Edson Botelho como “caso novo”, e já iniciaram o tratamento com avaliação do grau de incapacidades 1 ou 2 (Tabela 3).

Tabela 03 - Modo de entrada dos pacientes no momento do diagnóstico realizado na Unidade de Básica de Saúde Edson Botelho. Legenda: Transf – transferência; entre parênteses está o número de casos que corresponde a respectiva porcentagem.

Ano	Caso novo	Transf/outra município	Transf/mesmo município	Transf/outra estado	Outros reingressos	Recidiva
2010	73% (08)	9% (01)			18% (02)	
2011	58% (07)				42% (05)	
2012	93% (26)					7% (02)
2013	53% (09)	6% (01)	12% (02)	6% (01)	11% (02)	12% (02)
2014	69% (11)	6% (01)	6% (01)	6% (01)	13% (02)	
Total	61	03	03	02	11	04

Um fato parecido foi observado por Oliveira; Macedo (2012), os quais registraram 93,1% dos pacientes inscritos no Programa de Controle de Hanseníase como “caso novo”, e os mesmos nunca tinham realizados tratamentos em relação a doença.

As incapacidades físicas estão associadas justamente a demora no diagnóstico da doença, pois quando o paciente se encontra infectado pelo bacilo, muitas das vezes ele se manifesta como uma leve perda de sensibilidade ou umas pequenas manchas esbranquiçadas na pele, e a falta de informação e também interesse em procurar o serviço de saúde, faz com que o paciente confunda esses sintomas com outra patologia; e até que essas lesões não lhe afetem de maneira mais agressiva, como por exemplo, as terminações nervosas ele já transmitiu a doença à várias pessoas e já chega na UBS com grau de incapacidades 1 ou 2 na classificação da doença, tornando seu tratamento mais longo.

CONCLUSÃO

A Hanseníase ainda representa um grave problema de saúde pública, pois seu índice continua elevado a partir dos dados apresentados pelo SINAN, sendo que nos cinco anos pesquisados foram notificados 85 casos na UBS pesquisada, destes anos, o menor número de casos foi em 2010 com 11 casos, e o maior número em 2012 com 29 casos.

Foi observado que o sexo masculino prevaleceu predominantemente nas notificações. Provavelmente, esses dados apresentam relação com a preocupação que o sexo masculino tem com o trabalho, para sustentar a família, os impedindo de procurar os serviços de saúde.

Na classificação operacional notou-se um número elevado de paciente com a forma Dimorfa, sendo ela uma das formas mais agressivas da doença foram notificados 47 casos, e em segundo lugar a forma Virchowiana. Diante da gravidade da doença foram tratados estes pacientes com PQT – MB que se apresenta em blisters com 12 meses de tratamento medicamentoso contínuo supervisionado.

Foi constatado que a maioria dos pacientes apresenta no momento da notificação alguma incapacidade, sendo que 41 deles tiveram classificação de incapacidades grau 0 que significa nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à Hanseníase; seguido por 29 com Grau 1 e 11 pacientes com grau 2. Com esses dados podemos avaliar melhor a doença e providenciar um tratamento mais adequado.

Diante de todos os dados apresentados no decorrer deste estudo sobre a Hanseníase, observamos o quanto esta doença ainda se faz presente entre nós, e o quanto é silenciosa e alarmante, pois quanto mais tardiamente o paciente iniciar seu tratamento, mais danos esta doença poderá ter deixado ao mesmo, por isso se faz necessário o diagnóstico precoce, através de divulgação para identificação, prevenção e tratamento da doença.

É necessário ainda que os profissionais da saúde estejam sempre preparados e atentos para receber os pacientes com essas incapacidade, atendendo-os de forma humanizada, esclarecendo todas as dúvidas sobre a doença e tratando-os de maneira que diminua esse índice em nosso município.

