



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

BRUNA SOUZA DE OLIVEIRA

**CONSEQUÊNCIA DO ESTIGMA E PRECONCEITO NO
DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE:
AÇÕES DO ENFERMEIRO JUNTO AO PACIENTE**

Bruna Souza de Oliveira

**CONSEQUÊNCIA DO ESTIGMA E PRECONCEITO NO
DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE:
AÇÕES DO ENFERMEIRO JUNTO AO PACIENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de graduação em enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA como requisito à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Ms. Sônia Carvalho Santana

Ariquemes – RO
2017

Bruna Souza de Oliveira

**CONSEQUÊNCIA DO ESTIGMA E PRECONCEITO NO
DIAGNÓSTICO DA HANSENÍASE:
AÇÕES DO ENFERMEIRO JUNTO AO PACIENTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Ms. Sônia Carvalho Santana
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof.^a Esp. Mariana Ferreira Alves de Carvalho
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof.^a Esp. Cristielle Joner
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 05 de dezembro de 2017.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, é Ele o autor de meu destino, o meu guia, por ter me possibilitado estar firme durante toda essa trajetória, caminho esse que irá me levar á realização dos meus sonhos! Dedico também ao meu pai Valdir Rodriguês Costa, minha mãe Neia Souza Costa pela confiança e motivação sempre. À meus irmãos Natalia Souza e Frank Gabriel Souza pelo companheirismo e fidelidade. A meu pai Valmir de Oliveira uma estrela que hoje brilha no céu!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus por esta ao meu lado, por ser meu guia, por ter me possibilitado estar firme durante toda essa trajetória e por ser minha fortaleza, pois sem ele eu não teria chegado até onde estou hoje.

Quero agradecer minha família e em especial meu pai Valdir Rodrigues Costa por todo apoio, confiança, amor e dedicação na minha vida, palavras jamais poderia expressar o quanto Eu sou grata e Amo esse homem, pelo qual tenho um grande respeito e admiração.

A minha mãe Neia Souza Carvalho por todo amor, dedicação, confiança postada em mim, por ser meu porto seguro, palavras e gestos também jamais poderia expressar o amor que sinto por você, te admiro muito pela grande mulher que és. Te amo minha guerreira!

Ao meu Pai biológico Valmir de Oliveira uma estrela que hoje brilha no céu e que se hoje estivesse aqui conosco seria seu maior orgulho compartilhar este momento tão importante em minha vida. Mais sei que de onde ele está zela por mim sempre e está muito orgulhoso pela início de uma grande vitória me minha vida.

Aos meus irmãos Frank Gabriel Souza por fazer parte da minha vida, pela gratidão Deus por tê-lo como meu irmão, te amo meu grande garoto e tenho muito orgulho em dizer que sou sua irmã.

Natalia Souza Rodriguês por ser minha pequena Albert Einstein que sempre está disposta a me ajudar, por ser uma pessoa que admiro e tenho orgulho e dizer que é minha e que esteve lado a lado comigo mesmo de longe se fez presente.

A meus amigos que trilharam esta jornada lado a lado comigo, fazendo meus dias mais felizes, Amanda Bissoli, Mayara Locatelli, Yslan Diego e Ingrid Zeferino e repito aqui o que sempre digo a ela todos os dias, você é um anjo que Deus colocou em minha vida, neste últimos meses se fez muito importante na minha vida.

A minha Prima Pamela Carvalho pois a admiração a você é muito grande e jamais poderia deixar de cita-la em meus agradecimentos.

A Marcela Macedo uma amizade que veio da faculdade e levarei para toda minha vida, uma anjo que Deus colocou ao meu lado e que sempre se faz presente e se preocupa comigo como uma irmã.

Ao companheiro da minha mãe Roberto que me ajudou em um momento de necessidade, sou grata a você.

A minha orientadora Ma. Sônia Carvalho Santana que trilhou esta jornada segurando minha mão, por ter dividido comigo sua imensa sabedoria, por abrir a porta de sua casa para orientações em pleno seus dias de descanso e por um momento extremamente difícil em que passei durante esta jornada e ela se fazendo presente aos finais de semana, me acolhendo como uma filha. Obrigada Ma. Sônia Carvalho Santana por toda sua dedicação, paciência comigo.

Agradeço a meus pequeninos de quatro patas Thor e Princesa que alegravam e alegram meu coração sempre que chego no portão da minha casa, seja nos dias difíceis ou não eles sempre conseguem arrancar um sorriso e preencher meu coração.

Também agradeço as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram com este trabalho.

Algumas pessoas me chamavam de “FILHO DE LEPROSO”. Mas, para mim, o preconceito é mais contagioso do que a Lepra.

Jose Irineu Ferreira

RESUMO

A hanseníase causada pelo *Mycobacterium leprae*, que leva a um grande impacto socioeconômico, traumas psicológicos e grandes incapacidades físicas. Apresenta forma infecciosa crônica, com predileção pela pele e nervos periféricos e confere características peculiares, tornando o seu diagnóstico complexo, perpetuando a imagem negativa e o estigma em relação as deformidades. O Brasil é o segundo país em número de casos no mundo, após a Índia. Aproximadamente 94% dos casos novos conhecidos nas Américas são notificados pelo Brasil. A hanseníase ainda representa um grave problema de saúde pública, para evitar as sequelas e complicações, é necessário que o enfermeiro esteja atento para situações específicas relacionadas à doença, como por exemplo, o exame de contatos de hanseníase, que permite rastrear a doença, com maior probabilidade de detecção precoce, intervindo assim na cadeia epidemiológica da doença. Este trabalho trata-se uma revisão bibliográfica, com o objetivo de destacar as ações do profissional enfermeiro diante do estigma e preconceito sofrido pelos pacientes quanto ao diagnóstico de hanseníase, trazendo subsídios para atuação preconizada pelo programa de enfrentamento à hanseníase, oportunizando reconhecer precocemente sinais e sintomas que levem a suspeitar que o portador de hanseníase possa a vir mostrar desinteresse e abandonar o tratamento e o seu cuidado. Conclui-se com este estudo que a atuação do enfermeiro pode contribuir para a redução de consequência relacionado à Hanseníase e o seu estigma.

Palavras-chaves: Enfermeiro, Hanseníase, Estigma, Tratamento.

ABSTRACT

Leprosy caused by *Mycobacterium leprae*, which leads to great socioeconomic impact, psychological trauma and great physical disabilities. It presents a chronic infectious form, with predilection for the skin and peripheral nerves and confers peculiar characteristics, making its diagnosis complex, perpetuating the negative image and the stigma in relation to the deformities. Brazil is the second largest country in the world after India. Approximately 94% of the new cases known in the Americas are notified by Brazil. Leprosy still represents a serious public health problem, in order to avoid sequelae and complications, nurses must be alert to specific situations related to the disease, such as leprosy contacts, which greater probability of early detection, thus intervening in the epidemiological chain of the disease. This work is a bibliographical review, aiming to highlight the actions of the nurse professional in the face of the stigma and prejudice suffered by the patients regarding the diagnosis of leprosy, bringing subsidies for the action advocated by the leprosy coping program, giving early recognition of signs and symptoms that lead one to suspect that the leprosy sufferer may show disinterest and abandon treatment and care. It is concluded with this study that the nurse's role can contribute to the reduction of the consequence related to leprosy and its stigma.

Keywords: Nurse, Hansen's disease, Stigma, Treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção primária à saúde
BCG	Bacilo Calmette-Guérin
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CFZ	Clofazimina
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DDS	Dapsona
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
HT	Hanseníase tuberculóide
HV	Virchoviana
IBECS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MB	Multibacilar
M.L	<i>Mycobacterium leprae</i>
MS	Ministério da Saúde
PB	Paucibacilares
PCR	Reação em Cadeia da Polimerase
PQT	Poliquimioterapia
RFM	Rifampicina
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Esquema terapêutico para casos Paucibacilares.....	20
Quadro 2- Esquema terapêutico para casos Multibacilares	21

SÚMARIO

INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
3 METODOLOGIA	15
4 REVISÃO DE LITERATURA	16
4.1 ETIOLOGIA	16
4.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	18
4.3 ESTIGMA	22
4.4 PRINCIPAIS CAUSAS DE DESISTÊNCIA.....	255
4.5 CONSEQUÊNCIAS DA NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO.....	28
4.7 AÇÕES DO ENFERMEIRO AOS PACIENTES PORTADORES DE HANSENIASE.....	29
4.6 A CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	355
CONSIDERAÇÕES FINAIS	377
REFERÊNCIAS	36
ANEXOS	45

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, cujo agente etiológico é o *Mycobacterium leprae* (M. Leprae). Esse bacilo tem a capacidade de infectar grande número de indivíduos, no entanto poucos adoecem, ou seja, há uma alta infectividade e baixa patogenicidade. A doença acomete principalmente pele e nervos periféricos podendo levar a sérias incapacidades físicas. (BRASIL, 2017).

