



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

ROSANA DA SILVA

**DESAFIOS AO DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA**

ARIQUEMES – RO

2020

ROSANA DA SILVA

**DESAFIOS AO DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso para
obtenção do Grau em Enfermagem
apresentado à Faculdade de Educação
e Meio Ambiente – FAEMA,

Orientadora: Prof.^a Ma. Sonia Carvalho
de Santana

**ARIQUEMES - RO
2020**

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Júlio Bordignon – FAEMA

SI586d SILVA, Rosana da.

Desafios ao diagnóstico da hanseníase na Estratégia de Saúde da Família. / por Rosana da Silva. Ariquemes: FAEMA, 2020.

62 p.

TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador (a): Profa. Ma. Sônia Carvalho de Santana.

1. Atenção primária. 2. Hanseníase. 3. Equipe de Saúde Familiar. 4. Diagnóstico. 5. Situação Epidemiológica. I Santana, Sônia Carvalho de. II. Título. III. FAEMA.

CDD:610.73

Bibliotecária Responsável
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

ROSANA DA SILVA

**DESAFIOS AO DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso para a
obtenção do Grau em Enfermagem apresentado
a Faculdade de Educação e Meio Ambiente –
FAEMA.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a. Ma. Sonia Carvalho de Santana
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof^a. Ma. Mariana Ferreira Alves de Carvalho
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof.^a Esp. Fabiola de Souza Ronconi
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

**ARIQUEMES - RO
2020**

Dedico

Primeiramente a Deus, por ser o provedor de tudo o que acontece em minha vida, porque sem ele nada sou, a minha família e amigos.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me deu o dom da vida e me abençoa todos os dias com seu amor infinito. Também venho a agradecer minha irmã que me deu a maior força e sempre me ajudou e me transmitiu só positividade Rosimari da Silva.

Ao meu esposo que teve uma imensa participação nessa caminhada Atamir Vander Almeida obrigada mesmo.

Aos meus pais que batalharam muito para me oferecer uma educação de qualidade. Aos meus Professores. Especialmente a orientadora Ma. Sonia Carvalho de Santana, por ter se dedicado e nos transmitir o melhor e nos apoiar e ter uma infinita paciência conosco.

Aos meus amigos da faculdade que vou levar comigo para sempre que nunca me deixaram desistir: são eles Mônica, Vini, Vanuza. Obrigada por tudo.

“Os pais e os professores lutam pelo mesmo sonho: tornar seus filhos e alunos felizes, saudáveis e sábios. Mas, jamais estiveram tão perdidos na árdua tarefa de educar”.

Augusto Cury

RESUMO

A hanseníase é uma doença infecciosa e crônica de grande relevância para a saúde pública, desenvolve ações exclusivas voltadas para a sua eliminação em âmbito nacional por meio do Programa de Controle da Hanseníase, presente na Atenção Primária à Saúde (APS), em particular nas Equipes de Saúde da Família (ESF). A temática se direcionou em descrever os desafios ao diagnóstico na Estratégia de Saúde da Família. Objetivou-se em demonstrar as dificuldades de diagnóstico pela ESF quanto ao tratamento da hanseníase na unidade de atenção básica. A pesquisa se realizou mediante estudos bibliográficos identificando a organização da assistência, atribuições dos profissionais da equipe de saúde, competências por níveis de atenção, estratificação de risco por níveis de atenção. A classificação é do tipo exploratória, o método de abordagem a ser utilizado é o qualitativo. A revisão bibliográfica para esta etapa ocorreu através de estudos em artigos científicos, monografias e livros publicados mídia virtual, na Biblioteca Júlio Bordignon, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO). A relevância da temática se enfatizou pelas ações da equipe envolvida no diagnóstico à Hanseníase, bem como acompanhamento de casos na morbidade, sendo de suma importância quanto a prevenção e cura da enfermidade em epígrafe, e como o diagnóstico precoce influi significativamente na redução da prevalência de casos e no enfrentamento frente a hanseníase. Os principais resultados são a existência de eficiência e eficácia quanto as ações peculiares relacionadas ao preparo dos profissionais que realizam o diagnóstico na unidade.

Palavras-chave: Atenção primária. Diagnóstico. Equipe de Saúde Familiar. Hanseníase. Situação Epidemiológica.

ABSTRACT

Leprosy is an infectious and chronic disease of great relevance to public health, with exclusive actions aimed at its elimination directed at the national level through the Leprosy Control Program, present in Primary Health Care (PHC), particularly in Family Health Teams (FHT). The theme was aimed at analyzing and describing the challenges to diagnosis in the Family Health Strategy. The objective was to verify the difficulties of diagnosis by the FHT, regarding the treatment of leprosy in the primary care unit. The research was carried out by means of structured bibliographic studies and identifying the organization of assistance, the attributions of the health team professionals, competencies by levels of care, risk stratification by levels of care. The classification is exploratory, the method of approach to be used is quantitative. The bibliographic review for this stage took place by searching scientific articles, monographs and books published on virtual media, at the Júlio Bordignon Library, Virtual Health Library (VHL), Scientific Electronic Library Online (SciELO). The relevance of the theme was emphasized by the pertinence of the actions of the team involved in the pathological diagnosis of leprosy, as well as the follow-up of cases in explicit morbidity, being extremely important in terms of the prevention and cure of the disease in question, and how the early diagnosis significantly influences the reducing the prevalence of cases and coping with leprosy. Results are sought that demonstrate the existence of efficiency and efficacy regarding the peculiar actions related to the preparation of professionals who perform the diagnosis in the unit

Keywords: Primary care. Diagnosis. Family health team. Leprosy. Epidemiological situation.

LISTA DE SIGLAS

BH	Bacilo de Hansen
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
DECS	Descritores em Ciência da Saúde
DNDS	Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária
LILACS	Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde
PEL	Plano de Emergência Nacional
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PQT	Poliquimioterapia
SUS	Sistema Único de Saúde
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Onile</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 - Sinais e sintomas	21
FIGURA 02 - Inspeção dos olhos e pálpebra superior	27
FIGURA 03 - Palpação do nervo radial e Ulnar	29
FIGURA 04 - Palpação dos nervos tronco periféricos	29
FIGURA 05 - Palpação do nervo mediano	29
FIGURA 06 - Avaliação da força muscular dos membros superiores	30
FIGURA 07 - Pesquisa de sensibilidade da córnea	32
FIGURA 08 - Pesquisa da sensibilidade térmica e tátil	32

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 METODOLOGIA	17
4 REVISÃO DA LITERATURA	18
4.1 PRISMA EPIDEMIOLÓGICO	18
4.2 AGENTE ETIOLÓGICO DA HANSENÍASE.....	19
4.3 MODO DE CONTÁGIO E FONTE DE INFECÇÃO.....	19
4.4 ASPECTOS CLÍNICOS	21
4.4.1 Sintomas e sinais dermatológicos	21
4.4.2. Sintomas e sinais neurológicos	22
4.4.2.1 Evolução da patologia	23
4.5 DIAGNÓSTICO	24
4.5.1 Diagnóstico clínico	24
4.5.1.1 Anamnese	25
4.5.1.2 Avaliação dermatológica	26
4.5.1.3 Avaliação neurológica	27
4.6 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL.....	34
4.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA HANSENÍASE	34
4.7.1 Diagnostico distinto em nexa a outras patologias dermatológicas	34
4.7.2 Diagnóstico distinto em relação a outras patologias neurológicas	34
4.8 TRATAMENTO DO PORTADOR DA HANSENÍASE	35
4.9 TRATAMENTO COM A POLIQUIMIOTERAPIA - PQT	38
4.9.1 Esquema paucibacilar padrão Organização Mundial de Saúde	39
4.9.2 Combinação multibacilar básico da Organização Mundial de Saúde	40
4.10 EFEITOS COLATERAIS DOS MEDICAMENTOS	40
4.10.1 Efeitos colaterais dos medicamentos utilizados na PQT	40
4.10.2 Efeitos colaterais da clofazimina	41
4.10.3 Dapsona - efeitos colaterais:	42
4.10.4 Medicamentos utilizados nos estados reacionais - Efeitos colaterais	42
4.11 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	44
4.12 CASOS DESCOBERTOS	46

4.13 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO	47
4.14 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA PATOLOGIA	48
4.15 ACOMPANHAMENTO DE CASOS	48
4.16 DEVERES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE.....	49
4.16.1 Planejamento/programação do cuidado:	49
4.16.2 Cuidados e ascensão da saúde	50
4.16.3 Prevenção de enfermidades	52
4.16.4 Recuperação e reabilitação em saúde.....	52
4.16.5 Administrar terapia avaliatória do cuidado e acompanhamento	53
4.17 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE	53
4.17.1 Unidade da saúde da família	53
4.17.2 Centro de saúde/ambulatório especializado	54
4.17.3 Centros de referências/hospitais gerais.....	54
4.18 O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE FRENTE A HANSENÍASE	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS	57

INTRODUÇÃO

Historicamente se observa que a Hanseníase se reporta a muitas pessoas citadas na Bíblia Sagrada, descrita como lepra. Foi um período de muito mais sofrimento que nos dias de hoje, além da discriminação social não tinha prevenção ou cura, a não ser por milagre Divino.

A hanseníase nos primórdios, era a doença denominada como lepra, e o indivíduo contaminado tinha como consequência o “desprezo”, e nesse período não se constata a existência de tratamento ou cura, causando assim uma severa separação do seio familiar e resultando em mortes. Durante muito tempo por falta de desconhecimento patológico e pela complexidade no tratamento, a hanseníase era temida por grandes civilizações.

A problemática está sobre a Hanseníase ser um problema de saúde pública especial, devido às inúmeras incapacidades que ela pode causar, bem como pelas consequências sociais da discriminação. Portanto, como se deve fazer o diagnóstico orientado para o cuidado e tratamento aos pacientes com Hanseníase? Seguindo as hipóteses se há iniquidade na execução das atividades de Estratégia de Saúde da Família na realização das ações de controle da hanseníase; Dificuldade da equipe de saúde em executar as diretrizes clínicas para cuidado ao paciente com hanseníase na esfera atenção primária; Inclusão nas ações de educação em saúde permanente dos profissionais a fim de mitigar erros no diagnóstico.

A disseminação da hanseníase viralizou, e nesse contexto se causou um verdadeiro problema de saúde pública. Se observa que o índice de hanseníase no Brasil tem sido preocupante, e por esse motivo, se faz necessário uma pesquisa acerca da situação mórbida pois se trata de uma doença contagiosa. Por isso, o diagnóstico deve ser preciso e com eficiência para que não haja morosidade para o início do tratamento, de maneira correta e técnica, com precisão e ética para não causar prejuízos ao paciente, em se tratando de fator psicossocial e gastos no orçamento público.

A pesquisa tem a finalidade de realizar uma narrativa da atividade da equipe de saúde em diagnóstico e medidas adotadas junto a família, abrangendo especialidades direcionadas a essa patologia, vivenciada no programa de saúde familiar na Unidade Básica de Saúde dos municípios. Se busca resultados que

demonstrem a existência de eficiência e eficácia quanto as ações peculiares relacionadas ao preparo dos profissionais que realizam o diagnóstico na unidade.

Perceber as ações dispensadas em saúde básica disponibilizada a toda população, a fim de detectar novos casos, conferindo o problema sobre o retardo para o diagnóstico da hanseníase e sua influência na ocorrência de endemecidade oculta. Por hipótese, se denota em questões sobre a existência de atividades de Estratégia de Saúde da Família na realização de aspectos que irão controlar a doença. Quais dificuldades em executar as diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com hanseníase na esfera da atenção primária, e, inclusão nas ações de educação em saúde permanente dos profissionais, a fim de reduzir erros no diagnóstico.

De acordo com estratégias do Ministério da Saúde, em nível municipal, e as ações são financiadas pelos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). Os fatores determinantes do controle da hanseníase estão organizados pelas unidades de saúde de cada localidade.