REFERÊNCIAS

ABCMED. **O que são bactérias? Onde elas vivem? O que elas podem causar aos seres humanos? Elas podem ser úteis? O que é um antibiograma?** 2014. Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/vida-saudavel/519847/o-que-sao-bacterias-onde-elas-vivem-o-que-elas-podem-causar-aos-seres-humanos-elas-podem-ser-uteis-o-que-e-um-antibiograma.htm>>. Acesso em: 28 maio 2016.

ALBERICI, P. S.; JÓIA, T.; MOREIRA, A. A. 2011. A ação educativa do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família ao portador de Hanseníase. **Revista UNIABEU Belford Roxo**, v. 4, n. 7, Mar – Ago, 2011.

AMARAL, L. Bem estar. **Brasil teve 24.612 novos casos de Hanseníase em 2014, diz ministério.** 21 de janeiro de 2015. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2015/01/brasil-teve-24612-novos-casos-de-hansenia-em-2014-diz-ministerio.html>>. Acesso em: 28 de junho de 2016 às 13:30 h.

ARANTES, C. K.; GARCIA, M. L. R.; FILIPE, M. S.; NARDI, S. M. T.; PASCHOAL, V. D. A.; Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da Hanseníase. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 19, n. 2, p. 155-164, 2010.

ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade de Medicina Tropical**. Belo horizonte. v. 36, p. 373-382, 2003.

BAKIRTZIEF, Z. Identificando barreiras para aderência ao tratamento de Hanseníase. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 12, n. 4, p. 497-505, 1996.

BOECHAT, N.; PINHEIRO, L. C. S. A Hanseníase e a sua Quimioterapia. **Rev. Virtual Quim.** v. 4, n. 3, p. 247-256, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Manual de prevenção de incapacidades**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de saúde. **Guia para controle da Hanseníase**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 89 p.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS. Caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS. Caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Prevenção de Incapacidade**. Serie A. Normas e Manuais Técnicos cadernos de prevenção e reabilitação em Hanseníase, Brasília – DF. n. 1, p. 07-135, 2008a.

BRASIL, Ministério da saúde. **Hanseníase e Direitos Humanos: Direitos e Deveres dos Usuários do SUS**. Brasília – DF: Ministério da saúde, p. 18 – 41, 2008b.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Vigilância em saúde: situação epidemiológica da Hanseníase no Brasil 2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças Infecciosas e parasitárias: guia de bolso**/ Ministério da Saúde. 8 ed. Ver. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Ações Estratégicas: eliminação da Hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública**. Série C: Projetos, Programas e Relatórios. Brasília; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 812 p.

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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 58 p. : il.

BRASIL... Secretaria de Saúde. 2016. **Secretaria da Saúde do Paraná. Hanseníase.** Disponível em <
<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2799>>.
Acesso em: 28 de junho de 2016. Às 11 h e 53 min.

BRASIL. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico. Município de Itaituba, PA 2016.** Disponível em:
<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=150360> Acesso em: 29/06/2016 as 09:55hs.

CID, R. D. S.; LIMA, G. G.; SOUZA, A. R.; MOURA, A. D. A. Percepção de usuários sobre o preconceito da Hanseníase. **Rev Rene**. v. 13, n. 5, p. 1004-1014, 2012.

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. Á.; SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de Hanseníase em atenção primária. **Texto Contexto Enferm**. v. 18, n. 1, p.100-107, 2009.

EIDT, L. M. Breve história da Hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Revista Saúde e Sociedade**. v. 13, n. 2, p. 76 – 88, 2004.

FOSTER, P. C.; JONSSSENS, N. P.; DOROTHEA, E. FOSTER PC, JANSSENS N.P, DOROTHEA E. Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 90-107, 1993.

FREITAS, C. A. S. L; SILVA, A. V. N.; XIMENES, F. R. G. N.; 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.** v. 61, n. especial, p. 757-763, 2008.

GOMES, F. G.; MAC, F. N. T. Ulceras cutâneas na Hanseníase: perfil clínico-epidemiológico dos pacientes. **Na Bras. Dermatol.** v. 82, n. 5, p. 433-437, 2007.