Marcada desde antigas civilizações, a doença de pele, até então chamada *lepra*, carregou consigo diversos preconceitos, discriminação, sofrimento, rejeição e isolamento. Por intervenção do governo brasileiro teve a sua nomenclatura mudada de acordo com a Lei nº 9.010, que legislou proibindo a utilização do termo "*lepra*". Conseqüentemente, o término designativo para a doença passou a ser "hanseníase". (SILVEIRA, et al., 2014).

De acordo com BRASIL (2001, p. 7) via primordial de eliminação do bacilo, pela pessoa portadora da hanseníase, e a mais provável porta de entrada no organismo passível de ser infectado são as vias aéreas superiores. Contudo, para que ocorra a transmissão, é necessário um contato direto com a pessoa doente que não esteja sendo tratada.

O comprometimento dos nervos periféricos é a característica principal da doença e lhe dá um grande potencial para provocar incapacidades físicas que podem, inclusive, evoluir para deformidades. Estas incapacidades e deformidades podem acarretar problemas, tais como diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos. (JENSEN, 2010, p. 333).

Os casos de hanseníase podem ser distinguidos em duas categorias; a primeira é a condição Paucibacilar (PB), em que o indivíduo abriga um pequeno número de bacilos no organismo, insuficientes para transmissão, devido à sua baixa carga bacilar. A segunda é a condição Multibacilar (MB), contagiosa e caracterizada pela diferença na quantidade de lesões apresentadas na pele. No tratamento quimioterápico, as primeiras doses de medicação eliminam a capacidade de infecção do bacilo, o que desqualifica o portador da segunda condição como transmissor. (SOUZA, 2012).

Para diagnóstico clínico é necessário a coleta de informações, através da anamnese, contextualizando avaliação clínica e epidemiológica do paciente. A partir

de então é realizado exame físico, que precede a avaliação dermatoneurológica, buscando-se identificar sinais clínicos da doença. (ALVES, 2014).

A hanseníase apresenta-se, no cenário mundial, como questão a ser solucionada, tornando-se um problema de saúde pública, O Brasil apresentou 25.218 casos novos, em 2016. Foram detectados 134.184 (54%) na Índia, país que apresenta maior número de casos novos, seguido do Brasil com 39.047 (15%) e da Indonésia com 17.441 (7%) e que equivale a uma taxa de detecção geral de hanseníase de 12,23 por 100.000 habitantes. O estado de Rondônia apresentou 476 casos novos em 2016, ou seja, 26,63 de detecção geral de hanseníase por 100.000 habitantes. (BRASIL, 2016).

O Brasil é dado como segundo país onde há maior número de casos da doença. Os últimos anos foram seguidos por elaboração de planos, metas e estratégias para atenuação da hanseníase, isto é, atingir a taxa de prevalência menor que um caso por 10.000 habitantes, além da busca do aumento do número de casos tratados com a poliquimioterapia. (PENHA, et al., 2015).

A integração dos programas de controle da hanseníase na rede básica de saúde é considerada atualmente a melhor estratégia para eliminação da doença, para o diagnóstico precoce e melhoria na qualidade do atendimento aos acometidos da hanseníase, facilitando o acesso ao tratamento, a prevenção de incapacidades, e a diminuição do estigma e da exclusão social. (RODRIGUES et al., 2015).

Os serviços de saúde necessita se organizar de modo a não somente satisfazer as necessidades conhecidas, mas também de ir além para analisar outras necessidades, ou seja, os “carecimentos pertencentes à vida cotidiana”. Considerando-se a aptidão da consulta de enfermagem como instrumento capaz de reconhecer não só as necessidades expostas nas demandas específicas, mas também como espaço de emergência de outras demandas específicos ao cotidiano, envolvendo aquelas relacionadas ao estigma e ao potencial incapacitante da hanseníase. (TERESINHA CASSAMASSIMO DUART; APARECIDO AYRES; PESSUTO SIMONETTI, 2009)

Diante do relatado, esta pesquisa tem por objetivo identificar os desafios dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS) junto aos pacientes com hanseníase. Contribuindo para que os profissionais que lidam com a assistência ao paciente hanseniano compreendam os desafios que limitam o tratamento da doença,

de maneira que possam atuar com ações e estratégias efetivas junto ao paciente, comunidade e equipe multidisciplinar, diminuindo o índice de abandono e recusa ao tratamento. (PENHA, et al., 2015).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Destacar as ações do profissional enfermeiro junto ao paciente enfrentando estigma e preconceito decorrente ao tratamento de hanseníase.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Descrever a etiologia da hanseníase;
- Relatar as bases gerais do diagnóstico e tratamento;
- Ressaltar a consequência do estigma e preconceito no diagnóstico e tratamento;
- Apresentar as principais causas de desistência e não – adesão ao tratamento;
- Discorrer sobre consulta de Enfermagem;
- Descrever ações do enfermeiro no programa de controle da hanseníase.

3 METODOLOGIA

O presente estudo refere-se a uma pesquisa bibliográfica de caráter descritivo, onde foram realizadas buscas na base de dados indexados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, Ministério da Saúde (MS), Literatura Latina-Americana e do caribe em ciências da saúde (IBECS), Revista Hansenologia Internationalis, Bíblia da Mulher, estudos e documentos de referência dispostas em portais específicos, como Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde e Biblioteca Júlio Bordignon. O levantamento bibliográfico foi realizado de junho de 2016 à novembro de 2017, com delineamento temporal das referências publicadas de 2002 a 2016. Os descritores em saúde DeCS utilizados foram, Enfermeiro, Hanseníase, Estigma, Tratamento. Os critérios de inclusão foram as referências pertinentes ao tema, disponíveis na íntegra e publicadas em língua portuguesa ou inglesa. Já os critérios de exclusão foram publicações incompletas e que não abordassem a temática proposta.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ETIOLOGIA

A hanseníase aloja-se principalmente em países tropicais e ocasionava temores entre as populações medievais. Dita como “castigo divino”, é um processo mórbido, causador de estigmas, preconceitos e danos à saúde. Nódulos, mutilação, mão em garra e queda de cabelo são alguns dos sinais encontrados em registros desde a era medieval. (NEIVA, 2010).

Ainda segundo Alves, et. al., (2014) os problemas psicossociais que ainda afetam os pacientes estão diretamente, quase que totalmente, relacionados à falta de conhecimento médico e científico, a conceitos populares e a crença cristã pelos hebreus, que consideravam aquela que ficou conhecida entre eles como “lepra”, uma maldição, um castigo divino, devido a ação do patógeno no corpo pelas deformidades, e não propriamente uma enfermidade corporal.

No final do século XIX, a identidade etiológica da hanseníase foi descoberta por Gerhard Henrik Armauer Hansen, médico norueguês que analisou material de lesões cutâneas e encontrou a *Mycobacterium leprae*, bacilo causador da patologia, antes de tal evento a doença chegou a ser associada a caráter hereditário. (SANTOS e FARIA, 2015).

A hanseníase passou a ser vista como “enfermidade”, por volta do início do século XX, quando obteve maior atenção médico-social, busca por conhecimentos científicos e de medidas de retenção da mesma. Entretanto, determinar uma maneira de prevenir e tratar tal patologia tornou-se um desafio devido a pré-disposição a controvérsias. (COSTA, 2011).

O bacilo *Mycobacterium Leprae* é disseminado através das vias aéreas, quando há contato prolongado. Os sintomas podem surgir em média de 2 a 5 anos ou em casos mais longos, 10 anos e incluem manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou acastanhadas, únicas ou disseminadas, nódulos na pele, mesmo na ausência das machas, diminuição e/ou perda da sensibilidade a dor, calor, frio ou ao tato. Acomete pele e nervos, devido a isto nervos lesados também podem desencadear queda de pelos no local. (SANTOS, et al., 2013, p.134).

De acordo com Duarte, et. al., (2009) a ação direta do bacilo pode causar alterações neurológicas devido a lesões nos troncos, isto também pode ocorrer em

função dos estados reacionais que se manifestam por meio de dor e/ou espessamento dos nervos periféricos, redução ou perda da sensibilidade e/ou força motora onde a inervação foi danificada. Tem um grande potencial incapacitante, tendo como sua característica principal o comprometimento dos nervos periféricos.

O retardo no tratamento pode ocasionar diversas consequências que estão relacionadas a lesões neurais e podem causar, por exemplo, o comprometimento de estruturas oculares e a perda da sensibilidade das mãos e pés, facilitando a ocorrência de queimaduras, ferimentos, úlceras e fissuras possibilitando uma infecção que pode danificar tecidos e estruturas corporais e ocasionar deformidades. (DUARTE, et al., 2009. p. 138).

A doença manifesta-se de duas maneiras ao atingir a pele e o sistema nervoso periférico. A primeira, hanseníase cutânea, é a forma mais branda, causa machas na pele e progressiva perda de sensibilidade cutânea. A hanseníase nervosa também conhecida como lepromatosa, apresenta-se em nódulos; os nervos se modificam em cordões nodosos e sobrevêm fortes dores, insensibilidade e deformidade e então o bacilo ataca os tecidos, consumindo as mãos, pés, nariz e olhos. É necessário analisar que existem aspectos de ordem biológica ou fatores não diretamente “sociais” a serem considerados e estudados. Contudo na história da patologia, aqueles que encontravam-se afetados, só aceitavam que a haviam contraído quando a doença encontrava-se em um grau de desenvolvimento no qual sua forma cutânea já havia transfigurado a fisionomia individual. (SANTOS, et al., 2008).