Portanto, se busca identificar o atual procedimento do serviço desenvolvido especificamente na prevenção, tratamento e acompanhamento no centro de saúde, verificando através de uma análise sobre as dificuldades de diagnóstico e tratamento da hanseníase na atenção básica de saúde, tendo como público alvo os pacientes que foram diagnosticado com essa patologia, e se houve equipe profissional especializada.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Destacar as dificuldades de diagnóstico pela equipe de saúde em ações preventivas, controle e acompanhamento nos centros básicos de saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a hanseníase no diagnóstico da doença direcionado ao cuidado prioritário;
- Demonstrar as dificuldades dos profissionais de saúde da atenção básica direcionada ao prognóstico e diagnóstico;
- Ressaltar a importância nas ações de educação em saúde e educação permanente dos profissionais da unidade.

3 METODOLOGIA

O estudo foi realizado através de revisão bibliográfica, de caráter descritivo, com o objetivo de citar uma realidade descrevendo seus objetivos e fenômenos em relação ao tema com uma problemática a ser analisada, contribuindo assim para novas expectativa de um assunto já estudado (SIENA, 2016).

A temática se reportou em identificar a Hanseníase: Desafios ao Diagnóstico na Estratégia de Saúde da Família, se dividindo especificamente em 3 fases: levantamento, coleta de dados e discussão dos resultados ficando assim definidos:

No levantamento, buscaram-se publicações científicas anexadas e publicadas que compreende a *Scientific Eletronic Library Onile* (SciELO) e LILACS (Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde), BIREME – Instituição de ensino aprendizagem de referência a saúde e a acervo da Biblioteca Virtual da FAEMA. Os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) foram pesquisados e avaliados quanto à sinonímia, sendo selecionados e utilizados combinados entre si os três considerados mais relevantes: equipe de enfermagem e o enfermeiro; Hanseníase; Centros de Saúde. O levantamento das fontes de publicações foi realizado entre os meses de março de 2019 a março de 2019, com o delineamento referencial de 2010 a 2019. O critério de exclusão de artigos foi disponibilizarem ou não relação com a temática estudada.

A coleta de dados, se deu por leitura exploratória de todo o material selecionado, sendo utilizadas referências onde se realizou leitura pormenorizada e na íntegra. Desenvolvida a revisão de literatura, foi possível identificar a utilização de total de 42 referências, divididos em 25 artigos, dez livros, cinco Dissertações e duas Teses.

Na última fase, de discussão dos resultados, buscou-se organizar de maneira lógica estrutural todas as formas literárias, com a finalidade de resumir as contribuições mais importantes e indicar novas pesquisas a partir da percepção dessa necessidade.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 PRISMA EPIDEMIOLÓGICO

Segundo Araújo (2013), “o *Mycobacterium leprae* é o causador da patologia conhecida como a hanseníase, manifestação importante de infecção de aspecto crônico, tem nexos com nervos periféricos e pele”, portanto, tendo diagnóstico facilitado através dessas identificações.

Brasil (2012) diz que “a hanseníase é uma doença infectocontagiosa, evolui lentamente, se manifestando com sintomas e sinais dermatoneurológico: apresenta lesão no nervo periférico e na pele, em locais tais como: mãos, pés e olhos”.

Conforme Aquino et al (2013) este bacilo é álcool-ácido resistente, parasita intracelular obrigatório. Sua transmissão é causada de indivíduo a indivíduo, através de formas virchowiana e dimorfa em prolongado contato com pessoas bacíferas.

Segundo Lana et al (2016) o desenvolvimento insidioso que a hanseníase apresenta contamina numerosamente aos adultos, sendo que em crianças a detecção indica endemia e precoce exposição a bactéria Bacilo de Hansen (HB).

Se define o caso de hanseníase ao indivíduo quando este apresenta alteração e lesão na pele e falta de sensibilidade; os nervos periféricos espessos seguido de alteração de sensibilidade e o exame de baciloscopia para bacilo de Hansen dê resultado positivo (BRASIL, 2012).

O desenvolvimento da hanseníase quando não tratada afeta importante lesão no nervo, em troncos periféricos especialmente, resultando em deformidade e incapacidade, acarretando socialmente preconceito, assim como abalo psicológico e prejuízo econômico (ARAÚJO, 2013).

Portanto, a principal característica da hanseníase é a importante lesão dos nervos periféricos, provocando incapacidade física, podendo, de forma gradativa gerar deformidade ao indivíduo. Os resultados do paciente com essa patologia acarretam redução na capacidade laboral, tem sua rotina social limitada, abalo psicológico entre outros que possam causar a baixa estima, e conseqüentemente, baixa imunidade pela depressão, sentimento de morte (MAGALHÃES, 2014).

4.2 AGENTE ETIOLÓGICO DA HANSENÍASE

Segundo Araújo (2013) “em 1873 o notável pesquisador norueguês Gerhard Armauer Hansen, descreveu a bactéria causadora da Hanseníase denominada de *Mycobacterium leprae*, e que teve o nome dessa patologia mudado em sua homenagem”. Sendo que a pessoa infectada possui em seu organismo essa bactéria instalada, podendo ocorrer a sua multiplicação. A multiplicação do bacilo pode durar de 11 a 16 dias de maneira lenta a proliferação. É intracelular obrigatório esse parasita, com afinidade por células dos nervos periféricos e células cutâneas.

Sendo uma patologia muito antiga a hanseníase traz a memória da humanidade uma imagem terrível, por ser uma enfermidade de fácil contágio, incurável e mutilante, e por esses motivos provoca aspectos de exclusão social, discriminação e rejeição ao doente (PINHEIRO, 2012).

Por isso, se considera o ser humano como única fonte de infecção da Hanseníase. Tendo como forma de contágio a partir do indivíduo enfermo, eliminando os bacilos através de contágio a pessoa sã (BRASIL, 2002).

4.3 MODO DE CONTÁGIO E FONTE DE INFECÇÃO

A porta de entrada do bacilo no organismo humano é pela via área superior. Se considera o homem como sendo fonte única de contágio da hanseníase. Estando contaminado transmite a patologia a outra pessoa em boas condições de saúde, fazendo com que haja evolução da doença em outro ser humano (BRASIL, 2011).

O fator determinante às causas da patologia atualmente se considera os aspectos imunológicos e genéticos do hospedeiro, em consideração a biologia molecular do bacilo de Hansen. Mesmos sem notoriedade os aspectos tais como: pobreza, práticas culturais, saneamento, qualidade de vida e determinantes sociais fazem parte da rede que determina a causa patológica (ARAUJO, 2013).

A via de eliminação principal do bacilo pela pessoa enferma de hanseníase e comprovadamente proba é o trato respiratório através da via área superior. É possível que o bacilo penetre através da pele. Entretanto, para essa comprovação se faz necessário o contato diretamente com o indivíduo enfermo não tratado. (BRASIL, 2011)

Para Magalhães (2014) não tem proliferação de contaminação da infecção através de secreção orgânica tais como: vaginal, suor, esperma e leite. Portanto, não há incidência de contágio através dessas eliminações.

A possibilidade de contaminação do bacilo de Hansen em elevado número de indivíduos é eminente, entretanto, um reduzido quantitativo de pessoa é infectado, a destruição do bacilo se dá por maioria dos indivíduos apresentarem resistência à bactéria. Cerca de 10% dos indivíduos adoecem, mesmo convivendo em meio a alta prevalência da patologia (BRASIL, 2011).

Entre os casos Paucibacilares (PB) alguns indivíduos apresentam resistência ao bacilo, entre os que ficam enfermos, pois, abrigam menor número de bacilos no organismo, não sendo suficiente para contaminar outros indivíduos. Portanto, não é considerado fonte de transmissão importante da doença os casos Paucibacilares, em consequência de sua reduzida carga bacilar. Há casos de cura espontânea a algumas pessoas (PINHEIRO, 2012).

Um número reduzido de indivíduos não possui resistência ao bacilo que vai se multiplicando no seu organismo sendo eliminado para o meio exterior, infectando assim outras pessoas. Estes indivíduos constituem os casos Multibacilares (MB), epidemiológico da patologia sendo fonte de manutenção e infecção da cadeia (ARAUJO, 2013).

Segundo Aquino et al (2013) ao iniciar o tratamento quimioterápico a pessoa doente para de ser a transmissora da patologia, tornando com isso o bacilo inviável, portanto, sem condições de contaminar outro indivíduo.

Raros são os casos da doença em crianças, quanto aos adultos, todas as etárias e gêneros estão passíveis em serem atingidos. Quando há maior endemicidade da patologia, se observa que adolescentes menores de 15 anos são mais acometidos de doenças. Na maioria das regiões mundial, há maior incidência da doença nas mulheres e homens. (BRASIL, 2011).

As condições socioeconômicas desfavoráveis são outros fatores preponderantes ao nível de endemia, assim como as condições individuais. Outras influências para doença são: índices volumosos de moradias ocupadas, precárias condições de saúde e de vida. O surgimento da hanseníase no indivíduo infectado pela bactéria e seus distintos aparecimento clínico, estão sujeitos a respostas do aparelho imunológico afetado que ocorrerá depois de 2 a 7 anos de longa incubação (MAGALHÃES, 2014).

4.4 ASPECTOS CLÍNICOS

Através de sintomas e sinais neurológicos e dermatológicos é que se manifesta a hanseníase, levando ao diagnóstico de suspeição da patologia. Sua evolução leva a deformidades e alteração neurológica causando incapacidade física (BRASIL, 2011).

4.4.1 Sintomas e sinais dermatológicos

O exame clínico dermatoneurológico é o procedimento realizado para diagnosticar a patologia. Se buscam marcas da enfermidade no indivíduo, passando a ser diagnosticado como hanseníase caso apresentar características análoga a alterações de sensibilidade ou lesões de pele, comprometimento nos nervos com nexo ao espessamento baciloscópico positivo ou neural (BRASIL, 2014).

Segundo Araújo (2014) o que pode facilitar o diagnóstico na maioria dos casos é a afinidade que o bacilo apresenta por nervos periféricos e pele, dando a morbidade aspectos particulares.

Araújo (2014) apresenta abaixo as lesões mais comuns são da doença:

Manchas esbranquiçadas ou avermelhadas: alterações na cor da pele;

Placas: bordas elevadas de forma localizada na espessura da pele alterada;

Infiltração: sem borda, de forma difusa e espessura da pele alterada;

Tubérculo: caroço externo;

Nódulo: caroço subcutâneo

Em qualquer região do corpo a lesão pode ser localizada, podendo surgir na cavidade oral e a mucosa nasal. Mas, constantemente aparece, nas costas, pernas, braços, nádegas, orelhas e face. Na pele as lesões apresentam alterações de sensibilidade. Dermatologicamente, essa é uma característica que distingue de outras patologias de lesão de pele (PINHEIRO, 2012).

Figura 1 – Sinais e sintomas



Fonte: Equipes de Especialistas Dr. Pedro Pinheiro – 2012

A figura 1 demonstra resposta imune parcial a bactéria de indivíduo acometido pela hanseníase. Não deixando se alastrar pelo corpo, porém, não o destroem. São imagens com manchas esbranquiçadas ou avermelhadas, alterando a cor da pele, apresentam caroços e alterações na espessura da pele (PINHEIRO, 2012).

A doença tem a forma de maior gravidade em duas características tais como: Hanseníase lepromatosa e multibacilar, são sinais em que o doente apresenta seis ou mais de seis lesões na pele, tendo resultado do bacilo como positivo. Portanto, o indivíduo demonstra organismo ineficaz contra o bacilo de Hansen (PINHEIRO, 2012).

Portanto, para prevenir o desenvolvimento da patologia assim como iniciar o tratamento eficiente, é necessário realizar um precoce diagnóstico da hanseníase, e já iniciar a terapia adequada, mitigando assim a incapacidade social e física que a doença provoca (LANA ET AL, 2016).

4.4.2. Sintomas e sinais neurológicos

Segundo Talhari (2014) a manifestação da hanseníase, surge também por lesões nos nervos periféricos, e não somente por lesões de pele. Portanto, o diagnóstico deve ser preciso com a finalidade de identificar e confirmar a patologia.