GUIMARAES, L. S. **Incapacidades física em pessoas afetadas pela Hanseníase: estudo após alta medicamentosa.** Belém, 92 f. Dissertação Mestrado. Instituto de Ciências Biológicas. Universidade Federal do Pará. 2013.

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.** v. 32, n. 3, p. 199-207, 1998.

HELENE, L. M. F.; LEÃO, V. M.; MINAKAWA, M. M. Perfis epidemiológicos e a avaliação de incapacidades físicas de hansenianos de uma UBS de São Paulo. **Hansen International.** v. 26, n. 1, p. 5-13, 2001.

HOLMES, S. Assessing the quality of life – reality or impossible dream? A discussion paper. **Int J Nurs Stud.** v. 42, n. 4, p. 493-501, 2005.

LEITE, J. M. C.; KAMILA, C. K. K.; BARRAL, A.; CALDAS, A. J. M.; CORRÊA R. G. C. F.; AQUINO, D. M. C. Perfil epidemiológico dos contatos de casos de Hanseníase em área Hiperendêmica na Amazônia do Maranhão. **Caderno de Saúde Pública,** Brasília, v. 17, n. 1, p. 235-249, 2009.

MATTAR, F. N. **Sobre planejamento de pesquisa** – Classificação Estudos exploratórios. Pesquisa de Marketing. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2009. v 2. 224p. Disponível em: http://www.leticiacapelao.com/Webquest_Pesquisa_Mercado/fontesestudoexploratorio.htm Acesso em 15/06/2016.

MELÃO, S.; BLANCO, L. F. O.; MOUNZER N.; VERONEZI, C. C. D.; SIMÕES, P. W. T. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** Jan/Feb., 2011.

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.** v. 29, n. 5, p. 909-920, 2013.

MOREIRA, T. A. Panorama sobre a Hanseníase: quadro atual e perspectivas. **Hist. Cien. Saúde – Manguinhos.** v. 10, p. 291-307, 2003.

NARDI, S. M. T.; PASCHOAL, V. D. A.; CHIARAVALLLOTI, N. F.; ZANETTA, D. M. T. Deficiências após a alta medicamentosa da Hanseníase: prevalência e distribuição espacial. **Rev. Saúde Pública**. v. 46, n. 6, p. 969-977, 2012.

NEIVA, R. J. **Hanseníase: Desafios Ao Diagnóstico Nas Unidades Básicas De Saúde**. Araçuaí - MG 2010.

NOGUEIRA, W.; MARZLIAK, M. L. C.; GONÇALVES, O. S. J.; BRASIL, M. T. L.R. F. Perspectivas de eliminação da Hanseníase. **Hansen int**. v. 20, n. 1, p. 19-28, 1995.

NOGUEIRA, J. M. R.; MIGUEL, I. F. S. Bacteriologia. P 221 – 397. In: MOLINARO, E. M.; CAPUTO, L. F. G. & AMENDOEIRA, M. R. R. **Conceitos e método para formação de profissionais em laboratório de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV. IOC. v. 4, 2009.

OLIVEIRA, M. L. W. O papel estratégico do enfermeiro no controle da Hanseníase. **Rev. Bras. Enferm**. v. 61, n. especial, p. 668, 2008.

OLIVEIRA, D. R.; SOARIN, O. R. G. **Reabilitação em Hanseníase**. (Monografia de Bacharelado em Enfermagem). Araguaína, FAHESA/ITPAC, 83 f. 2008.

OLIVEIRA, F. F. L.; MACEDO, L. C. Perfil epidemiológico dos portadores de Hanseníase em um município da região centro-oeste do Paraná. **Rev. Saúde e Biol**. v. 7, n. 1, p. 45-51, 2012.

OPROMOLLA, D.V.A. Hanseníase após a cura. **Hansen International**. v. 3, n. 1/2, p. 1-2, 1998.