Em 07 de maio de 1962 o Brasil sancionou a Lei nº 986, que concretizava a nova política de Controle Nacional Contra Lepra. Tal lei deu-se também devido a críticas que surgiram a determinado modelo de asilos coloniais que surgiram a partir da década de 1920, cujo objetivo era acolher doentes por meio de internamentos obrigatórios a população atingida pela patologia. Após o descobrimento da Sulfona, inicial droga efetiva contra o agente causador da doença, a segregação dessa população passou a ser desaprovada. A partir do anos 70, a poliquimioterapia (PQT) passou a ser utilizada como novo modelo de tratamento ambulatorial. (ROLIM, et al., 2016).

4.2 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

O diagnóstico precoce e o começo do tratamento apropriado é fundamental para minimizar a corrente de propagação da hanseníase. O descobrimento de novos casos necessita da busca do sintomático pelo serviço de saúde e da desconfiança do mesmo para a realização dos pedidos de exames para a análise dos resultados e diagnóstico. A identificação da hanseníase é principalmente clínico e epidemiológico, mas, o diagnóstico laboratorial e o diagnóstico diferencial são essenciais. (BRASIL, 2010).

O diagnóstico clínico se inicia com a anamnese que investiga a história clínica, isto é, se há existência de sinais e sintomas inerentes da doença e sua epidemiologia por meio de sua origem de infecção, o exame físico é feito depois, procurando detectar vestígios clínicos da doença (BRASIL, 2002).

Incluso no diagnóstico clínico a análise dermatológica mostra as lesões de pele, distintas da hanseníase, aonde se intensifica a procura por alteração de sensibilidade nas lesões, (térmica, dolorosa e tátil), e, a análise neurológica deve ser feita no diagnóstico, a cada semestre e alta do tratamento. Deve também ser feito por ocasião de episódios reacionais (neurites, eritema nodoso hansênico, reação reversa) ou no momento em que tiver desconfiança das mesmas, durante ou após o tratamento poliquimioterapia (PQT) e, principalmente quando houver reclamações por parte do paciente. (BRASIL, 2002).

De acordo com o mesmo autor, para o diagnóstico laboratorial a baciloscopia é um suporte, assim como, serve de parâmetros de comprovação de recidiva quando igualado ao resultado do momento do diagnóstico e da cura. Devido a não ser sempre evidente o *Mycobacterium leprae* nas lesões hansênicas, ou em diferentes localidades de coleta, a baciloscopia negativa não afasta o diagnóstico da hanseníase.

Segundo Lastória e Abreu (2012), além da baciloscopia é primordial fazer a ultrassonografia e ressonância magnética que ajudam no diagnóstico da manifestação da forma neural pura, e, episódios de neurite. O exame de eletroneuromiografia é de utilidade no auxílio desse diagnóstico. A intradermoreação de Mitsuda e a histopatologia, auxiliam efetuar o diagnóstico e classificar a forma clínica. Já a sorologia, a inoculação, reação de imunohistoquímica e reação em

cadeia da polimerase (PCR) são métodos usados basicamente em pesquisas e são capazes de amparar o melhor prognóstico.

A acurácia diagnóstica é imprescindível, já que se encontram doenças que causam lesões de pele parecidas com as da hanseníase, e que podem ser confundidas com as mesmas (BRASIL, 2002). No diagnóstico diferencial da hanseníase tem de se considerar as manifestações dermatológicas, neurológicas, as doenças deformantes e doenças sistêmicas nos períodos reacionais. (ARAÚJO, 2003).

As ocorrências com desconfiança de dano neural, sem lesão cutânea (suspeita de hanseníase neural pura) e que mostram áreas com variações sensitiva e/ou autonômica incerta e sem lesão cutânea visível, terão de ser encaminhados aos serviços de referência (municipal, regional, estadual ou nacional) para comprovação diagnóstica. (BRASIL, 2010).

Segundo Araújo (2003), o tratamento da hanseníase compreende quimioterapia específica, cuidados prevenindo inaptidão física, extinguir surtos reacionais, reabilitação física e psicossocial. Este composto de medidas tem de ser desenvolvido em serviços de saúde da rede pública ou particular, por meio de notificação de casos à autoridade sanitária adequada. As intervenções de controle são efetuadas em níveis gradativos de complexidade, disponibilizando de centros de referência locais, regionais e nacionais para o suporte da rede básica.

O tratamento característico da pessoa com hanseníase, preconizado pelo Ministério da Saúde, é a PQT unificado pela Organização Mundial de Saúde, tendo que ser efetuado nas unidades de saúde. A PQT mata o bacilo deixando-o inviável, evitando o progresso da doença, precavendo as incapacidades e as deformações estimulados por ela, trazendo à cura. O bacilo morto é impossibilitado de contaminar outras pessoas, quebrando a cadeia epidemiológica da doença. Sendo assim, já no começo do tratamento, a propagação da doença é impedida, quando executada de maneira íntegra e apropriada, possibilita a recuperação da doença. A poliquimioterapia é composta pela união dos seguintes medicamentos: Rifampicina, Dapsona e Clofazimina, com administração associada. (BRASIL, 2010).

O esquema terapêutico para pacientes paubacilares é formado de Rifampicina e Dapsona, o tratamento é concluído com seis cartelas em até nove meses, o acompanhamento deve ocorrer de quatro em quatro semanas para dose inspecionada. Nessa dose, os pacientes precisam ser submetidos ao exame

dermatológico, à avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física para ganhar alta por cura (BRASIL, 2016).

Quadro 1- Esquema terapêutico para casos Paucibacilares

Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.

Criança	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg auto administrada.
	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.

	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg auto administrada.

Fonte: BRASIL, 2016.

O esquema terapêutico para pacientes Multibacilares é constituído de rifampicina, dapsona e clofazimina. O tratamento é finalizado com doze cartelas em até dezoito meses e comparecimento de quatro em quatro semanas para dose supervisionada. Na décima segunda dose supervisionada, os pacientes têm de ser submetidos ao exame dermatológico, à avaliação neurológica simplificada com detalhamento do grau de incapacidade física para receber alta por cura. Os doentes MB que, incomumente, não demonstrarem recuperação clínica, com presença de lesões ativas da doença no término do tratamento preconizado de 12 doses (cartelas), carecem ser conduzidos para avaliação em serviço de referência para averiguar a conduta mais apropriada para o caso. (BRASIL, 2016).

Quadro 2- Esquema terapêutico para casos Multibacilares

Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg auto administrada.
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e 1 dose diária de 50 mg auto administrada. Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.
Criança	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg auto administrada.
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada e uma dose de 50 mg auto administrada em dias alternados.

Fonte: BRASIL, 2016

De acordo com o Ministério da Saúde (2016), mesmo que as consequências adversas aos medicamentos da PQT não aconteçam com frequência, estas podem ser graves e implicam na interrupção do tratamento, com rápido encaminhamento do doente para avaliação em unidade de maior nível de atenção, suporte de exames laboratoriais complementares e prescrição da conduta adequada.

Os efeitos colaterais mais recorrentes são os associados à dapsona, como meta-hemoglobinemia, gastrite, anemia hemolítica, dermatite esfoliativa, hepatite medicamentosa, distúrbios renais, eritrodermia, e síndrome da dapsona. A respeito da rifampicina, salientam-se a modificação da cor da urina, distúrbios gastrointestinais, plaquetopenia e síndrome pseudogripal, diminuição da eficiência dos anticoncepcionais orais e hepatotoxicidade (rara quando tomada de forma isolada). A clofazimina pode provocar pigmentação cutânea, disfunções

gastrointestinais e icterose. As sequelas mais pertinentes estão ligadas à dapsona e, geralmente, acontecem nas primeiras seis semanas de tratamento. (BRASIL, 2016).

4.3 ESTIGMA E PRECONCEITO NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Atualmente há várias doenças e agravos que envolvem as Políticas Públicas de Saúde, e como se sabe, a hanseníase encontra-se dentre estas, devido a seu nível endêmico ela ainda é considerada um problema grave de saúde pública no Brasil, e os sintomas da doença trazem junto uma outra problemática, a exclusão social. A exclusão social, juntamente com outras dificuldades no enfrentamento da endemia, é uma evidência típica da lepra, nome do passado que carrega o estigma, o preconceito e o sofrimento de muitos que foram sepultados em vida em asilos, dispensários e preventórios do século XX. (BRASIL, 2016).

Na visão Simpson et al., (2014) a principal causa do estigma e do preconceito está relacionada com a carência de conhecimento sobre a doença, seu tratamento, ações de prevenção de incapacidades e cura. A desconstrução de crenças arcaicas sobre a lepra é necessária, para que se tenham novos modos de agir diante da hanseníase. Entretanto, o enfermeiro precisa aproximar-se dessa realidade, promovendo a autonomia do paciente, com o intuito de pactuar propostas de tratamento, implementar o autocuidado, a fim de minimizar o impacto da doença na vida dessas pessoas.