Para Velloso (2018) “os nervos periféricos ou neurites, são decorrentes de lesões e tem ação inflamatória causada pelo processo do bacilo nos nervos ou da reação do sistema a bactéria”. Provocam deformidades e incapacidades pela sensibilidade alterada na região inervada comprometendo os nervos. Se manifestam por meio de:

- Espessamento e dor da área inervada periférica;
- Os pés, mãos e olhos perdem a sensibilidade na região dos nervos periféricos;
- Os músculos inervados perdem a força especialmente os membros inferiores, superiores e nas pálpebras.

Através de um processo agudo é que geralmente se manifesta a neurite, seguida de edema e intensa dor. A priori não há comprovação do nervo como alteração funcional, entretanto, com frequência o nervo periférico se torna de aspecto crônico, evidenciando o comprometimento do organismo, com incapacidade de suar, ressecamento da pele. Sensibilidade alterada, com perda da força muscular e dormência, resultando paralisia dos nervos comprometidos. As diversas formas da doença aparecem das lesões com frequências nos estados reacionais (BRASIL, 2011).

4.4.2.1 Evolução da patologia

Segundo Moreira (2014) o ser humano, geralmente é imune para o bacilo de Hansen. A maior parte da população não é acometida dessa patologia. Entretanto, os que são imunodeprimidos são infectados e ficam doentes. Em meio aos doentes, o nível de imunidade tem variação e isso causa o desenvolvimento da patologia.

Essa patologia, se manifesta a priori por lesão de pele que se apresenta com perda de sensibilidade, manchas avermelhadas ou esbranquiçadas, lesão troncular nervosa sem confirmação. São localizadas em qualquer área do corpo, portanto, se nota com mais ocorrências nas costas, pernas, braços, nádegas, orelhas e na face. Acometendo também a região da mucosa nasal (OLIVEIRA, 2018).

Com a evolução da morbidade, se manifestam a neurite e lesão no nervo. Surgem nervos doloridos e grossos, sensibilidade reduzida na região inervada tais como: pés, mãos e olhos, redução da força muscular inervada por nervos lesionados.

Se caracterizando deformidade e incapacidade pelas lesões causadas pela hanseníase (MEDICI, 2016).

4.5 DIAGNÓSTICO

A reação hansênica ou estado reacional se identifica por avaliação dermatoneurológica, onde o sintoma ou sinal da Hanseníase é exacerbada. Sendo necessário realizar o diagnóstico distinto com outras patologias neurológicas e dermatológicas análogas a hanseníase em sintomas e sinais (MEDICI, 2016).

O diagnóstico procedimental para identificar a hanseníase se faz com a realização de exame clínico, buscando os sintomas dermatoneurológicos da doença. Se evidencia o caso através de características patológica dos sintomas e sinais visto a olho nu na pele do indivíduo, ainda constando sensibilidade alterada, espessamento neural, teste baciloscópico positivo de *Mycobacterium leprae*, sem ou com histórico epidemiológico (OLIVEIRA, 2018).

Conforme Pereira (2018) “evidenciado a hanseníase, logo se classifica, operacionalmente, para início do tratamento”. A patologia se baseia nos sintomas e sinais conforme abaixo:

- Paucibacilares (PB): Um tronco nervoso lesionado ou pele com até cinco lesões;
- Multibacilares (MB): mais de um tronco nervoso lesionado ou pele com mais de cinco lesões.

Para descrição do esquema direcionado ao procedimento, tais como: Quimioterápico, é importante realizar o diagnóstico e a classificação operacional ao paciente em Paucibacilar ou Multibacilar. As orientações de uma prática regular de auto cuidado pelo paciente, se faz necessário a identificação do comprometimento da incapacidade física e neural, a fim de que sejam tomadas as medidas preventivas e terapia de deformidade e incapacidade (PEREIRA, 2018).

4.5.1 Diagnóstico clínico

De acordo com Resenda (2013) “se busca identificar sintomas e sinais clínicos da hanseníase, através do diagnóstico, observando o indivíduo através do exame físico fazendo avaliação dermatoneurológica”. Entretanto, se salienta realizar antes

do exame físico, a anamnese investigando o histórico clínico do paciente, se há sintomas ou sinais dermatoneurológico análogo a patologia e histórico epidemiológico, em busca da fonte de contágio.

Constitui-se os procedimentos clínicos diagnósticos conforme abaixo:

- exame Anamnese – verificação epidemiológico e histórico clínico;
- exame dermatológico – observação de lesão na pele com sensibilidade de alteração;
- exame neurológico – investigação de deformidades, incapacidades e neurites;
- verificação do estado reacional;
- diagnóstico distinto;
- verificação de incapacidade física classificando o grau.

4.5.1.1 Anamnese

Segundo Suarez (2012) “com a finalidade de se obter informações acerca da enfermidade, se deve fazer a anamnese para identificar situação epidêmica pelos sinais e sintomas”. Ou seja, o paciente deve estar bem à vontade para narrar os sintomas e caso haja dúvidas, esclarecer prontamente, demonstrando, segurança nos esclarecimentos reforçando a relação de confiança entre os profissionais de saúde e o paciente.

Conforme Martelli (2012, p 273) as anotações em prontuário devem ser realizadas cuidadosamente sobre os fatos narrados, sendo de grande utilidade para as considerações ao diagnóstico patológico, assim como para o acompanhamento e tratamento do caso. detalhamento sobre as atividades cotidianas é importante para o registro em prontuário.

Para Marchese (2014) “é fundamental que se faça em consonância a anamnese a identificação de: pele alterada, nódulos, tubérculos, infiltrações, placas e manchas”. Verificando o período de surgimento; possibilidade de sensibilidade alterada em alguma região do corpo; dores no nervo, fraqueza nos pés e mãos, se houve uso de fármacos para o caso e se houve resultado.

Portanto, o indivíduo portador da patologia, em geral, se queixa de dormência e manchas na pele, dor, formigamento, câimbras, fraqueza e dormência nos pés e mãos. Para descobrir a origem da doença é necessário realizar a investigação

epidemiológica, colaborando para o diagnóstico a identificação precoce de casos novos de hanseníase.

4.5.1.2 Avaliação dermatológica

De acordo com Serpa (2016,) “as lesões de pele próprias da hanseníase se fazem através de avaliação dermatológica, pesquisando a sua sensibilidade. Uma das características da hanseníase é a ausência ou redução de sensibilidade na pele”. portanto, está incluso, pesquisa de sensibilidade e identificação da lesão na pele.

Toda a área da superfície corporal deve ser inspecionada, se identificando regiões lesionadas acometidas na pele. A região de maior incidência de lesão são: mucosa nasal, costas, pernas, braços, nádegas, orelhas e face. Sugerindo pesquisas tais como: lesão sensível de pele, tátil, dolorosa e térmica, complementando a avaliação. (TALHARI, 2014).

A técnica para identificação de lesão com sensibilidade térmica e regiões suspeitas são sempre que possível realizadas com dois tubos de vidro, sendo um contendo água aquecida e outro contendo água fria. Tomando o cuidado em referência a temperatura da água em não ultrapassar 45^o centígrados, caso ocorra, irá despertar sensação de dores, e não de aquecimento (SALOTTI, 2015).

Resenda (2013) orienta que “se solicita ao indivíduo que as sensações de calor e frio sejam identificadas, através do toque a pele sã e a região suspeita com a extremidade dos tubos quente e frio alternadamente. Sendo valorizadas na pesquisa as respostas de menos quente, ou menos frio.

De acordo com Pereira (2018) “como procedimento alternativo, caso não haja possibilidade de se fazer o teste com água fria e quente, pode-se fazer com éter e algodão”. Nesse procedimento se solicita ao indivíduo que fale sobre qual sensação está sentindo ao se realizar na pele sã e região suspeita, a utilização de algodão embebido com éter. Comparando as análises aos resultados de toque na área suspeita e pele sã.

Para Velloso (2014) “se usa apenas uma mecha fina de algodão para análise de sensibilidade tátil na lesão e região suspeita”. Explicando ao indivíduo esse procedimento antes da realização do exame. Ou seja, a pele sã e a área suspeita devem ser alternadamente, tocadas, com a mecha de algodão, sendo sempre perguntado a pessoa examinada sobre o que sente. Se conclui depois de comparação

do resultado do toque, se houve sensibilidade tátil alterada na região suspeita. Na maioria das vezes o resultado desse teste é normal, considerando a alteração da sensibilidade dolorosa e térmica (VELLOSO, 2014).

4.5.1.3 Avaliação neurológica

Conforme Salotti (2015) “essencialmente a hanseníase é uma patologia neural periférica, tendo como aspecto importante a ação inflamatória desse nervo”. A neurite pode ocorrer sem sintomas, sinais e silenciosa, inversamente, decorre de paralisia dos músculos, falta de sensibilidade, edema, hipersensibilidade, intensas dores e aguda em diagnóstico clínico.

A neurite hanseníase no estágio inicial não apresenta lesão neural. Se torna crônica e frequentemente a neurite se evolui, evidenciando o comprometimento do nervo periférico, através de: paralisia muscular, insensibilidade tátil, dolorosa e térmica, alopecia (perda de pelos) e anidrose (incapacidade de suar) (SERPA, 2016).

A ação inflamatória pode ser causada pela resposta do organismo a presença do bacilo de Hansen, quanto pela ação da bactéria nos nervos, provocando deformidade, incapacidade e lesão neural. Espessamento e dor neurítica, sensibilidade alterada e perda da força muscular inervada, em especial membros inferiores e superiores e nas pálpebras (RESENDA, 2013).

O comprometimento dos nervos periféricos tem relação potencial incapacitante da patologia, para tanto, os profissionais de saúde devem ser vigilantes e de atitude para tomadas de decisão em referência a doença. O diagnóstico realizado o quanto antes, faz com que precocemente, as medidas de tratamento e prevenção de incapacidades físicas sejam vistas e investidas com prioridade (SUAREZ, 2012).

Para Salotti (2015) o diagnóstico da avaliação neurológica deve ser realizado na alta do tratamento, semestralmente, em decorrências da reação e neurite, ou havendo suspeita, no período durante ou depois da terapia PQT ou quando houver representação.

A hanseníase acomete os principais nervos periféricos que são:

- através da face – facial e trigêmio, causadores de alterações no nariz, olhos e face;
- pelo braço – mediano, ulnar e radial, podem causar alteração nas mãos e braços;

- através das pernas – tibial posterior e fibular comum, causam alteração nos pés e pernas.

Conforme Salotti (2015) a avaliação neurológica é quem identifica as lesões neurológicas, seguindo os procedimentos de avaliação de sensibilidade nos pés, mãos e olhos, avaliação da força muscular, assim como, palpação dos troncos nervosos periféricos.

Abaixo temos os procedimentos avaliativos:

a) inspeção dos pés, mãos nariz e olhos: se objetiva identificar os sintomas e sinais do comprometimento dos nervos que inervam os olhos e decorrentes da presença do bacilo. Durante o procedimento se pergunta ao paciente sobre outros sintomas, lacrimejamento, pálpebras pesadas, ressecamento dos olhos, vista embaçada, coceira e se sente ardor. Se verifica a existência de nódulos, opacidade da córnea, lagofalmo (desabamento inferior da pálpebra), ectrópio (eversão), triquíase (cílios invertidos), madarose (sobrancelhas ausentes) hiperemia (vermelhidão) secreção e infiltração. Verificando-se se há contorno alterado, reação das pupilas e tamanho, e se as mesmas tem fundo preto ou esbranquiçado.

Figura 2 – Inspeção dos olhos e pálpebra superior



Fonte: Sallotti, 2015

A imagem da figura 2 apresenta os procedimentos a serem realizados na inspeção da pálpebra superior e olhos, onde se faz a investigação se verificando sintomas e sinais do bacilo, comprometimento da cartilagem e da mucosa nasal. Os questionamentos direcionados ao paciente são indagações sobre se está com entupimento nasal, se há ressecamento e sangramento nasal. Se verifica as condições da pele, do septo e mucosa, verificando perfuração no septo, narina desabada, entre outros aspectos da hanseníase. Na inspeção nasal se verifica a mucosa, alteração na cor, ressecamento ou muita secreção na umidade, úlceras na mucosa, infiltração, atrofia e crostas, com a finalidade de evidências da doença (SALLOTTI, 2015).