PEDRAZZANI, E. S.; Levantamento sobre as ações de enfermagem no programa de controle da Hanseníase no estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto. v. 3, n. 1, 1995.

PEREIRA, A.J. Atenção básica de saúde e a assistência em Hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 61, p. 716-725, 2008.

PEREIRA, S. V. M.; BACHION, M. M.; SOUZA, A. G. C.; VIEIRA, S. M. S. Avaliação da Hanseníase: relato de experiência de acadêmicos de enfermagem. **Rev Bras Enferm**. v. 61, n. esp, p. 774-780, 2008.

RUBIN, E. **Patologia**: Bases Clínico patológicas da Medicina. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SILVA, S. R. A.; SOBRINHO, R. A. S; 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 Enferm**. v. 15, n. 6, 2007.

SILVA, I. J.; OLIVEIRA, M. F. V.; S. S. E. D.; POLARO, S. H. I.; RADÜNZ, V.; SANTOS, E. K. A.; SANTANA, M. E. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: Uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev.. Esc. Enfem. USP**. São Paulo, v. 43, n. 3, p. 697–703. 2009.

SOARES, G. MS Farm. Responsável: Dr. Gidel Soares – CRF-SP nº 14.652 FUNDAÇÃO PARA O REMÉDIO POPULAR – FURP Governo do Estado de São Paulo– Guarulhos – SP **Laboratório** Furp Data da bula 14/03/2016 disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/bula/4524/rifampicina.htm>>. Acesso em 02/05/2016 as 17:34 hs.

SOBRINHO, R. A. S.; 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**. v. 15, n. 6, p. 1-7. 2007

SOBRINHO, R.A.S.; MATHIAS, T.A.F. Perspectivas de eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública do Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, fev. 2008.

SOUSA, R. L.; BRITO Z. S.; SILVA, S. B. Dificuldades encontradas pelos enfermeiros (as) das UBS de uma cidade do Tocantins frente à prevenção de incapacidades em Hanseníase. **Revista Científica do ITPA**, Araguaína, v. 5, n.4, 2012.

SUAREZ, R. E. G.; LOMBARDI, C. Estimado de prevalência de lepra. **Hansenologia Internationalis**. v. 22, p. 31-35, 1997.

TALHARI, S.; NEVES, R. G.; PENNA, G. O.; OLIVEIRA, M. L. V. **Hanseníase**. Manaus: Gráfica Tropical. 2006.

VIEIRA, V. B.; PATINE, F. S.; PASCOAL, V. D. A.; BRANDÃO, V. Z. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de Hanseníase: estudo de caso. **Arq. Ciênc. Saúde**. v. 11, n. 2, p. 2-9, 2004.

WKLY. **Epidemiol Rec**. Geneva: WHO; 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/wer>>. Acesso em: 20 junho de 2016.

ANEXO B

Solicitação de exame laboratorial

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAITUBA
HOSPITAL MUNICIPAL DE ITAITUBA



PEDIDO DE EXAMES LABORATORIAIS
(BACILOSCOPIA DO RASPADO INTRADÉRMICO)

NOME: _____ PRONT. _____ IDADE: _____ SEXO: _____
 END: _____ Nº. _____ BAIRRO: _____
 CIDADE: _____ UF: _____ TEL.: _____ DATA REQUISIÇÃO: ____/____/____
☐ DIAGNÓSTICO ☐ CONTROLE (FORMA CLÍNICA: _____ IB INICIAL: _____)