O estigma e o preconceito relacionados à hanseníase ou a lepra sempre estiveram presentes em diferentes contextos históricos, políticos e culturais, imprimindo as marcas devastadoras da doença na vida cotidiana das pessoas por ela acometidas. (RAMOS, 2017). Relatos antigos sobre a hanseníase, o estigma e a exclusão social podem ser observados na bíblia, alegando a necessidade de purificá-los. Uma ambiguidade pode ser observada na relação social com os excluídos. Jó, Lázaro e os leprosos purificados por Cristo são personagens bíblicos, emblemáticos, sofredores inocentes, que sinalizam redenção e não castigo divino (PINTO, 1995; OPROMOLLA, 2000).

A hanseníase é uma conhecida há milênios e é difícil estabelecer sua origem específica, sendo que África e Índia constituem, aparentemente, o berço da hanseníase, existindo, contudo a possibilidade da doença ter origem multifocal (OPROMOLLA, 2000).

A hanseníase é caracterizada por um longo período de incubação, uma evolução lenta, e sintomas clínicos insidiosos, o que contribui para torná-la uma doença muitas vezes de diagnóstico difícil e tardio (RAMOS, 2017). Ela pode também, na prática clínica rotineira, vir a ser confundida com dermatoses e/ou doenças neuromusculares. A demora no diagnóstico é fator determinante no aparecimento das sequelas incapacitantes que determinam a marginalização do doente com hanseníase e consequente exposição às práticas sociais estigmatizantes, que impactam sobremaneira a qualidade de vida dos doentes e de suas famílias. (WONG; SUBRAMANIAM, 2002; LUSTOSA et al., 2011; MARTINS; IRIART, 2014; PELIZZARE et al., 2016).

Segundo Ramos (2017), a exclusão social do doente e de seus familiares dentro das comunidades, por mais que muitas vezes seja invisível aos olhos de quem executa e toma as decisões práticas, deve ser vista como um obstáculo no atendimento a esta pessoa. No diagnóstico, por exemplo, que ocorre na maioria das vezes em serviços de saúde, é fundamental ouvir e perceber os sentimentos expressos naquele momento específico. Acolher as manifestações de preocupação, desconfiança, medo da rejeição, desconhecimento da doença e do tratamento é determinante para a continuidade e adesão da pessoa ao serviço de saúde. (WONG, 2004).

É importante ressaltar que os trabalhadores na área da saúde, apesar de terem conhecimento da endemia hanseníase, não são capacitados para atuar em situações de exclusão social. Os profissionais devem estar sensibilizados em relação à primeira abordagem do paciente hanseníase: reconhecer sinais e sintomas da doença e realizar o exame dermatoneurológico. No geral a situação é levada adiante, mas sem uma noção de como isso será interpretado pelos “doentes” e seus familiares no cotidiano de suas vidas na comunidade. (MARTINS; IRIART, 2014).

Durante uma roda de conversa com o grupo focal foram relevantes para constatar discriminação e ao preconceito das pessoas que o portador de hanseníase enfrenta mesmo na atualidade, conforme observamos nas falas:

Quando eu descobri que estava com hanseníase, eu fui discriminado pela minha própria esposa, ela não se encostava mais em mim, passei uns dias fora de casa, me senti magoado, discriminado e desprezado pela minha própria família. Cheguei a chorar bastante, me senti triste... É um bocado ruim o que a gente passa, passei uns momentos difíceis e só suportei porque confiei em Deus, mas estou enfrentando. (NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2011).

O Senado da Câmara do Rio de Janeiro, em 1740, reforçou o pedido para a fundação de um Local para Tratamento de Leprosos (Leprosário), feito 40 anos antes, para o rei de Portugal. Ainda em 1740, recuperando-se do atraso na tomada de decisão, realizou-se no Rio de Janeiro a 1ª Conferência Médica para tratar da profilaxia da lepra, que determinava prognósticos sombrios para a cidade. (SOUZA-ARAÚJO, 1946). Um regulamento de profilaxia da lepra foi elaborado em 1741 por ordem do Rei D. João V. Era solicitado aos casos confirmados o isolamento para evitar o contágio. Como medida preventiva principal, em “Lazaretos”, separados por sexo e para as várias categorias sociais, caracterizando uma “exclusão somada” de sexo e classe social. (RAMOS, 2017). Foi estabelecida ainda a notificação dos casos, sendo que para os ricos era confidencial, determinando providências contra o charlatanismo e que fosse dada ao médico plena autoridade sobre o leproso, entre outras recomendações. (SOUZA- ARAÚJO, 1946).

O isolamento dos doentes de lepra e seus parentes não tinha o objetivo de evitar o contágio, mas de afastá-los da sociedade, caracterizando o empenho no combate às “enfermidades sociais” a partir de uma concepção higienista (SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008). Conforme dito por Ramos (2017), as práticas de isolamento dos doentes, atualmente, não podem ser tomadas como “cuidados ou atenção à saúde”, mas claramente se constituem como pilares da exclusão social dos doentes e de suas famílias. Consequentemente, o estigma e o preconceito são relatados com muita dor e sofrimento e são amplamente compartilhados na literatura, especialmente considerando a experiência brasileira de isolamento compulsório. (BORENSTEIN et al., 2008; PALMEIRA; QUEIROZ; FERREIRA, 2013; MARTINS; IRIART, 2014; LEITE; SAMPAIO; CALDEIRA, 2015; SANTOS et al., 2015).

Quebrar os paradigmas por trás do estigma, extinguir o preconceito e expor os sentimentos, as emoções e os pensamentos relacionados a hanseníase são grandes desafios, e muitas vezes missões que os serviços de saúde não conseguem cumprir. Os estudos com abordagem comunitária, com participação social, autonomia, humanização e empoderamento dos indivíduos, demonstram que o conhecimento sobre a hanseníase e as atitudes positivas contra o estigma são maiores nas comunidades que desenvolvem Programas de Educação em Saúde (WONG; SUBRAMANIAM, 2002; LUKA, 2010).

As crenças de perigo relacionadas ao contágio e a transmissão, possuem alto grau simbólico em contraposição a pureza dos outros e a água é um elemento através do qual o perigo do doente e da doença perpassa o próprio tempo. (DOUGLAS, 2014).

Simplesmente dizer para “virar a página da lepra” significa dizer que a doença não é terrível porque é letal, mas porque marca as pessoas, quando não se faz o diagnóstico precoce, fortalecendo a perpetuação do estigma virulento. (GOULART, 2016). Como resultado de uma ação coletiva, foi criado o Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN), em 1981, na transição entre os períodos do tratamento sulfônico e da poliquimioterapia. O movimento representava não só o desejo de apoiar as pessoas e as famílias acometidas, a partir de práticas de educação em saúde, mas também a resistência ao isolamento compulsório que sustentava o estigma e o preconceito até então. (SANTOS et al., 2015).

As estratégias que envolvem a participação da comunidade são as que mais se destacam no combate ao estigma, possibilitando que as pessoas adquiram um maior conhecimento sobre a doença, sua evolução e o tempo de tratamento, este tipo de atitude pode ser caracterizada junto as Ações de Educação em Saúde. (RAMOS, 2017). Em países como Etiópia, Nepal e Sudão, que são participantes de programas de eliminação do estigma, são realizadas atividades sistematicamente planejadas onde são envolvidos os líderes comunitários, doentes e suas famílias, profissionais da saúde e membros da comunidade. As experiências vividas mostram que os acometidos pelas doenças tiveram uma melhoria significativa na qualidade de vida, o que os tornaram agentes de mudança na comunidade. (LUKA, 2010).

4.4 PRINCIPAIS CAUSAS DE DESISTÊNCIA

Segundo Garcia (2001) a lepra deixou um grande histórico, principalmente na Europa, e que ainda permanece em nosso meio sócio cultural. Esse fator, associado a falta de conhecimento, fortalece um pré-conceito de que o hanseniano representa uma ameaça, o que corresponde ao período da Idade Média onde a “lepra” estampava uma estrutura asilar, uma história de isolamento, segregação e exclusão.

Alguns pacientes ainda pressupõem que contrair hanseníase é um castigo divino, destinado aos próprios devido a algum erro cometido que ofendera a Deus,

vendo a enfermidade como doença maldita e relatando em alguns depoimentos que são merecedores do mesmo. Os próprios preconceitos em relação à moléstia fazem com que rejeite a si mesmo, não se aceitando como portador da doença e isolando-se de seu grupo social, adotando uma postura de autoflagelo. (BITTENCOURT, et al., 2010).