A avaliação dos nervos das mãos tem a finalidade de verificar sintomas e sinais que comprometem esses nervos, questionando ao indivíduo se há perda de força e dormência. Se verifica a existência de perda de uma ou mais falanges dos dedos, assim como, parte delas, (reabsorções ósseas), atrofia muscular, cicatrizes, ferimentos, fissuras, calosidades e ressecamentos (SERPA, 2016).

Em análise a verificação dos nervos dos pés se observa sintomas e sinais que comprometem esses nervos. A investigação verifica a existência de inchaço, perda de força, dormência, dores, assim como outros sintomas. Se verificando ainda, atrofia muscular, reabsorções ósseas, cicatrizes, úlceras, ferimentos, fissuras, calosidades, ressecamento. A importância se dá ainda na observação da maneira de como a pessoa anda, tais como, pé caído, comprometimento de característica neural (SUAREZ, 2012).

b) Troncos nervosos periféricos - Palpação: serve para verificar o comprometimento dos nervos que inervam pés e mãos, prevenindo incapacidades e lesão neural. A posição do profissional de saúde será frontal ao indivíduo que está sendo avaliado, realizando conforme descrição técnica a palpação dos nervos. Se apalpa com a polpa digital do terceiro e segundo dedo, sobre a superfície óssea, no sentido do trajeto de cima para baixo dos nervos. Lembrando que os nervos já ficaram inflamados e estão doloridos e sensíveis, devendo ser pressionado cuidadosamente durante a palpação.

A figura abaixo demonstra imagens da palpação do nervo radial e Ulnar:

Figura 3 - Palpação do nervo radial e Ulnar

Nervo radial



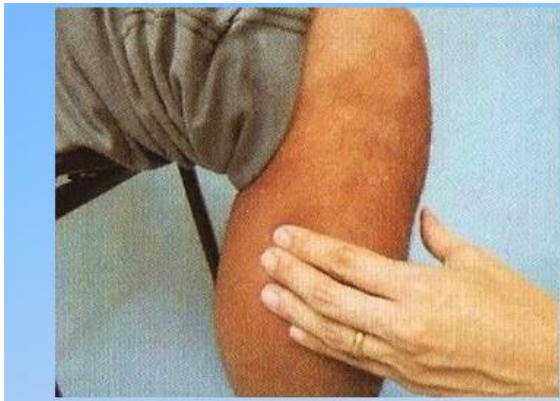
Nervo Ulnar



Fonte: Suarez, 2012

Figura 4 – Palpação dos nervos tronco periféricos

Nervo fibular



Nervo tibial posterior



Fonte: Suarez, 2012

Figura 5 – Palpação do nervo mediano



Fonte: Suarez, 2012

As figuras 3, 4 e 5 demonstram a forma de palpação aos membros superiores e inferiores, seguindo as técnicas apresentadas com a finalidade de diagnosticar e evidenciar a hanseníase (SUAREZ, 2012).

Verifica-se através da palpação do nervo:

- reclamação de incomodo espontâneo no caminho dos nervos;
- queixa de dor ou choque nos nervos durante a palpação;
- no lado oposto há simetria do nervo palpado com o nervo correspondente;
- espessamento do nervo;
- endurecimento - consistência do nervo alterado;
- existência de abscessos e nódulos alteração na forma do nervo;
- planos profundos ao nervo que apresenta aderência.

c) Força muscular - Avaliação

O objetivo da avaliação da força muscular é verificar o funcional comprometimento do músculo inervado pelos nervos que passam pelos pés, mãos e face. Se evidencia esse comprometimento pela perda ou redução da forma muscular.

Figura 6 – Avaliação da força muscular dos membros superiores



Fonte: Araújo, 2013

A figura 6 demonstra imagens da avaliação da força muscular dos membros superiores, através das técnicas descritas conforme a necessidade (ARAÚJO, 2013).

d) avaliação articular da mobilidade dos pés e mãos: se objetiva através dessa avaliação verificar a existência de limitação dos movimentos articulares dos dedos dos pés e das mãos. O funcional comprometimento dos músculos inervados indicam através dos nervos que passam pelos pés e mãos, a manifestação de garras através da articulação anquilosada, ou seja, sem movimentação (PEREIRA, 2018).

Execução:

- através da movimentação verifique a mobilidade das articulações dos pés e mãos;
- realize movimento passivo da articulação das mãos e pés. Com uma das mãos, segure a articulação a ser examinada à articulação proximal. faça movimentos de flexão e extensão, com a outra mão;

De acordo com o critério seguinte, faça a classificação da mobilidade das articulações:

100% de mobilidade = Normal

quase 100% a 25% de mobilidade = Móvel

menos que 25% de mobilidade = Rígida

e) verificação da sensibilidade dos pés, mãos e olhos: esse procedimento se direciona em avaliar a sensibilidade da região inervada pelo nervo periférico, tem a finalidade de verificar a existência de nervo comprometido. Sendo um sinal da hanseníase.

Execução:

- o local deve ser silencioso, sem interferência externa, sendo o ambiente confortável e tranquilo;
- o teste que será realizado deve ser informado ao indivíduo a ser examinado;
- apresente a avaliação na região da pele com sensibilidade normal;
- o paciente deve manter os olhos fechados;
- perpendicularmente à pele teste os pontos com caneta esferográfica de ponta grossa;
- solicite ao paciente que responda sim, ao sentir o toque;
- certifique-se da resposta, por isso, volte a cada ponto duas vezes;

- faça o registro da resposta, especificamente em cada ponto, sendo “não” ou “sim”: conforme abaixo:

Tem sensibilidade, sente o toque - Sim;

Não tem sensibilidade, não sente o toque – Não.

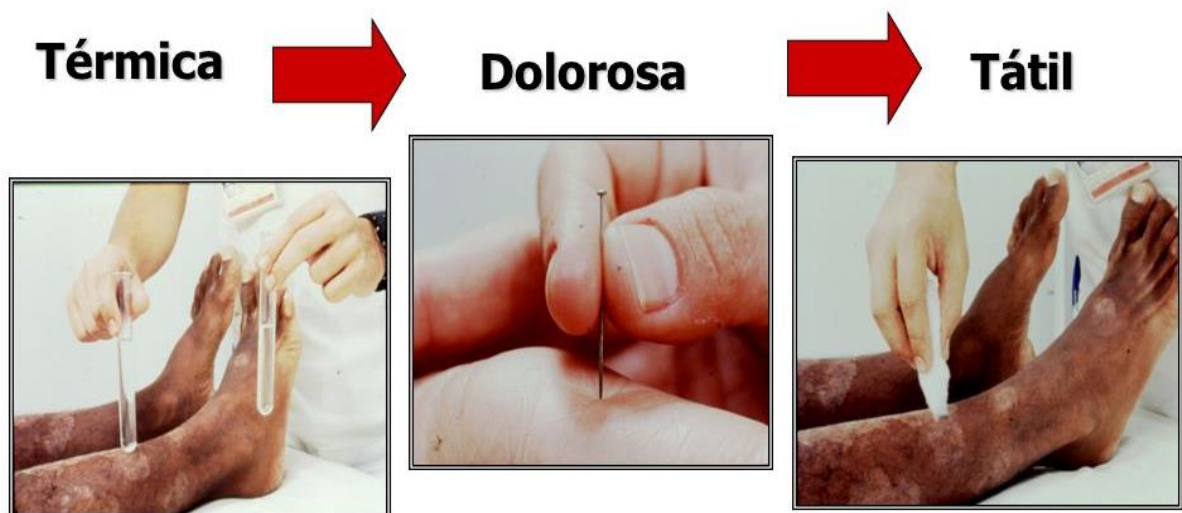
Se atentar quando não houver resposta à técnica do toque da ponta da caneta esferográfica indicando comprometimento protetor da sensibilidade (MOREIRA, 2013).

Figura 7 – Pesquisa de sensibilidade da córnea



Fonte: Moreira, 2013

Figura 8 – Pesquisa da sensibilidade térmica e tátil



Fonte: Moreira, 2013

4.6 DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Segundo Pereira (2018) o exame microscópico onde se observa o *Mycobacterium leprae* é a baciloscopia, esfregaços diretamente nos raspados hansênicos intradérmicos das lesões ou coleta selecionada de outros sítios de: cotovelos ou lóbulos auriculares.

Um dos critérios de confirmação de recidiva é o apoio para o diagnóstico. Entretanto, a negativa do exame do bacilo de Hansen não descarta a priori a confirmação da doença, nem sempre se evidencia o *Micobacterium leprae* nas lesões hansênicas, (BRASIL, 2011).

4.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DA HANSENÍASE

De acordo com Moreira (2013) “existe a possibilidade de a hanseníase ser confundida a outra patologia de pele ou outras enfermidades neurológicas que descrevem sintomas e sinais análogos a ela”. Desta feita, se faz um diagnóstico distinto em nexa a essa patologia.

4.7.1 Diagnostico distinto em nexa a outras patologias dermatológicas

Para Oliveira (2018) “existem morbidades que provocam lesão de pele análoga aos aspectos da hanseníase, podendo ser confundida com a mesma”. Por isso, se deve realizar diagnóstico distinto da hanseníase em virtude dessas patologias. As características são: nódulos, tubérculos, infiltração, lesão na placa e manchas esbranquiçadas ou avermelhadas.

Em síntese, a diferença principal são que a lesões de pele da hanseníase apresentam sempre sensibilidade. Enquanto, as demais patologias não demonstram essas alterações.

4.7.2 Diagnóstico distinto em relação a outras patologias neurológicas

Para Opromolla (2014) existem outras patologias que provocam lesão neurológica análoga a hanseníase, com isso, pode se confundir com as mesmas

característica da hanseníase. Nesse sentido, se deve realizar avaliação distinta dessa doença em relação a hanseníase.

Se confundem as lesões neurológicas da hanseníase, com:

- o sintoma túnel do carpo;
- dor aguda na coxa;
- insensibilidade nerval alcoólica;
- distúrbios diabéticos;
- lesão por repetição do esforço.

4.8 TRATAMENTO DO PORTADOR DA HANSENÍASE

Para eliminar a fonte de infecção e resultar na cura da doença, é imprescindível o paciente seguir corretamente o tratamento, eliminando a fonte de transmissão da patologia. A partir do resultado avaliativo e detecção da moléstia, já se inicia o monitoramento da hanseníase, rastreando através de exames dos contatos domiciliares e diagnósticos regular do tratamento, tendo acompanhamento dos profissionais de saúde da Família, com a finalidade de controle como medida fundamental da eliminação do bacilo (BRASIL, 2017).

A ação de controle da doença se fundamenta em características técnicas e informações que proporcionam reformulação e discussão no plano de ação funcional. O serviço de saúde deve se organizar de forma ao enfrentamento da doença, através de tratamento e detecção (MAGALHÃES, 2016).

Outrossim, os investimentos estruturais e na qualidade de prestação de serviços direcionados aos portadores da hanseníase devem ser adequados e proporcionais, enfatizando a interrupção da cadeia de transmissão. Deve-se realizar planejamento estratégico intersetorial de forma prioritária de políticas públicas e promoção social de saúde, com ênfase na responsabilidade institucional (OPROMOLLA, 2014).

O tratamento da hanseníase está mais eficaz, se utilizando medicamentos, orientações, cuidados e prevenções. A poliquimioterapia (PQT) é composta pelos fármacos: Dapsona, Clofazimina e Rifampicina, sendo o coquetel de drogas usado no tratamento de cura e combate a proliferação da doença. Portanto, a hanseníase é curável (MAGALHAES, 2016).

Conforme o tipo de hanseníase se adequa o esquema terapêutico:

De acordo com o Protocolo de atendimento e Hanseníase (2017) se realiza o tratamento através da poliquimioterapia (PQT), de acordo com a característica do indivíduo.