LOCALIZAÇÃO DA COLETA / RESULTADO

☐ LOD _____
☐ LOE _____
☐ CD _____
☐ CE _____
☐ LESÃO (ÕES) _____

OBS: _____

ASSINALE A LOCALIZAÇÃO DAS LESÕES PARA COLETA

Solicitante _____ Bioquímico Responsável _____

ANEXO C

Formulário de Notificação

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO		HANSENÍASE		Nº
Caso 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		HANSENÍASE		3
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (CID 10)	6
Notificação Individual	7	Data da Notificação		Código (IBGE)		
	8	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		9
	10	Nome do Paciente		Data do Diagnóstico		
Dados de Residência	11	Nome do Paciente		Data de Nascimento		
	12	(ou) Idade		Sexo		13
	14	Escolaridade		Gestante		15
Dados de Residência	16	Número do Cartão SUS		Nome da mãe		
	17	UF		Município de Residência		18
	19	Bairro		Logradouro (rua, avenida,...)		20
Dados Complementares do Caso	21	Número		Complemento (apto, casa,...)		22
	23	Geo campo 1		Geo campo 2		24
	25	Ponto de Referência		CEP		
Dados Clínicos	26	(DDD) Telefone		Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		27
	28	Pais (Se residente fora do Brasil)				
	29	Pais (Se residente fora do Brasil)				
Atendimento	30	Nº do Prontuário		Ocupação		
	31	Nº de Lesões		Forma Clínica		32
	33	Cutâneas		Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico		34
Tratamento	35	Modo de Entrada		Modo de Detecção do Caso Novo		
	36	Data do Início do Tratamento		Esquema Terapêutico Inicial		
	37	Número de Contatos Registrados				
Med. Contr.	38	Observações:				
	39	Município / Unidade de Saúde		Código da Unid. de Saúde		
	40	Nome		Função		Assinatura
Hanseníase		Sinan NET		SVS 15/01/2007		

ANEXO D

Avaliação neurológica simplificada

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

Nome: _____ Data Nasc. ____/____/____
 Ocupação: _____ Sexo: M ☐ F ☐
 Município: _____ Unidade Federada: _____
 Classificação operacional: PB ☐ MB ☐ Data início PQT: ____/____/____ Data alta PQT: ____/____/____

FACE	1°	/	/	2°	/	/	3°	/	/
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)									
Triquias (S/N) / Ectrópio (S/N)									
Dimin. sensib. córnea (S/N)									
Opacidade da córnea (S/N)									
Catarata (S/N)									
Acuidade visual									

Membros superiores	1°	/	/	2°	/	/	3°	/	/
Queixa principal									
Palpação de nervos	D		E	D		E	D		E
Ulnar									
Mediano									
Radial									

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da força	1°	/	/	2°	/	/	3°	/	/
	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 = Forte D = Diminuída P = Paralisado ou S = Forte, 4 = Resistência Parcial, 3 = Movimento completo, 2 = Movimento parcial, 1 = Contração, 0 = Paralisado

Inspeção e avaliação sensitiva

1°	/	/	2°	/	/	3°	/	/
D		E	D		E	D		E
								

Legenda: Caneta/filamento lilás (2 g): Sente ☒ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores

Garra móvel: M

Garra rígida: R

Reabsorção: 

Ferida: 

Continuação...

MEMBROS INFERIORES	1ª	/	/	2ª	/	/	3ª	/	/
Queixa principal									
Palpação de nervos	D		E	D		E	D		E
Fibular									
Tibial posterior									
Legenda:	N = normal E = espessado D = dor								

Avaliação da força	1ª	/	/	2ª	/	/	3ª	/	/
	D		E	D		E	D		E
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	E		D	E	
								

Legenda: Caneta/filamento lilás (2 g): 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		
Aval. diagnóstico / /								
Aval. de alta / /								

LEGENDA PARA PREENCHIMENTO DO GRAU DE INCAPACIDADES

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés decorrente da hanseníase
I	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e /ou pés (não sente 2 g ou toque da caneta)
II	Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6 m Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caldo; contratura do tornozelo

MONOFILAMENTOS

COR	Gramas
Verde	0,05
Azul	0,2
Lilás	2,0
Verm. fechado	4,0
Verm. cruzado	10,0
Verm. aberto	300,0
Preto	s/resposta

ANEXO E

CD – CÓPIA MÍDIA EM PDF E WORD