Na visão bíblica, em Levítico, no Antigo Testamento, há a descrição de que caso os sacerdotes diagnosticassem “lepra”, tal indivíduo era isolado dos demais e considerado impuro. “Quem for declarado leproso, deverá andar com as roupas rasgadas e despenteado, com a barba coberta e gritando: Impuro! Impuro! Ficará impuro enquanto durar sua doença. Viverá separado e morará fora do acampamento”. (LEVÍTICO, Cap. 13 e 14, 2014). Similarmente à visão de Rafferty (2005), onde o autor relata determinado bloqueio para os indivíduos portadores em enaltecer e confiar uma imagem positiva de si. Os estigmas e as manifestações clínicas de deformidades, agregados a posturas manifestadas por determinados indivíduos de seu meio social contribuem para o isolamento.

À partir da década de 50, foi estabelecido tratamento e cura da hanseníase. Tal tratamento passou a ser de nível ambulatorial, ou seja, sem internações impostas. Todavia, apesar dos intensos avanços médicos a respeito desta enfermidade, os pacientes, em sua maioria, não possuem conhecimento a respeito de tal, ainda a associando a sentença bíblica, à mutilação e à morte. Conseqüentemente, os enfermos sofrem devido a ideias pré-estabelecidas e errôneas. (BAILARDI, 2007).

De acordo com Baialardi (2008) a conduta de afastamento na relação entre os pacientes que realizaram o acompanhamento do tratamento na APS e os profissionais de saúde, observada no cenário de estudo, também pode ser decorrente do medo da discriminação e de que o diagnóstico seja revelado a outras pessoas. Devido a isso, os pacientes não permitem que todos os profissionais da equipe de saúde tenham conhecimento sobre seu diagnóstico. Esta atitude corrobora que a hanseníase deixa profundas cicatrizes no ser humano e que o estigma permanece em seu corpo, em sua mente e em sua alma.

Segundo Silva et al., (2015) boa parte dos abandonos podem ser atribuídos ao tempo de tratamento PQT, que pode variar de 12 a 18 meses. As circunstâncias reacionais são, também, mais frequentes, os quais explicam as deformidades e incapacidades mais presentes. Deste modo, a condição clínica dos pacientes

Multibacilares pode constituir um quadro aversivo que leva os indivíduos ao comportamento de fuga e de desistência ao tratamento.

O estresse emocional causado nos pacientes, pode estar relacionado a dificuldade de um diagnóstico preciso e precoce, devido uma falha no sistema de saúde, que pode ter ocorrido com a falta de profissionais capacitados. O que predispõe ao enfermo a auto rejeição à medida que notam transformações em seu corpo, cicatrizes acarretadas pela doença, as alterações em sua face. (BAIALARDI, 2007).

Rosa et al., (2009) em um estudo desenvolvido no município de Duque de Caxias (RJ) em 2001, destacou que a maior frequência de casos de abandono de tratamento foram os Multibacilares, seguido pelos casos que não foram atendidos pela enfermagem, serviço social ou pela fisioterapia. Quando associado a variáveis verificou-se uma direta ligação a classificação operacional e ao atendimento pela enfermagem serviço social e fisioterapia.

O abandono do tratamento pode ainda ocasionar um prejuízo na qualidade de vida do paciente, já que as incapacidades geradas pela evolução natural da doença sem acompanhamento terapêutico podem ocasionar diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e questões psicológicas (ALEXANDRE, et al., 2009).

A dificuldade na conscientização e desmistificação do estigma em torno da hanseníase ainda é uma grande adversidade a procura pelo tratamento, apesar das campanhas para o controle, que auxiliam incentivando a procura pelo profissional da saúde para um fácil diagnóstico. Algo que dificulta a possibilidade de cura, uma vez que o tratamento possui chances significativas de eliminar a doença e evitar o contágio. (NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2011).

Em relação à Baialardi (2008) o estigma se efetivou a partir do isolamento social que envolveu a doença, e nos dias atuais é evidenciado através do claro preconceito que acomete os indivíduos portadores da moléstia, que preferem manter-se calados a respeito do diagnóstico e ocultar seu corpo, na tentativa de esconder a doença, para evitar a rejeição e o abandono.

4.5 CONSEQUÊNCIAS DA NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO

No Brasil, a assistência aos casos de hanseníase é considerada de absoluta responsabilidade do setor público, no que concerne ao diagnóstico, ao tratamento e medidas de controle. Segundo o Ministério da Saúde, o controle da hanseníase tem como um dos empecilhos o problema do abandono do tratamento e reconhece que os dados sobre abandono não refletem a realidade, por deficiências no sistema de informação. (BRASIL, 2016).

Quando o paciente não comparece às consultas agendadas mensalmente para a dose supervisionada, é considerado pelos serviços de saúde um paciente faltoso. Esta falta significa a continuidade da transmissão da doença, a resistência do bacilo à medicação e o atraso na cura da hanseníase. Os faltosos devem ser precocemente identificados, para os procedimentos de busca, bem como os contatos intradomiciliares para exames dermatoneurológicos. O tratamento supervisionado contribui para reduzir o abandono de tratamento e aumentar o número de pessoas curadas. (BRASIL, 2008).

SOUZA et al., (2013) diz que o abandono do tratamento pode ocasionar um agravo na qualidade de vida do paciente, já que as incapacidades geradas pela evolução natural da doença sem acompanhamento terapêutico podem acarretar diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social, problemas psicológicos, risco de desenvolvimento de incapacidades físicas e deformidades e, por conseguinte, o estigma social e a discriminação contra pessoas afetadas e suas famílias.

Um dos motivos da não adesão para o tratamento medicamentoso são: o Esquecimento; Atividades laborais; Efeitos colaterais; Problemas familiares; e alcoolismo. A identificação de fatores associados com abandono é importante para definir grupos de alto risco que possam ser acompanhados de forma mais cuidadosa durante a PQT. Isso não só contribui na redução da taxa de abandono, mas também reduz o risco do desenvolvimento de resistência à PQT. (ROLIM et al., 2016)

É de suma importância realizar as orientações ao usuário sobre como devem ser tomadas as medicações, buscando mantê-lo informado sobre como seguir seu tratamento, sendo esta uma maneira de promover a adesão ao mesmo, em longo prazo. Mais do que retornar ao posto para tomar as medicações sob a supervisão de um profissional, é enfatizado que a sua presença regular no serviço de saúde é

importante para um acompanhamento contínuo da história de seu problema de saúde de como ele está reagindo ao tratamento, das queixas, das alterações e das demais necessidades que ele possa apresentar. (SILVA; COSTA; ARAÚJO, 2009).

De acordo com Leite e Vasconcellos, (2003) a adesão ao tratamento em geral necessita do sucesso da terapia proposta, do autocontrole da doença crônica e da prevenção de uma patologia. No caso da hanseníase é indispensável que se investiguem três questões centrais:

1) o preconceito que envolve historicamente a doença, 2) as modalidades terapêuticas utilizadas no processo do tratamento e 3) as possibilidades e os limites do paciente em envolver-se no tratamento da forma como lhe é prescrito. (FOGOS, OLIVEIRA& GARCIA, 2000).

A falta de informação contribui para que as pessoas não procurem o tratamento ou abandonem o mesmo, pois a hanseníase é uma doença como qualquer outra, porém a diferença é o preconceito devido ao passado sombrio da doença. (SOUZA et al., 2013).

Baiardi (2007) diz que o aparecimento de uma doença física, frequentemente, representa para o indivíduo uma perda de controle sobre o próprio corpo e sobre a própria vida de relação do indivíduo com o mundo. Com a doença aguda, os pacientes experimentam uma vivência de vulnerabilidade e comprometimento de autoestima. Na cronicidade, além das lesões da autoestima, as pessoas, em geral, têm alterada a visão de si próprias (muitas vezes sentindo-se estigmatizadas) e sua relação com o futuro, os projetos de vida, etc.

4.6 AÇÕES DO ENFERMEIRO AOS PACIENTES PORTADORES DE HANSENÍASE

As ações de monitoramento da hanseníase priorizadas no Brasil compõe ações de descoberta antecipada dos casos, tratamento poliquimioterápico, prevenção de incapacidade física, vigilância de comunicantes e educação em saúde. As estratégias objetivam uma expansão da cobertura dos serviços de saúde por meio da extensão da rede de diagnósticos e de cuidado ao paciente, através da descentralização da atividades para os serviços de atenção básica á saúde. Alguns motivos influenciam uso dos serviços de saúde como: fácil acesso, presença de

especialistas, aptidão dos profissionais e a instauração de elo com o paciente. (NARDI et al., 2010).

Nota-se que as ações de educação em saúde são tidas pelos pacientes como ações insubstituíveis no controle da hanseníase. Ocorre também a notificação de casos detectados, busca ativa dos casos por meio da execução de exame de manchas duvidosas em mutirões e por meio de livre demanda da unidade, encaminhamento para atendimento especializado e se preciso acompanhamento do paciente na aplicação da dose supervisionada. (COÊLHO et al., 2015).

O enfermeiro tem que incentivar a presença dos pacientes no programa, ofertando comodidade e gerando a troca de experiências e o debate de questões e dos valores subentendidos em sua vida e de seus familiares. Considera-se ser fundamental e possibilitar ao usuário compreensão a respeito da hanseníase, tal como os pontos sócio/ambientais e culturais que a cercam, o qual beneficiará a evolução do autocuidado e das mudanças de ações essenciais para a precaução de incapacidades. (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2009).