Esquema Paucibacilar: Tratar com 06 blísteres de paucibacilar sendo:

Adulto: a cada 28 dias, 100 mg de dapsona, 600 mg de rifampicina, totalizando 06 doses de no máximo 9 meses; Dose diária autoadministradas com 100 mg de dapsona, totalizando de 27 comprimidos.

Infantil: a cada 28 dias, totalizando 06 doses, num período máximo de 9 meses, descrevendo 50 mg de dapsona e de rifampicina 300mg a 450 mg, dapsona 50 mg em dose autoadministrada, diárias, totalizando 27 comprimidos.

Esquema Multibacilar: Tratamento multibacilar com 12 blísteres sendo:

Adulto: a cada 28 dias, totalizando 12 doses supervisionada, no período máximo de 18 meses, descrevendo fármacos de 100 mg de dapsona, 600 mg de rifampicina e 300 mg de clofazimina, as doses diárias autoadministradas são: 50 mg de clofazimina e 100 mg de dapsona, totalizando 27 unidades de cada medicamento.

Infantil: durante 28 dias, total de doze doses, até 18 meses; medicamentos supervisionados rifampicina 300mg a 450 mg, clofazimina 150 mg e dapsona 50 mg, as doses diárias autoadministradas são: clofazimina 150 mg p/semana, totalizando 13 doses e com 50 mg de dapsona, num total de 27 unidades. As doses para crianças com menos de 30 quilos deverão ser ajustadas por quilo de peso corporal sendo: dose supervisionada 5 mg/kg Clofazimina e Rifampicina 10 a 20 mg/kg; dose diária: Dapsona 1,5 mg/kg; na dose autoadministradas: Clofazimina 1,5 mg/kg. Os medicamentos de 2ª linha tais como minociclina e ofloxacina, são esquemas alternativos (MAGALHÃES, 2016).

Deve-se encaminhar as Unidades de Referências as pessoas que apresentarem reações aos medicamentos descritos no esquema para indicação e avaliação de esquema alternativo, de responsabilidade dos centros médicos de média complexidade.

Acompanhamento dos Tratamentos Segundo Risco

Risco Baixo – O tratamento sem maiores intercorrências se cursa pela maioria dos doentes, que submetido a medicação de 6 ou 12 doses, são curados e recebem alta;

Risco Alto – São casos que necessitam de importante atenção e encaminhamento às Unidades de saúde para exames de praxe. Ao se ter tratamento

e diagnóstico tardio, o doente fica vulnerável e pode apresentar reações adversas aos medicamentos do esquema padrão, surtos reacionais repetitivo, pés, mãos e nariz, sequelas nos olhos.

Tratamento Observação Imprescindível: caso haja suspeita de recidiva o doente deve ser encaminhado para exames na Unidade de Saúde. São raros a variação de casos de recidiva a PQT, a variação é de 0 a 2,04%. A PQT padrão é o tratamento indicado para casos de recidiva; ao completar o esquema terapêutico padrão, conforme a Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde o paciente pode ter alta (MAGALHÃES, 2016).

Procedimentos para Alta do paciente:

Num período de até 09 meses nos casos paucibacilares e completando seis doses supervisionadas, se considera os doentes curados. Se contabiliza as doses do paciente faltoso somando as doses anteriores, não ultrapassando o período de 9 meses (MOREIRA, 2014).

No período de 18 meses nos casos Multibacilares, serão considerados curados os doentes que completarem doze doses. Desde não ultrapasse 1 ano e seis meses o doente ausente tem o direito as doses perdidas (BRASIL, 2017).

As lesões cutâneas nem sempre desaparecem totalmente, portanto, é importante frisar os cuidados que se deve ter no período da Alta. A possibilidade de persistência indefinida da função neural alterada e sensitiva motora, caso ocorra em mais de 1/3 do nervo; o exame do bacilo de Hansen pode precisar de mais tempo para reagir negativamente, a redução do índice baciloscópico médio é de 0,6 a 1,0 log/ano, após o término do tratamento as reações são de 30% dos casos. Não significa recidiva da infecção o encontro desses achados (MACHADO, 2018).

Dois tipos de situações que podem ocorrer durante a terapia sendo estados reacionais e efeitos colaterais, sendo necessário a detecção precoce. No tratamento dos estados reacionais do paciente pode ocorrer efeito colateral a analogia de outra medicação (OPROMOLLA, 2016).

Efeitos colaterais principais da poliquimioterapia - Síndrome Pseudogripal caracterizada por: dores ósseas, mialgia cefaleia, astenias, calafrios e febre. Raramente ocorre, se dá principalmente a partir da quarta ou segunda dose supervisionada; - Vômitos incontroláveis, Icterícia e Náuseas (MAGALHÃES, 2016).

A vacina para tuberculose ou BCG, oferece proteção parcial contra a hanseníase. Portanto, sua utilização é indicada em todos as pessoas que

dividem moradia com o portador da doença. Após o início do tratamento o doente não seja capaz de ser o transmissor da hanseníase. Entretanto, o alto índice de reação aos fármacos no percentual de 25% dos casos, é um dos grandes problemas do tratamento da doença (MAGALHÃES, 2016).

Conforme Oliveira (2018) depois da avaliação, caso o indivíduo constate resultado negativo, se deve verificar a cicatriz da vacina BCG conforme esquema abaixo:

a) pessoa menor de um (1) ano de idade com registro no cartão de vacina não necessita tomar outra dose de BCG.

b) pessoa com mais de um (1) ano de idade, com registro da vacina em cartão próprio comprovando a primeira dose – deve ser administrado outra dose de BCG, seguindo o intervalo mínimo de um semestre entre as doses; caso se constate duas doses/cicatrices – não prescrever nenhuma outra dose.

Aos menores de 15 anos se deve ter atenção especial, caso haja alteração ativa na transmissão recente, deve ser controlada. No período de uma vez ao ano, se deve realizar a investigação dermatoneurológica, na proporção de cinco anos em razão daqueles que não se identificou caso da doença na investigação inicial. Independente da classificação notificada se multibacilar ou paucibacilar (OLIVEIRA, 2018).

Portanto, é imprescindível estar atento durante a terapia da doença e a ministração dos medicamentos assim como, a duração do tratamento, sempre observando alguma alteração no organismo do paciente.

4.9 TRATAMENTO COM A POLIQUIMIOTERAPIA - PQT

Conforme Oliveira (2018) o Ministério da Saúde em consonância com a Organização Mundial de Saúde - OMS indica tratamento específico ao portador da hanseníase, se utilizando a poliquimioterapia a ser realizado nos centros de saúde.

A poliquimioterapia (PQT) é um composto quimioterápico específico, se associa a solução e identificação de possível intercorrência, bem como o tratamento e prevenção de incapacidade física. Deve-se manter o serviço estruturado para o enfrentamento do problema, fortalecendo o serviço de vigilância epidemiológica, tratamento, ampliação do acesso ao diagnóstico, prevenção de reabilitação e incapacidade do paciente em todo o nível da atenção básica de saúde, rede de saúde,

integração de todos os setores com a finalidade de garantir as ações do programa de controle da Hanseníase (BRASIL, 2017).

A evolução da doença é evitada com a utilização da poliquimioterapia (PQT) combatendo o bacilo tornando-o inviável. Se prevenindo a deformidade e incapacidade causada pela doença, resultando em cura. O bacilo de Hansen inviável se torna incapaz de infectar outro indivíduo, quebrando a cadeia epidemiológica da patologia. Portanto, logo no início do tratamento, a proliferação da patologia é interrompida, e, se aplicado de forma correta e completa, é garantido a cura da hanseníase (MOREIRA, 2014).

Segundo Opromolla (2014) “a constituição da poliquimioterapia se dá pelos seguintes fármacos: a clofazimina, a rifampicina e a dapsona, com prescrição associada”. A resistência medicamentosa do bacilo se evita com essa associação que ocorre com frequência quando somente um medicamento é utilizado, impossibilitando a cura da hanseníase.

Conforme característica operacional do enfermo em Paucibacilar ou Multibacilar se administrada através de esquema-padrão. Para se classificar o esquema a terapia adequada ao caso, a informação sobre a caracterização do enfermo é fundamental. De acordo com a idade da criança doente, se ajusta a dose dos fármacos do esquema-padrão. São indicados esquemas alternativos em se tratando de intolerância ao indivíduo na composição do esquema-padrão (OPROMOLLA, 2014).

4.9.1 Esquema paucibacilar padrão Organização Mundial de Saúde

O esquema para administração mensal se faz de 28 em 28 dias, utilizando uma combinação de dapsona e da rifampicina. Sendo estes dois medicamentos acondicionados numa cartela.

- Esquema:

- Dapsona: dose autoadministrada diária de 100 mg;

- período do tratamento: de 6 meses a 9 meses;

- prescrição para alta: 6 doses em até 9 meses.

- Rifampicina: uma dose com administração supervisionada mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg)

4.9.2 Combinação multibacilar básico da Organização Mundial de Saúde

Se utiliza a combinação dos fármacos clofazimina, dapsona e rifampicina. Esses três medicamentos são administração mensalmente de 28 em 28 dias.

• Esquema:

1) Clofazimina: administração supervisionada e uma dose diária de 50mg autoadministrada 1 dose por mês = 300mg (3 unidades de 100mg).

2) Dapsona: uma dose autoadministrada diária de 100 mg;

• período do tratamento: de 12 a 18 meses;

• prescrição de alta: até 18 meses 12 doses.

3) Rifampicina: 1 dose supervisionada por mês de 600mg (2 unidades de 300mg).

4.10 EFEITOS COLATERAIS DOS MEDICAMENTOS

De acordo com Oliveira (2014) “os medicamentos utilizados na poliquimioterapia assim como os fármacos em geral e no tratamento dos estados reacionais provocam efeitos colaterais”. Tão logo a equipe da unidade básica identifique a alteração dos efeitos colaterais, encaminhar o enfermo para terapia adequada na Unidade de Referência.

Nos tópicos seguintes se apresentam os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos utilizados na poliquimioterapia, no tratamento dos estados reacionais, assim como os principais procedimentos a serem utilizados para combatê-los, sendo que o diagnóstico realizado através dos sintomas e sinais apresentados (OLIVEIRA, 2014).

4.10.1 Efeitos colaterais dos medicamentos utilizados na PQT

Conforme Magalhães (2018) os efeitos colaterais da rifampicina são:

a) cutâneo – rash cutâneo generalizado, prurido, rubor de face e pescoço, prurido;

b) gastrointestinal – náuseas e redução do apetite. Podem ocorrer vômitos, dor abdominal leve e diarreias, especialmente se o medicamento for administrado em jejum;

c) hepático – ocorrência de icterícia, mal-estar, náuseas e perda do apetite. Tipos de icterícias: transitória ou leve e a grave, causando dano hepático;

d) hematopoiéticos – sangramentos anormais ou púrpuras, epistaxes. Pode ocorrer hemorragias uterinas e gengivais. Caso ocorra, o doente deve ser levado ao hospital;

e) anemia hemolítica – icterícia leve. Ocorre raramente. Cefaleia e às vezes choque, tremores, febre e náuseas;

f) síndrome Pseudogripal – ocasionalmente dores ósseas, febre, astenia, calafrios, cefaleia e mialgias. Pode apresentar anemia hemolítica e choque, eosinofilia, necrose tubular aguda, nefrite intersticial e trombocitopenia. Raramente Ocorre, especialmente a partir da 2ª ou 4ª doses supervisionadas devido à hipersensibilidade, quando a dose do medicamento é intermitente.

4.10.2 Efeitos colaterais da clofazimina

Para Magalhães (2016) os efeitos colaterais da clofazimina são:

- cutâneo – urina, alteração na coloração da pele, suor e secreção respiratória, ressecamento da pele, que pode evoluir para ictiose. Em enfermos de cor branca a pele altera podendo ficar de coloração avermelhada ou cor acinzentada, na pessoa de pele escura a cor pode se acentuar, devido ao ressecamento e impregnação. Após a suspensão do medicamento ocorre regressão lenta acentuada na lesão.

- gastrointestinal – se refere ao depósito na submucosa de cristais de clofazimina e gânglios linfáticos intestinais, há diminuição da peristalse e dor abdominal, resultando na inflamação da porção terminal do intestino delgado.