A principal ação de precaução está precisamente na descoberta e tratamento precoce da doença, diagnosticando o paciente na forma inicial, paucibacilar e sem mudança de inabilidade física, quando o tratamento dura menor tempo e com menor chance de complicações reacionais. O controle dos contatos é de fundamental importância como medida preventiva, por meio de exame dermatoneurológico e vacinação com BCG, conforme normas do Ministério da Saúde. (TARDIN et al., 2010).

BAILARDI, (2007) constatou que através das conversas no grupo o trabalho educativo colabora para avaliar a aflição relativo a alguns fatores que integram o estigma da doença, como o medo de contagiar outras pessoas e o medo da morte pelos conhecimentos que foram propagados, entretanto, o preconceito e a rejeição permanecem em seu dia a dia e dentro de si próprio, pois se nota-se que a descoberta do diagnóstico se limitou apenas a sua família.

O isolamento social do paciente com hanseníase aumenta as desigualdades sociais sofridas pelo estigma que a doença traz consigo, mostrando-se em episódios precários de trabalho e vida, consolidando ainda mais o preconceito da doença. Porém o enfermeiro deve se aproximar dessa realidade, gerando a independência do paciente, com o objetivo de ajustar formas de tratamento, para efetuar o

autocuidado, a fim de tornar mínimo o choque da doença na vida dessas pessoas. (RODRIGUES et al., 2015).

O uso da sistematização da assistência dentro da consulta de enfermagem, além de possibilitar o reconhecimento das diferentes classes que se associam com o processo de saúde-doença, também favoreceu as ações conjuntas da equipe multiprofissional. Isso pode auxiliar para a prevenção de danos, principalmente das incapacidades físicas, com a melhora da saúde das pessoas. Destaca-se, ainda, a necessidade da capacitação do profissional na assistência de enfermagem ao portador de hanseníase. (RIBEIRO, et al., 2007)

As ações da assistência de enfermagem se baseiam em cinco componentes:

Vigilância Epidemiológica (monitoramento e análise de informações); Gestão (planejamento, monitoramento e avaliação, descentralização); Atenção Integral (diagnóstico, tratamento, vigilância de contatos, prevenção de incapacidades e reabilitação, resgate social); Comunicação e Educação (comunicação, educação permanente, mobilização social); Pesquisa (centro de referência, pesquisa operacional). (BRASIL, 2009).

Segundo CAÇADOR et al., (2015) pesquisas revelam que a sobrecarga de trabalho e o grande quantidade de funções do enfermeiro afetam as ações da equipe, impedindo a eficácia do cuidado e a concretização das ações recomendadas pela ESF. Os autores relatam obstáculos encontrado quanto ao comprometimento por assuntos gerenciais e assistenciais, optando por demandas que implicam em respostas mais urgentes, estando longe da realidade e das necessidades da população. Assim sendo, ressalta-se que nas tomadas de decisões em circunstâncias conflituosas alguma atividade será negligenciada para que outra seja alcançada.

4.7 A CONSULTA DE ENFERMAGEM

A normatização da consulta de enfermagem no âmbito nacional se dá pela Lei Nº 7.498/86 e pelo Decreto Nº 94.406/87, que, em seu artigo 11º, impõe como uma especificidade de prestação de assistência expressa ao cliente que é uma ação privativa do enfermeiro. A Resolução COFEN-159/93, artigo 1º torna a consulta de enfermagem obrigatória no desenvolvimento da assistência de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada. (LIMA et al., 2015, p. 203).

Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família podem atuar no controle da hanseníase de acordo com o perfil do profissional enfermeiro e da estrutura do serviço de saúde. O enfermeiro é encarregado pelo planejamento das Ações de Controle da Hanseníase à comunidade, ao paciente e aos contatos domiciliares, além de supervisionar o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (KEUSCH et al., 2006). Além disso, o enfermeiro deve realizar uma consulta mensal avaliando o estado de saúde geral e as incapacidades físicas, realizando exames dermatoneurológicos, administrando as doses supervisionadas, realizando orientações sobre os efeitos colaterais dos medicamentos da PQT e técnicas simples de autocuidado para prevenção de incapacidades.

É importante que as atividades educativas realizadas por profissionais de saúde façam parte da rotina dos serviços, principalmente em municípios endêmicos, como forma de divulgar informações apropriadas e sustentar o conhecimento da população sobre a hanseníase. Criar “rodas de conversa”, espaços de escuta das pessoas com hanseníase, onde elas possam falar de suas crenças, dúvidas, da doença e de suas vidas, é uma ferramenta utilizada nas Unidades de Saúde, especialmente aquelas que contam com equipe multiprofissional. (NUNES; OLIVEIRA; VIEIRA, 2011).

As ações da enfermagem executadas pelo enfermeiro e os outros membros da equipe de enfermagem, devem ser realizadas de maneira sistemática em todos os pacientes. Essas ações envolvem a consulta de enfermagem e a administração de testes e vacina Bacilo Calmette-Guérin (BCG) intradérmica para contatos. (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2009).

Para Duarte (2008) o atendimento de enfermagem faz-se fundamental na assistência, dado que na consulta se determina uma relação terapêutica do indivíduo com o profissional da saúde, proporcionando o ato de reconhecer as condições de vida que definirão os perfis de saúde e doença. A conversação terapêutica entre enfermeiro e paciente tem o intuito de reconhecer e cuidar das necessidades de saúde do paciente, estabelecendo possibilidades de aprendizado, além de estimular na pessoa a sensação de confiança, fazendo com que ele tenha o sentimento de satisfação e segurança para voltar a viver em sociedade.

De acordo com Monte e Pereira (2015) á grande relevância de restaurar a prática clínica que não somente decifra questões biopsíquicas, mas também afirma valores de vida, circunstâncias sociais e formas de enfrentar problemas, seguindo uma aplicação que proporcione analisar, além dos sinais e sintomas biológicos do indivíduo, a sua forma de “andar na vida”.

A consulta de enfermagem é uma ocasião de encontro entre o paciente e o profissional da saúde e, conforme a escuta feita, ela será capaz de distinguir uma série de circunstâncias que estão em parte da vida das pessoas e formam os determinantes dos perfis de saúde e doença. A consulta de enfermagem deve proporcionar a “integralidade focalizada”. Este é o empenho de cada um dos trabalhadores, quando mencionamos à equipe de saúde. (LIMA et al., 2015, p. 102).

O Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde cita como papel do enfermeiro no enfrentamento da hanseníase:

1. Identificação dos sinais e sintomas da hanseníase e avaliação dos casos suspeitos encaminhados para a unidade de saúde;
2. Realização da consulta de enfermagem, assim como a solicitação de exames complementares e prescrições de medicações, conforme protocolos ou normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal;
3. Preenchimento completo da ficha de notificação para os casos confirmados de hanseníase;
4. Avaliação e registro do grau de incapacidade física em prontuários e formulários;
5. Orientação ao paciente e a família para a realização de autocuidados;
6. Orientação e realização de técnicas simples de prevenção de incapacidades físicas;
7. Realização de exame dermatoneurológico em todos os contatos intradomiciliares;
8. Realização da vacinação com o BCG aos contatos sem sinais da doença;
9. Realização da assistência domiciliar;
10. Planejamento, gerenciamento, coordenação e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS. (BRASIL, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu-me compreender que o estigma da Hanseníase ainda existe e mostra-se mais resistente do que a própria doença. Vencer o preconceito social, inclusive dos usuários dos serviços de saúde, é o grande desafio da hanseníase.

A hanseníase foi por muito tempo, incurável e mutiladora. Atualmente, os usuários em tratamento tem ciência sobre a cura da doença, a necessidade de um longo tratamento, e que após o seu início, o portador não é mais transmissor.

Apesar de ser uma doença que tem tratamento, podendo alcançar cura, e na atualidade, ter ocorrido uma redução no aparecimento de sequelas, a hanseníase é uma doença que provoca estigmas e exclusão. Isso se deve, principalmente, ao fato de ser constituir uma doença milenar, cercada de histórias e preconceitos na antiguidade.

O preconceito pode ser minimizado através da Educação em Saúde, pois orientando a população sobre transmissão, tratamento, e ressaltando a cura, ocorrerá entendimento a respeito da doença, e poder-se a, assim, minimizar o estigma, possibilitando a reintegração dos portadores à sociedade.

Assim o presente estudo tem a por finalidade contribuir para o conhecimento no que diz respeito aos serviços de saúde e a assistência dos enfermeiros das unidades básicas de saúde onde ocorre o foco de tratamento de hanseníase, mas sugiro novas abordagens sobre a temática deste estudo, a fim de garantir uma assistência contínua de qualidade no atendimento ao paciente.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, et al., Abandono de tratamento no programa de controle da hanseníase de um hospital universitário em São Luís - Maranhão. **Revista do Hospital Universitário/UFMA**. São Luís, 2009. Disponível em: <<https://posgraduacaofuneso.files.wordpress.com/2014/10/circunstc3a2ncias-associadas-ao-abandono-do-tratamento-da-hansenc3adase-uma-revisc3a3o-sistemc3a1tica.pdf>> . Acesso em: 19 de nov.2017.

ALVES, Elioenai Dornelles; FERREIRA, Leonel Telma; FERREIRA, Nery, Isaias. **Hanseníase: avanços e desafios**. 2014. BRASÍLIA: Núcleo de Estudos Em Educação e Promoção da Saúde – NESPROM/UNB, 2014. 20 p. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3250858/mod_resource/content/1/hansenia-seavancoes.pdf>. Acesso em: 10 de out. 2017.

ARAUJO, Marcelo Grossi. **Hanseníase no Brasil**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. [online]. 2003, vol.36, n.3, pp.373-382. ISSN 0037-8682. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0037-86822003000300010>>. Acesso em: 19 de nov. 2017.

BAIALARDI, K. S. O estigma da hanseníase: relato de uma experiência em grupo com pessoas portadoras. **Revista Hansenologia Internationalis**. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-51612007000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 de nov. 2016.

BAIALARDI, Katia Salomão. O Estigma da Hanseníase: Relato de uma Experiência em Grupo com Pessoas Portadoras. Rio Grande do Sul: **Revista Hansenologia Internationalis**. 2008. 28 a 30 p. Disponível em: <www.ilsl.br/revista/imageBank/301-862-1-PB.pdf> . Acesso em: 19 de nov. 2017.

BITTENCOURT L. P. et al., Estigma: Percepções Sociais Reveladas por Pessoas Acometidas por Hanseníase. **Revista de Enfermagem. UERJ**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a04.pdf>>. Acesso em: 26 de nov. 2016.

BORENSTEIN, Miriam Süssking et al. **Hanseníase: estigma e preconceito vivenciados por pacientes institucionalizados em Santa Catarina (1940-1960)**. Rev Bras Enf 2008 nov;61:708-712. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672008000700009&tlng=pt>. Acesso em 14 de set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle da hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica; elaboração de Maria Bernadete Moreira e Milton Menezes da Costa Neto. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hanseniase_atencao.pdf>. Acesso em: 01 de nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_controle_hanseniase_cab10.pdf>. Acesso em: 19 de nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Programa Nacional de Controle de Hanseníase. **Informe Epidemiológico**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Hanseníase (org.) Núcleo de Comunicação, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_saude_situacao_hanseniase.pdf>. Acesso em 22 de set. 2017.

_____. Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Hanseníase. **Relatório de gestão maio de 2007 a dezembro de 2008**. Brasília. 2009. Disponível em: <http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2009_1/artigos/Art_19CSC09_1.pdf>. Acesso em 22 de set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado da Hanseníase**. Brasília-DF, 2010. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/487.pdf>>. Acesso em: 11 de nov. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.125, de 7 de outubro de 2010**. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html>. Acesso em: 19 de nov. 2017

_____. Ministério da saúde. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública**. Brasília-DF, 2016. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/diretrizes_para_elim_inacao_hanseniase_-_manual_-_3fev16_isbn_nucom_final_2.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde. **Hanseníase**. 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/hanseniase>>. Acesso 29 de jun. 2017.

CAÇADOR, Beatriz Santana. et al. **Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades**. Itatiaiuçu: Revista Mineira de Enfermagem, 2015. 613 p. Disponível em: <www.reme.org.br/artigo/detalhes/1027>. Acesso em: 15 de out. 2017.

COELHO, Lennara de Siqueira et al., Vivência do enfermeiro da atenção básica nas ações de controle da hanseníase. Recife: **Revista de Enfermagem UFPE**. 2015. 1413 p. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10853/12072>>. Acesso em: 19 de nov. 2017.

COSTA, Ghislaine Dias da; **A produtividade do pensamento da diferença e da estética para a educação especial: diálogos possíveis: modalidade e comunicação oral**. 2011. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/congressomultidisciplinar/pages/arquivos/anais/2011/processo_inclusivo/072-2011.pdf>. Acesso em 27 de jun. 2017.

DOUGLAS, M. **Pureza e perigo**. 2. ed. Campinas: Unicamp, 2014.

DUARTE, Marli Teresinha Cassamassino; AYRES, Jairo Aparecido; SIMONETTI, Janete Pessuto. Consulta de Enfermagem: Estratégia de Cuidado ao Portador de Hanseníase em Atenção Primária. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a12>>. Acesso em: 26 de out. 2017.

_____. Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase: proposta de oposta de um instrumento para aplicação do pr um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. São Paulo: **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2008. 360 p. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019602019.pdf>>. Acesso em: 14 de nov. 2017.

FOGOS, Andressa Ribeiro; OLIVEIRA, Elizabete Regina Araújo & GARCIA, Maria Lucia Teixeira. **Análise dos motivos para abandono do tratamento: o caso dos pacientes hansenianos da Unidade de Saúde em Carapina/ES**. *Hansenologia Internationalis*, 2000. Disponível em: <http://www.ils.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10593&texto=portugues>. Acesso em 14 de set. 2017.

GARCIA, José Ricardo Lopes. Entre a "loucura" e a hanseníase: interfaces históricas das práticas e políticas instituídas. **Revista Hansenologia Internationalis**. São Paulo, 2001. Disponível em: <<http://www.ils.br/revista/imageBank/680-2343-1-PB.pdf>>. Acesso em: 26 de nov. 2016.

GOULART, I. M. B. Leprosy **Mailing List Blog [Internet]**. Mensagem para: Dr. Pieter Schreuder. 2016 Feb 11. [citado em 2017 Feb 2]. [5 parágrafos]. Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/18391/1/HansenieseEstigmaSeculo.pdf>>. Acesso em 14 de set. 2017.

JENSEN, Rafaela Garcia Dancini, BRANT, Sandra. **Hanseníase**: abordagem fisioterapêutica . Ariquemes: Revista Olhar Científico, 2010. 333 p. Disponível em: <<http://www.olharcientifico.kinghost.net/index.php/olhar/article/view/27>>. Acesso em: 12 de nov. 2017.

KEUSCH, Gerald. T.; FONTAINE, Olivier; BHARVA, Alok.; BOSHI-PINTO, Cyntia. BHUTTA, Zulfiqar A.; GOTUZZO, Eduardo; RIVERA, Juan A.; CHOW, Jeffrey.; SONBOL, A.; SHAHID-SALLES, S. A.; LAXMINARAYAN, R. **Diarrheal diseases**. In: Disease control priorities in developing countries. D.T. Jamison, et al., editors. Oxford University Press. New York, USA. 2006. Disponível em: <<http://files.dcp2.org/pdf/DCP/DCP19.pdf>>. Acesso em: 18 de jul. 2017.

LASTÓRIA, Joel Carlos; ABREU, Marilda Aparecida Milanez Morgado de. **Hanseníase**: diagnóstico e tratamento. Presidente Prudente: Bvs, 2012. 177 p. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/137679>>. Acesso em: 19 de nov. 2017.

LEITE, Silvana Nair & VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. **Adesão à terapêutica medicamentosa**: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciência e Saúde Coletiva, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17457.pdf>>. Acesso em: 19 de nov. 2017.

LEITE, Soraia Cristina Coelho; SAMPAIO, Cristina Andrade; CALDEIRA, Antônio Prates. **“Como ferrugem em lata velha”**: o discurso do estigma de pacientes institucionalizados em decorrência da hanseníase. Physis 2015 Mar;25(1):121-13818. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/301352731_Manifestations_of_Stigma_and_Prejudice_Informed_by_Treated_Lepers>. Acesso em 14 de set. 2017.

LEVÍTICO. **A Bíblia da Mulher**: Leitura, Devocional, Escudo. 2 ed., Sociedade Bíblica do Brasil. São Paulo, 2014.

LIMA, Dandara Abreu Queiros de; CASSEMIRO, Ana Valéria da Silva; MENDES, Raquel Silveira; BRANCO, Cristiane Santiago Natario; PAMPLONA, Ysabely de Aguiar Pontes. **Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase**.. Bahia: Revista Enfermagem Contemporânea, 2015. 203 p. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/387>>. Acesso em: 14 de nov. 2017.

LUKA, E. E. Understanding the stigma of leprosy. **South Sudan Medical Journal**. v. 3, n. 3, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.southsudanmedicaljournal.com/archive/august-2010/understanding-the-stigma-of-leprosy.html>> . Acesso em: 16 de out. 2017.

LUSTOSA, Anselmo Alves; NOGUEIRA Lídy Tolstenko; PEDROSA José Ivo dos Santos; TELES, João Batista Mendes; CAMPELO Viriato. The impact of leprosy on health-related quality of life. Rev Soc Bras Med Trop 2011; 44 (5): 621-626. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822011000500019>. Acesso em 22 de set. 2017.

MARTINS, Patricia Vieira; IRIART Jorge Alberto Bernstein. Itinerários terapêuticos de pacientes com diagnóstico de Hanseníase em Salvador, Bahia. *Physis* 2014 Mar;24(1):273-289. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014000100273&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 22 de set. 2017.