Se deve atentar para a urina que não deve ser confundida com hematúria, a coloração avermelhada. Os escarros hemoptóicos não deve ser confundido com a secreção pulmonar avermelhada. A icterícia não deve ser confundida com pigmentação conjuntival.

4.10.3 Dapsona - efeitos colaterais:

Segundo Magalhães (2018) os efeitos colaterais da dapsona são:

- cutâneo: dermatite eritrodermia, vômitos, dermatite esfoliativa, náuseas, sintomas de Stevens-Johnson, hepáticos, icterícias.
- anemia hemolítica – pode ocorrer icterícia leve, náuseas, cefaleia tremores, febre, às vezes choque;
- metahemoglobinemia – náuseas, desmaios, fadiga, cianose, dispneia, taquicardia, cefaleia, anorexia e vômitos.

4.10.4 Medicamentos utilizados nos estados reacionais - Efeitos colaterais

Segundo Machado (2018) abaixo se apresentam os efeitos colaterais dos medicamentos utilizados nos estados reacionais.

Efeito Colateral conforme cada medicamento:

a) talidomida: linfopenia e neuropatia periférica, constipação intestinal, secura de mucosas, teratogenicidade, sonolência, edema unilateral de membros inferiores.

b) corticoides: síndrome de Cushing, alteração no metabolismo do cálcio, levando à osteoporose, glicose sanguíneo alto, baixa de sódio, metabolismo alterado; gastrointestinais: úlcera péptica e gastrite;

c) Outros efeitos – acne cortisônica e psicoses, agravamento de infecções latentes.

Para Magalhães (2018) “as alterações colaterais dos fármacos usados na quimioterapia e ação reacional, se deve realizar imediatamente através da conduta adequada”. Portanto, a equipe de saúde deve estar sempre atenta para a possibilidade de ocorrência. Conforme instruções abaixo:

a) condutas no caso vômitos incontroláveis e de náuseas:

- cancelar a terapia;
- para realizar diagnóstico diferencial com outras causas, solicitar exames complementares;
- investigar se estes efeitos ocorrem após as doses autoadministradas de dapsona, ou após a ingestão da dose supervisionada de rifampicina.

b) icterícia:

- cancelar o tratamento em caso de alterações das provas de função hepática, com índices maiores a duas vezes o valor normal;
- realizar investigação histórico pregresso: doenças hepáticas, alcoolismo, hepatite e outras;
- para realizar diagnóstico diferencial solicitar exames complementares necessários;
- verificar se o caso se relaciona as doses autoadministradas de dapsona ou com a dose supervisionada de rifampicina.

c) caso de anemia hemolítica:

- cancelar tratamento;
- realizar avaliação e conduta pelo hematologista;
- verificar se a alteração tem nexos as doses autoadministradas de dapsona ou com a dose supervisionada de rifampicina.

d) caso de metahemoglobinemia:

Leve:

- observar e cancelar o medicamento.

Severa:

- realizar internação hospitalar.

e) caso de síndrome pseudogripal:

- avaliar a gravidade do quadro e cancelar a rifampicina imediatamente;
- prescrever antitérmico e anti-histamínico, corticoide caso for necessário, (30 gotas/minuto EV de Hidrocortisona 500 mg/ 250 ml de soro fisiológico -), em sequência corticoide via oral com redução progressiva da dose.

f) alteração cutânea ocorrida por clofazimina:

- utilizar após o banho, a aplicação diária de creme de ureia ou óleo vegetal, orientando em evitar a exposição ao sol, com a finalidade de reduzir esses efeitos.

g) casos de efeitos provocados pela clofazimina - gastrintestinais:

- suspender a prescrição devendo ser reiniciada após regressão do quadro clínico completo.

h) dermatite esfoliativa ou eritrodermia provocados pela dapsona condutas no caso de síndrome de Stevens-Johnson:

- o tratamento com a dapsona suspender definitivamente.

i) efeitos colaterais provocados pelos corticoides:

- precauções ao uso de corticoides devem ser observadas.

Portanto, ao indicar o paciente em tratamento para outro serviço, forneça todas as informações tais como: tratamento PQT, quadro clínico, quantitativo prescrito, alterações, qual característica, causa provável do quadro, efeito colateral a alguma medicação.

4.11 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Conforme o guia do Ministério da Saúde a vigilância epidemiológica é um conjunto de ações que proporcionam a prevenção, o conhecimento, a detecção ou de qualquer mudança nos fatores condicionantes e determinantes de saúde coletiva ou individual, adotando e recomendando ações de controle e prevenção das patologias e agravos (BRASIL, 2018).

A vigilância epidemiológica tem a finalidade de tecnicamente se embasar em caráter permanente, nas ações de execução no controle de enfermidade e agravos, disponibilizando, informações sobre a ocorrência de patologias sempre atualizadas, assim como dos os fatores condicionantes de uma determinada população ou área geográfica (BRASIL, 2018).

De acordo com Martelli (2018) a vigilância epidemiológica tem funções inter complementares, são operacionalizadas através de um ciclo completo de atividades inter-relacionadas e específicas, devendo, ser desenvolvidas necessariamente, de modo continuado, tais como:

a) A partir de uma determinada população de uma determinada área geográfica, obter informações atualizadas sobre a patologia e sobre o comportamento epidemiológico, desencadeando com eficácia e oportunidade medidas de intervenção pertinentes. Desenvolvendo as atividades seguintes:

- colher de informações sobre a patologia;
- processar informações colhidas;
- interpretar e analisar das informações: dados sobre a movimentação epidemiológico da patologia.

b) Avaliar e Orientar as ações de controle da patologia.

Com os dados colhidos sobre a patologia e sobre o seu movimento epidemiológico orientar e desenvolver as atividades seguintes:

- recomendação de atividades de controle;
- promoção das atividades de controle;
- atividades de controle – avaliação dos dados dessa atividade.

c) Comunicar dados sobre a patologia, serviços de controle da doença, comportamento epidemiológico e aos encarregados pelas ações de controle.

Para Machado (2018) através de um conjunto de atividades a vigilância epidemiológica da hanseníase fornece dados sobre a patologia e o comportamento epidemiológico, objetivando avaliar, recomendar e executar as ações de controle da hanseníase. Tem a missão de informar sobre as ações realizadas de controle da doença, a população em geral e aos responsáveis por essa atividade.

A descoberta precoce de todos os casos de hanseníase, são atividades de controle da hanseníase existentes na comunidade e o seu tratamento. a finalidade dessas ações é controlar a patologia, mitigando a supremacia, em 1 caso em 10.000 moradores, rompendo desta forma a cadeia epidemiológica da patologia e a disseminação de casos novos (BRASIL, 2018).

A busca a doentes não tratados anteriormente, são contados como casos com bacilo de Hansen, confirmando o controle planejado da patologia. É imprescindível a medida preventiva à detecção precoce de casos, pois assim, se poderá controlar focos de infecção as incapacidades causadas pela doença, colaborando com a redução ou eliminação do bacilo e o bem estar da saúde populacional (MAGALHÃES, 2018).

Conforme Medina (2016) se constitui o tratamento integral da hanseníase, através de:

a) Tratamento Poliquimioterápico (PQT) - torna o bacilo incapaz de contaminar outra pessoa, previne as deformidades e incapacidades decorrente da doença e sua cura;

b) Acompanhamento - objetiva avaliar e tratar precocemente a neurite, os estados reacionais da doença, efeitos colaterais dos medicamentos assim como, regularizar o tratamento para que o doente tenha alta no tempo previsto;

c) Através de simples técnicas, realizar prevenção de Incapacidade, nos Centros de Referência em Saúde, sendo orientado autocuidado ao paciente.

4.12 CASOS DESCOBERTOS

Para se descobrir casos de hanseníase, existem dois métodos que são: detecção ativa e passiva.

a) detecção ativa: se realiza através da equipe da Unidade de Saúde que de forma sistemática realiza investigação epidemiológica na demanda espontânea da população de um caso conhecido, pelo atendimento na unidade de saúde, pela mobilização da comunidade adstrita à unidade, em grupos específicos tais como: unidades prisionais, unidades militares, estabelecimentos de ensino e, especialmente em região de alta prevalência da patologia. Sendo realizado o exame dermatoneurológico dos indivíduos em todas as situações, necessárias para avaliação do bacilo de Hansen (MARCHESI, 2014).

b) detecção passiva: é realizado no próprio centro de saúde durante atendimento à população. Não sendo necessário busca sistemática aos doentes pelos profissionais que compõe a equipe das Unidades de Saúde (BRASIL, 2018).

A ocorrência de detecção passiva ocorre em duas situações a saber: através de recebimento de doentes de outras unidades para avaliação da enfermidade, casos com suspeição diagnóstica de hanseníase e na procura espontânea de enfermos para a receptividade da unidade de saúde apresentando sintomas e sinais da patologia. A avaliação diagnóstica da hanseníase se realiza através de exame dermatoneurológico no indivíduo. (MEDINA, 2016).

Segundo Machado (2018) se pretende intensificar a busca ativa de doentes através do diagnóstico precoce patológico, realizando avaliação de todos os contatos do caso diagnosticado. Assim como, utilização de outras formas de detecção ativa.

De acordo com Brasil (2018) as condições imprescindíveis para a realização precoce do diagnóstico da hanseníase, se referem às unidades de saúde, aos profissionais de saúde e à população:

a) unidades de saúde: organizar ações de serviços para fomentar o controle de atividades da hanseníase, disponibilizando o acesso da população a essa ação;

b) profissionais de saúde: talentos humanos capacitados e qualificados para o reconhecimento dos sintomas e sinais da doença, ou seja, habilitado a avaliar, tratar e acompanhar situações de hanseníase.

c) população: cabe aos cidadãos conhecerem os sintomas e sinais da hanseníase e informações acerca da cura, através de avisos e palestras, entre outros. Devendo estar ciente sobre o tratamento e motivada a se dirigir ao Centro de Saúde para realização dos procedimentos de praxe.

As avaliações de casos devem seguir os seguintes procedimentos: investigação epidemiológica do caso identificado, a suspeição diagnóstica de hanseníase e o diagnóstico da doença (BRASIL, 2018).

Portanto, é fundamental a divulgação dos sintomas e sinais para a descoberta de caso, e da existência de tratamento e cura da doença, a toda população. Deve-se utilizar linguagem e material de fácil compreensão pela população, levando em consideração a realidade sociocultural (MAGALHÃES, 2016).

4.13 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Para Machado (2018) a eficácia e a operacionalização do serviço de vigilância epidemiológica da hanseníase no fornecimento e obtenção de informações atualizadas e verdadeiras sobre a patologia, atividades de controle e o seu comportamento epidemiológico, se faz necessário sistema tecnológico ágil e efetivo.

Ou seja, o componente fundamental da vigilância epidemiológica é o sistema de informação, auxiliando na tomada de decisão das atividades planejadas do controle da hanseníase, assim como na sua execução: decisão, ação e informação.

Segundo Moreira (2014) o sistema de informação organizado é de responsabilidade de cada unidade de saúde, atribuindo responsabilidades, prazos, periodicidade e definindo o fluxo das informações.

Os dados gerados são importantes para análise e diagnóstico da condição de saúde da população, para ação de planejamento tais como: avaliação das ações para o controle social, alocação de recursos, verificação de

casos prioritários, organização dos serviços. Sendo necessário acesso a essas informações pela comunidade e toda a equipe de saúde (OLIVEIRA, 2018).

4.14 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DA PATOLOGIA

É obrigatório a notificação da doença após a avaliação e diagnóstico, sendo de interesse nacional o registro junto ao serviço de vigilância epidemiológica, na ficha de investigação/notificação do Sistema Nacional de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) (BRASIL, 2018).

4.15 ACOMPANHAMENTO DE CASOS

Segundo Moreira (2013) “os dados referentes ao processamento da situação são imprescindíveis para o monitoramento da prevalência e a avaliação da efetividade do tratamento da doença”. Os registros devem ser feitos no prontuário do paciente e ficha de acompanhamento disponível nas unidades de saúde, e destinadas ao serviço de vigilância epidemiológica órgão superior, contendo relatório de acompanhamento da situação. A unidade federada é quem estabelece a periodicidade e o fluxo no envio dessas informações, conforme procedimentos legais já definidos ao sistema. A periodicidade mínima de 6 meses, é o tempo de atualização de todas as informações (MOREIRA, 2013).

Para Moreira (2018) os indicadores operacionais e epidemiológicos são construídos a partir dessas informações, sendo, portanto, indispensáveis à análise epidemiológica da patologia, a avaliação operacional do programa de controle da hanseníase, ao planejamento de suas ações e o acompanhamento.

Se deve dar atenção específica para a organização, pois assim, será possível a verificação, com tempo mínimo semanal em referência as informações relativas ao portador de hanseníase e de seus contatos. Deve haver identificação precoce dos faltosos e enfermos em abandono, a fim de se realizar buscas, assim como os contatos intradomiciliares para avaliação dermatoneurológica. Os indivíduos que concluíram o tratamento, conforme base legal, devem ser removidos do registro ativo, em virtude da cura (MEDICI, 2016).

Aos pacientes Paucibacilares que desistiram do tratamento e que permaneceram no registro ativo por pelo menos dois anos, a contar da data do

início do tratamento, devem ser dado alta estatística, e aos pacientes Multibacilares que desistiram da terapia e permaneceram nos arquivos ativos pelo período de quatro anos a partir data inicial da terapia. O serviço de vigilância epidemiológica municipal deve ser informado desses procedimentos (OLIVEIRA, 2018).

A busca de informações sobre óbitos ocorridos dentre os portadores da hanseníase e outro aspecto importante, que deve ser assinalado no prontuário e excluído do registro ativo – por motivo de alta por morte. Os que forem removidos para terapia em outros centros de saúde, seus registros devem assinalar como transferidos. Se considera aqueles que obtiverem múltiplos fichamentos pelo caso em questão, por motivo de alta por fichamento múltiplo (MEDICI, 2016).

De acordo com Medina (2016) caso a avaliação da hanseníase seja considerada inadequada, o paciente deve ter alta por erro na avaliação.

4.16 DEVERES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Segundo Moreira (2018) os deveres são desenvolvidos conforme a programação, planejamento, cuidados, prevenção, recuperação, reabilitação e terapia de melhoria a saúde do paciente.

4.16.1 Planejamento/programação do cuidado:

Para Campos (2016) “as atribuições dispensadas a cada membro da equipe a fim de se atingir o objetivo proposto que é o diagnóstico, cuidados e tratamentos”. Se compõe por clínica médica, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem e Agente Comunitário de saúde.

A equipe multiprofissional é composta pela equipe de saúde da família, tem como objetivo dar apoio as práticas e ações integrais a comunidade através da atenção básica (CAMPOS, 2016).

A equipe deve desenvolver ações de:

- Planejamento, assistência e controle do paciente, família, realizando levantamento epidemiológico e operacional;

- Participar de capacitação com conteúdo que identifiquem os determinantes do processo saúde e doença junto a comunidade;
- Estabelecer prioridade entre esses casos, e nexos entre os problemas e as condições de vida e saúde identificadas;
- Investigar a diversidade cultural com que a comunidade enfrenta os casos de saúde, classificando os riscos;
- Interpretar e Sistematizar informações, concretizando as propostas de intervenção;
- Apresentar as atividades programadas, seguindo a base legal;
- Programar o material essencial para atividade a ser realizada.

4.16.2 Cuidados e ascensão da saúde

Segundo Moreira (2018) o cuidado as formalidades devem seguir essa discriminação:

- verificar as determinantes imprescindíveis da qualidade de vida: consumo de bens e serviços, trabalho e renda;
- registrar os aspectos socioeconômicas, culturais, genéticos e ambientais, que interrompem a saúde;
- relacionar institucionais governamentais e não governamentais na região ou comunidade, contribuindo para elevação da qualidade de vida.
- analisar a qualificação da organização na ação conjunta para o equacionamento dos casos endêmicos, com possibilidades contextualizada e limitações das instituições do Sistema Único de Saúde;
- em parceria com agentes de lideranças comunitárias e comunicação, promover a mobilização social, em torno das necessidades e demandas em saúde;
- promoção da qualidade de vida dirigidas a segmentos populacionais e grupos de risco ou para alvo dos programas institucionais de saúde;
- promover atividades educativas para comunidade em geral.

a) Deveres do médico

Avaliação do indivíduo através do exame médico. Que devem conjuntamente realizar um plano de prevenção de enfermidades tais como:

Investigar principais aspectos ambientais que causem danos ou riscos à saúde do indivíduo; importantes mecanismos de adaptação/ defesa da pessoa às agressões do meio ambiente; as condições de integração entre os indivíduos, destacando as doenças transmissíveis e não transmissíveis o conceito de hospedeiro; prevalentes na sua área (PEREIRA, 2015).

O médico é o profissional que demanda habilidade e conhecimento técnico sobre a morbidade, portanto, em conjunto com os resultados de exames específicos é quem vai diagnosticar o que será realizado em forma de medicação, tratamento e acompanhamento ao paciente diagnosticado com hanseníase, passando os procedimentos ao paciente e a equipe de saúde familiar (OLIVEIRA, 2018).

b) Deveres do profissional enfermeiro

Para Witt (2015, p. 78) “os enfermeiros devem estar se atualizando sempre, o diferencial está no que o profissional se especializou e como desenvolve seu trabalho tanto individual quanto em equipe. Se denota que o mercado de trabalho está cada vez mais competitivo, e se o profissional enfermeiro não estiver capacitado para assumir uma atividade específica, conseqüentemente estará fora do mercado. E em era tecnológica onde surgem novidades a cada instante, o conhecimento tem que ser amplo, pois para cada necessidade há um programa computadorizado específico, que estará dando respostas reais e precisas.

Segundo Santos et al (2012, p. 68) “a competência dos profissionais enfermeiros na saúde pública, está em auxiliar e resolver os problemas dos pacientes, além de proteger a saúde, visto a necessidade de cada especialidade”. Entre essas competências que lhe foram confiadas são as atribuições de: Identificar e orientar doentes com alterações ao fármaco; aplicar tratamento; identificar e enviar doentes com sinais e sintomas de hanseníase; fazer a dispensação de medicamentos, identificar casos e encaminhar para confirmação diagnóstica, executar tratamento não medicamentoso das reações hansênicas, prescrever medicamentos, promover planejamento previsional e solicitar remédios, insumos biológicos, conforme normas estabelecida, administrar processos de cuidados de enfermagem. participar da manutenção e organização dos arquivos e prontuários com determinação de prazo (VELLOSO, 2016).

Portanto, se atribui ao enfermeiro em avaliar o através da consulta de enfermagem o estado de saúde do indivíduo.

4.16.3 Prevenção de enfermidades

De acordo com Medina (2016) para prevenção de enfermidades se deve seguir as seguintes instruções:

- investigar os fatores principais ambientais que representam danos ou riscos à saúde do indivíduo;
- verificar os mecanismos principais de adaptação e defesa da pessoa às agressões ambientais;
- relacionar os aspectos de integração entre os seres humanos, classificando o termo de hospedeiro;
- observar as patologias contagiosas e não contagiosas existentes na sua área;
- diferenciar as enfermidades contagiosas controladas através de vacinas daquelas que são controladas por ações de intervenção sobre o meio ambiente;
- verificar as modificações orgânicas causadas pela localização, trajetória e penetração dos agentes infecciosos no indivíduo, como forma de prevenção;
- desenvolver ações de intervenção no ciclo de contaminação e outros agravos à saúde existentes;
- notificar e identificar fatos atípicos e situações suspeitas da patologia;
- fazer ações de registro de comunicantes;
- acompanhar o fator de imunização da população de risco;
- identificar ambientes ou áreas que apresentam risco à saúde da população;
- conduzir procura ativa dos fatos;
- cumprir medidas básicas de vigilância e investigação epidêmica.

4.16.4 Recuperação e reabilitação em saúde

Segundo Oliveira (2018) a recuperação e reabilitação em saúde seguem as seguintes atribuições:

- a) Atribuições da equipe multiprofissional:
- dispensar acompanhamento básico de saúde aos pacientes;
 - realizar procedimentos de intervenção, acompanhamento e referência, de acordo com amparo legal dos programas de saúde;
 - fazer acompanhamento domiciliar;

- orientar métodos básicos de atividades da vida diária (A.V.D), em doentes de hanseníase

4.16.5 Administrar terapia avaliativa do cuidado e acompanhamento

Conforme Pereira (2018) a Gerência, acompanhamento e avaliação do cuidado são assim classificadas:

a) Atribuições da Equipe Multiprofissional:

- gerenciar as atividades, baseados nas instruções do serviço, tendo como referência critérios de efetividade, eficiência e eficácia;
- aplicar e identificar instrumentos de verificação da realização do serviço: satisfação, cobertura e impacto;
- interagir com a equipe utilizando os meios de comunicação com todos os integrantes da instituição e os pacientes;
- atribuir serviços de estudos e de capacitação continuada na atividade;
- contribuir na implementação do método de informação para exame epidemiológico e operacional das atividades de controle da patologia, mediante análise, processamento dos dados, produção e registro.

4.17 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NAS UNIDADES DE SAÚDE

4.17.1 Unidade da saúde da família

De acordo com Pereira (2018) as atividades desenvolvidas nas unidades de saúde da família ficam assim classificadas:

- a) Desenvolvimento da saúde
- b) Redução de doenças
- c) Reabilitação e Recuperação do enfermo

Todos os serviços básicos a todos os participantes da equipe, com exceção às direcionadas ao enfermeiro e ao médico.

Avaliação, acompanhamento e gerenciamento do cuidado

- Todas as medidas básicas a todos os participantes da equipe, exceto às direcionadas ao enfermeiro e médico.

Obs.: Havendo visitas esporádicas do enfermeiro e médico, deverá ser realizado planejamento das atividades.

4.17.2 Centro de saúde/ambulatório especializado

Conforme Pereira (2018) as atividades desenvolvidas nos Centros de saúde e ambulatório especializados devem realizar:

Planejamento / programação do cuidado: todas as atividades

Realização do cuidado

- a) Ascensão da saúde: todas as atividades.
- b) Medidas preventivas de enfermidades: todas as atividades.
- c) Recuperação e reabilitação em saúde: todas as atividades.

Acompanhamento, avaliação e Gerenciamento do cuidado

- Atividades generalista;

4.17.3 Centros de referências/hospitais gerais

De acordo com Serpa (2016) os centros de referências e Hospitais gerais devem ser habilitados com as:

- tratamento de incapacidades de alta complexidade e Habilidades preventivas.
- Reabilitação através de procedimentos cirúrgicos.
- Explicação de diagnóstico e Diagnóstico distinto.
- Outras intercorrências ou Hospitalização em casos de reações.

Portanto, os elementos potenciais que auxiliam o trabalhador da saúde são as necessidades de se ouvir melhor as pessoas que buscam cuidados médicos, vislumbrando as necessidades como prioridade de intervenção prática. A organização das Unidades Básicas de Saúde – UBS, devem ser de forma não somente para satisfazer as ações conhecidas, mas, de ir adiante, em identificar várias necessidades, ou seja, os “fatores existente na vida diária” (SERPA, 2016).

4.18 O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE FRENTE A HANSENÍASE

Faz parte do papel do ACS realizar a busca ativa de todos os contatos domiciliares de pacientes com diagnóstico confirmado. A atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) está em orientar para comparecimento a consulta médica, com o médico de família da equipe da qual faz parte todas as pessoas com: lesões de pele com alteração de sensibilidade e/ou; acometimento de nervo com espessamento neural, mais fácil de ser observado em cotovelos e joelhos (ARAÚJO, 2017).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) age nesse cenário como facilitadora na prevenção e controle da Hanseníase, bem como no tratamento dos portadores na Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo o Agente Comunitário de Saúde (ACS) o veículo que intercepta a ligação entre a comunidade e o serviço de saúde (AQUINO, 2013).

O agente possui uma situação singular, uma vez que deve obrigatoriamente residir na área de atuação da equipe, o que faz com que viva o cotidiano da comunidade com maior intensidade do que os outros membros da equipe de saúde, seu trabalho está centrado no foco domiciliar e acompanhamento dos grupos de risco (CAMPOS, 2016).

O ACS atende em média entre 450 e 750 pessoas, dependendo das necessidades locais. Trata-se de um profissional da área de saúde, com exclusividade de exercício no âmbito do SUS, que realiza atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes incorporadas por esse sistema (PEREIRA, 2018).

No seu trabalho, o ACS atua como um elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, de discussão com a comunidade dos problemas de saúde, de apoio ao auto-cuidado e como fomentador da organização da comunidade para a cidadania e a inclusão, numa dimensão de transformação social (RESENDA, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se vislumbra que os desafios ao diagnóstico na estratégia planejada para benefício da saúde pública são atividades realizadas nos centros de saúde de cada município, onde se observou que a princípio se apresenta de forma simplória, entretanto, conforme referencial teórico citado no trabalho, se não for realizada de maneira tácita e com acompanhamento frequente, poderá ocorrer comprometimento dos atos realizados juntos aos pacientes identificados com a patologia.

A Equipe de saúde familiar é quem a priori realiza o diagnóstico, por isso, deve ter habilidade na ação de atendimento aos portadores da morbidade em tela, já iniciando na triagem, entrevista, identificação e perfeito acompanhamento ao paciente, seguindo todos os procedimentos inerentes a morbidade. Os fatos identificados precocemente já devem estar em consonância com a equipe, que deverá tecnicamente atuar, a fim de se evitar evolução importante da doença, ou caso já se encontrar em estágio agudo, que se realize os procedimentos de praxe.

A preparação dos profissionais envolvidos é de suma importância, pois, é assim que desenvolverão as atividades direcionadas a essa patologia. Devendo sempre haver encontro para discussão dos casos, necessidade de habilidades técnicas do profissional mais experiente, conta muito nesse diagnóstico. É fundamental a união através de prevenção, capacitação e envolvimento coeso da equipe para que haja atendimento, acompanhamento e redução da enfermidade.

Portanto, através da educação permanente em saúde se poderá contribuir para a inserção de novas alternativas, novos modelos de integração entre a prestação de serviços e a sociedade em geral, promovendo possibilidades e escolhas coletivas se adaptando as quebras de paradigmas. A equipe deve realizar atividades preventivas junto à comunidade, usando rotatividade de ambientes tais como escolas, associações e outros, sendo necessário aprofundamento nas pesquisas relacionadas na cidade quanto a essa morbidade, se demonstrando através de casos já existentes a melhor forma de mitigar a situação. Realizando de forma dinâmica que o paciente possa estar procurando a Unidade Básica de Saúde para que se faça os exames e se obtenha diagnóstico preciso, e assim, controlar a disseminação da patologia na população.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, V. L. G. **Evolução da hanseníase no Brasil e perspectivas para sua eliminação como um problema de saúde pública**. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

ARAÚJO, M. G. **Hanseníase no Brasil**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v. 36, n. 3, p. 373-382, maio/jun. 2017

AQUINO, D. M. C. et al. **Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperepidêmica da Amazônia do Maranhão**, Brasil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v.36, n. 1, p. 57-64, jan./fev. 2018.

AQUINO, D. M. C.; SANTOS, J. S.; COSTA, J.M.L. **Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do estado do Maranhão**, Brasil, 1991-1995. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. p.119-125, jan./fev. 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5 ed. Lisboa, 2013. Disponível em <https://www.ets.ufpb.br/pdf/2013/2%20Metodos%20quantitat%20e%20qualitat%20-%20IFES/Livros%20de%20Metodologia/10%20-%20Bardin,%20Laurence%20-%20An%C3%A1lise%20de%20Conte%C3%BAdo.pdf>. Acessado em 16 de abril de 2020.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hanseníase: Atividades de Controle e Manual de Procedimentos**. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. **Portaria nº 687/GM de 30 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. Brasil. Ministério da Saúde. – 2. Ed, ver. – Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/ Fiocruz, 2012-58p

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Campos KFC, Sena RR, Silva KL. **Educação permanente nos serviços de saúde**. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2017 ago; 2(4):1-10. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0103-1104201900010022300004&lng=en. Acessado em 04 de maio de 2020.

CAMPOS, G. W. S. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2016.

CARRASCO, M. A. P.; PEDRAZZANI, E. S. **Situação epidemiológica da hanseníase e dos seus comunicantes em Campinas**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 27, p. 214-228, 2013.

CRISTOFOLINI, L. **Prevenção de incapacidade na hanseníase e reabilitação em hanseníase**. 4 ed. Bauru: Hospital Lauro de Souza Lima, Centro de Estudos “Dr. Reynaldo Quagliato”, 2012.

Descritores em Ciências da Saúde: DeCS. Ed. 2020 rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2020. Disponível em <http://decs.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>. Acesso em 20 de jun. 2020.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos**. Brasília, 2017. p. 177.

_____. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Manual de Prevenção de Incapacidades**. Brasília, 2017, 178p.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Guia para o controle da hanseníase. Cadernos de Atenção Básica nº 10. Brasília, 2017, 89p.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado de Saúde. **Gerência de Regulação e Assistência à Saúde**. Gerência de Vigilância em Saúde. Diretrizes clínicas Hanseníase. Coleção Uma Nova Saúde 3.1ª ed. Vitória, 2018.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 12. ed. São Paulo: Atlas, 2018.

GREGÓRIO, V. R. N. **Estudo da hanseníase em uma unidade de saúde do Recife**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

HOSPITAL LAURO DE SOUZA LIMA. Centro de estudos “Dr. Reynaldo Quagliato”. **Reabilitação em hanseníase**. Bauru, 2013.

JORGE, M.H.P.M; GOTLIEB, S.L.D. **O Sistema de Informação de Atenção Básica como Fonte de Dados para os Sistemas de Informações sobre Mortalidade e sobre Nascidos Vivos**. Inf Epidemiol SUS. 2016.

JOPLING, W. H. et al. **Manual de hanseníase**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2014.

LANA, F. C. F. et al. **Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha**, Minas Gerais, Brasil. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, DF, v. 60, n. 6, Nov./dez. 2018.

LANA, F. C. F. et al. **Análise de tendência epidemiológica de hanseníase na microrregião de Almenara, estado de Minas Gerais**: 2017. Revista Mineira de Enfermagem, Belo Horizonte. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=14744&indexSearch=ID>
Acesso em: 30 SET. 2019.

MACHADO K. **Controle da hanseníase**. Radis, Rio de Janeiro, ano 26, n. 68, p 1013, abr. 2018.

MAGALHAES, M. C. C.; ROJAS, L. I. **Diferenciação territorial da hanseníase no Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 16, n. 2, p. 75-84. jun. 2018. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000200002&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 28 SET. 2019.

MARTELLI, C. M. T. et al. **Endemias e epidemias brasileiras, desafios e perspectivas de investigação científica: hanseníase**. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 5, n. 3, p.273-285, dez. 2012.

MARCHESE, L. M. MARQUESE, A. J. T. RIVVITI, E. A. **Hanseníase**. In: VERONESI, R. FOCACCIA, R. (Ed). Tratado de Infectoogia. 2 ed. São Paulo, Atheneu, 2014

MEDINA, M.G; AQUINO, R; CARVALHO, L.B. **Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. Divulgação em Saúde para Debate**. 2016; 21:15-28.

Medici AC, Marques RM. **Sistema de custos como instrumento de eficiência e qualidade dos serviços de saúde**. Cadernos FUNDAP (Qualidade em Saúde); 19(1):47-59. 2016

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hanseníase**. Belo Horizonte: SAS/ MG, 2016.

MOREIRA, T. a. **Panorama sobre a hanseníase: quadro atual e perspectivas**. Hist. Cienc. Sapude – Manguinhos. V. 10, p. 291-307, 2013.

MOREIRA, M. B. R. **Enfermagem em hanseníase**. Brasília: Fundação Hospitalar do Distrito Federal, Hospital Regional de Sobradinho, 2014.

OLIVEIRA, M. L. W. **A área de dermatologia sanitária e o Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde – Fundação Nacional de Saúde, 2018.

OLIVEIRA, Marluce A. N. Educação à distância como estratégia para a educação permanente em saúde: possibilidades e desafios. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, vol. 60, n. 5, – 586 2014.

OPROMOLLA, D. V. A. As incapacidades na hanseníase. In: HOSPITAL LAURO DE SOUZA LIMA. Centro de Estudos “Dr. Reynaldo Quagliato”. Noções de hansenologia. Bauru, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE **Resumo executivo do monitoramento da eliminação da hanseníase (LEM)**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.paho.org/Portuguese/AD/DPC/CD/lep-LEM-2003-execsum.pdf>>. Acesso em: 18 abril 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Estratégia global para aliviar a carga da hanseníase e manter as atividades de controle da hanseníase 2010-2017**. Geneva, 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/lep/Report.GlobalStrategy-PDFversion.pdf>>. Acesso em: 14 abril 2020.

PEREIRA, R. A.; ROCHA, M. C. N. **Diagnóstico da situação do programa de hanseníase nos municípios prioritários**, capital e região metropolitana de Pernambuco. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

PEREIRA, A. J. et al. **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, 2018.

_____. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: DOU, 2011.

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2018.

RESENDA, D. M.; SOUZA, M. R.; SANTANA, C. F. **Hanseníase na atenção básica de saúde**: principais causas da alta prevalência de hanseníase na cidade de Anápolis – Hansenologia Internationalis, v. 34, n. 1, p. 27-36, 2013.

SALOTTI, S. et al. Prevenção e tratamento: comprometimentos oculares na hanseníase. Bauru: Hospital Lauro de Souza Lima, 2015.

SERPA, S. S. **Hanseníase II** - Manifestações clínicas. Disponível em: <http://medicina.medcenter.com.br/artigo_conteudo.asp?mnu=3@id=149>. Acesso em: 11 março 2020.

SUAREZ, R. E. G., LOMBARDI, C. **Estimado de prevalência de lepra**. Hansenologia Internationalis, v. 22, p. 31-35, 2012.

STROSCHEIN, Karina A.; ZOCHE, Denise A. A. A Educação Permanente nos Serviços de Saúde: Um Estudo sobre as Experiências Realizadas no Brasil. Trab. Educ. Saúde. v. 09, n.3, 2011 – 506 p. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a09.pdf>>. Acesso em: 07 Fev. 2020.

TALHARI, S.; NEVES, R. G. **Hanseníase**. 3. ed. Manaus: Gráfica Tropical, 2014.

VELLOSO, A.; ANDRADE, V. **Hanseníase curar para eliminar**. 1. ed. Porto Alegre: Edição das Auroras, 2018.

APÊNDICE

Modelo da Ficha de Notificação de casos - SINAN

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
		FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO		HANSENIASE	
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		HANSENIASE	
	3	Código (CID10)	Data da Notificação		
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)
Notificação Individual	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 M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12
Dados de Residência	13	Raça/Cor			
	14	Escolaridade			
	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe
	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)
Dados Complementares do Caso	19	Distrito		20	Bairro
	21	Logradouro (rua, avenida,...)		22	Número
	23	Complemento (apto., casa, ...)		24	Geo campo 1
	25	Geo campo 2		26	Ponto de Referência
	27	CEP			
	28	(DDD) Telefone		29	Zona
	30	País (se residente fora do Brasil)			
	31	Nº do Prontuário		32	Ocupação
Dados Clínicos	33	Nº de Lesões Cutâneas		34	Forma Clínica
	35	Classificação Operacional		36	Nº de Nervos afetados
Atendimento	37	Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico			
	38	Modo de Entrada			
	39	Modo de Detecção do Caso Novo			
Dados Lab.	40	Baciloscopia			
Tratamento	41	Data do Início do Tratamento		42	Esquema Terapêutico Inicial
	43	Número de Contatos Registrados			
Observações adicionais:					
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde	
	Nome		Função		Assinatura
	Hanseníase		Sinan NET		SVS 30/10/2007