MONTE, Raquel Santos; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Hanseníase: representações sociais de pessoas acometidas. Fortaleza: **Revista Rene**. 2015. 868 p. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/2878/2240>>. Acesso em: 19 de nov. 2017.

NARDI, Susilene Maria Tonelli et al., **Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase**. São Paulo: *SciELO*, 2010. 161 p. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n2/v19n2a08.pdf>>. Acesso em: 16 de nov. 2017.

NEIVA, Ricardo Jardim. Hanseníase: Desafios ao Diagnóstico nas Unidades Básicas de Saúde. 2010. **Monografia** 28 f. (Especialização). Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2813.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2017.

NUNES, Joyce Mazza; OLIVEIRA, Eliany Nazaré and VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2011, vol.16, suppl.1, pp.1311-1318. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700065&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em 24 de set. 2017.

OPROMOLLA, Diltor Vladimir Araujo (Ed.). História. **Noções de Hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000. p.1-6. Disponível em: <<http://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/9327/Publico-007.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 22 out. 2017.

PALMEIRA, Iaci Proença. QUEIROZ, Ana Beatriz de Azevedo; FERREIRA, Márcia de Assunção Marcas em si: vivenciado a dor do (auto) preconceito. **Revista Brasileira Enfermagem**. v. 66, n. 6, p. 893-900, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0104-5970201600020037900026&lng=en>. Acesso em 14 de set. 2017.

PELIZZARI, Vanessa Daniele Zambon Valério et al. Perceptions of people with leprosy about disease and treatment. **Revista Rene**. Fortaleza, v. 17, n. 4, p. 466-74, jul./aug. 2016. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/19491>>. Acesso em 14 de set. 2017.

PENHA, Ana Alinne Gomes da. et al., Desafios na adesão ao tratamento da hanseníase segundo enfermeiros da atenção primária à saúde. **Caderno de Cultura e Ciência**. 2015. Disponível em: <http://periodicos.urca.br/ojs/index.php/cadernos/article/viewFile/902/pdf_1>. Acesso em: 26 de jun. 2017.

PINTO, Paulo Gabriel Hilu da Rocha. O estigma do pecado: a Lepra durante a Idade Média. *Physis*. v. 5, n. 1, p. 131-144. 1995. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73311995000100007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 out. 2017.

RAFFERTY, Joy. Curing the stigma of leprosy. **Leprosy review**. 2005. Disponível em: <<https://www.lepra.org.uk/platforms/lepra/files/lr/June05/150523.pdf>>. Acesso em: 26 de out. 2016.

RAMOS, Leila Bitar Moukachar. Hanseníase e estigma no século XXI: narrativas de moradores de um território endêmico. 2017. 101 f. **Tese** (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/18391>>. Acesso em: 19 de nov. 2017.

RIBEIRO, Sandra Lúcia Euzébio; GUEDES, Erilane Leite; PEREIRA, Helena Lúcia Alves; SOUZA, Lucilene Sales de; Vasculite na Hanseníase Mimetizando Doenças Reumáticas. **Revista Brasileira de Reumatologia**. Brasil, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v47n2/13.pdf>>. Acesso em: 26 de nov 2016.

RODRIGUES, Francisco Feitosa. et al., Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre hanseníase: ações de controle e eliminação. Fortaleza: **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2015. 298 e 302 p. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2670/267040408016/>>. Acesso em: 01 de nov. 2017.

ROLIM, Maria de Fátima Nogueira; ABRANTES, Vanessa Erika Ferreira; PEREIRA, Geruslânia da Silva Almeida; SOUSA, Milena Nunes Alves de; TEMOTEO, Rayrla Cristina de Abreu. Fatores relacionados ao abandono ou interrupção do tratamento da Hanseníase. **Journal of Medicine and Health Promotion**. 2016; 1(3):254-266. Disponível em: <<file:///C:/Users/Meu%20computador/Downloads/2016.fatoresrelacionadosaoabandonouinterrupodotratamentodahansenase.JournalofMedicineandHealthPromotion.pdf>>. Acesso em 22 de set. 2017.

ROSA, Antonia Maria; IGNOTTI, Eliane; HACON, Sandra de Souza; CASTRO, Hermano Albuquerque de; Prevalência de asma em escolares e adolescentes em um município na região da Amazônia brasileira. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. 2009; 35:7-13. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v35n1/v35n1a0>>. Acesso em 14 de set. 2017.

SANTOS, Débora Aparecida da Silva; GONÇALVES, Ritiélly Eduarda Lopes Mendonça; NASCIMENTO, Áurea Miranda do; CRUZ NETO, Lourenço Ribeiro da. **Hanseníase**: diagnostico precoce é a solução. Decanato de Extensão da

Universidade de Brasília. Brasília-DF, N.23-24: 2013. 134 p. Disponível em: <periodicos.unb.br/index.php/participacao/article/view/10205>. Acesso em: 12 de out. 2017.

SANTOS, Karen da Silva; FORTUNA, Cinira Magali; SANTANA, Fabiana Ribeiro; GONÇALVES, Marlene Fagundes Carvalho; MARCIANO, Franciele Maia; MATUMOTO, Silvia. Meaning of leprosy for people who have experienced treatment during the sulfonic and multidrug therapy periods. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 23, n. 4 p. 620-627. Jul/ago. 2015. Disponível em: <https://mafiadoc.com/meaning-of-leprosy-for-people-who-have-experienced-scielo_59d16e5b1723dd62bf18e5f2.html>. Acesso em 14 de set. 2017.

SANTOS, Luiz Antonio de Castro FARIA Lina. **A hanseníase e sua história no Brasil: a história de um “flagelo nacional”**. Rio de Janeiro: História, Ciências, Saúde, 2015. 1491 p. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3861/386142813022.pdf>. Acesso em: 09 de out. 2017.

_____, MENEZES, Ricardo Fernandes. de. Contrapontos da História da Hanseníase no Brasil: Cenários de Estigma e Confinamento. **Revista Brasileira de Estudos de População**. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n1/v25n1a10>. Acesso em: 26 de set. 2017.

SILVA, Fabíola Rondon Freire da ; COSTA, Aldenan Lima Ribeiro Corrêa da; ARAÚJO, Laura Santos de. **Prática de enfermagem na condição crônica decorrente de hanseníase**. Florianópolis: Rede de Revistas Científicas da América Latina, 2009. 294 p. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71411706012.pdf>. Acesso em: 14 de nov. 2017.

SILVA, Luiz Carlos Pereira da et al., *Lócus* de controle da saúde em pacientes com hanseníase. Gurupí: **Revista Amazônia Science & Health**. 2015. 6 p. Disponível em: <ojs.unirg.edu.br/index.php/2/article/viewFile/810/311>. Acesso em: 20 nov. 2017.

SILVEIRA, Mariana Guimaraes Bicalho, et al., **Portador de hanseníase: impacto psicológico do diagnóstico;** 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822014000200027>. Acesso em: 26 de jun. 2017.

SIMPSON, Clélia Albino Simpson et al. Ações de autocuidado de pessoas com hanseníase. Recife: **Revista de Enfermagem UFPE**. 2014. 2820 p. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9989/10342>. Acesso em: 19 nov. 2017.

SOUZA, A.J et al., **Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde de Imperatriz – Ma**. Adhesion To Hansen’s Disease Treatment For Patients Monitored At Basic Health Units In Imperatriz-Ma p. 06-12, 2013. Disponível em:

<http://repositorio.ufc.br/ri/bitstream/riufc/7588/1/2013_art_acpjcosta1.pdf> . Acesso em: 19 Nov.2017.

SOUZA, Luiz Roberto de. Condicionantes Sociais na Delimitação de Espaços Endêmicos de Hanseníase . **Tese.** (doutorado) 301f. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2012. 22 p. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-07122012-162848/publico/LuisRobertoSouza.pdf>>. Acesso em: 13 de nov. 2017.

SOUZA-ARAÚJO, H. C. **História da lepra no Brasil:** períodos colonial e monárquico (1500-1889). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, v. 1. 1946. Disponível em: <<http://ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5600>>. Acesso em 14 de set. 2017.

TARDIN, Rachel Tebaldi; D'ÂNGELES, Adriana Cristina Rodrigues; CÁSSIA, Flavia de Freire; SILVA, Cláudia Meneses da; SILVA, Maria Cristina Dias da; LOPES, Maria Edilene Vicente; JANUÁRIO, Roberto José. **Linha de cuidado da hanseníase.** Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175905/28Linha_cuidado_HANSEN.pdf>. Acesso em 28 de jun. 2017.

TERESINHA CASSAMASSIMO DUART, Marli; APARECIDO AYRES, Jairo ; PESSUTO SIMONETTI, Janete. **CONSULTA DE ENFERMAGEM: ESTRATÉGIA DE CUIDADO AO PORTADOR DE HANSENÍASE EM ATENÇÃO PRIMÁRIA.** Florianópolis: Contexto Enfermagem, [2009]. 101 p. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a12>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

WONG, M. L. **Designing programmes to address stigma in leprosy:** issues and challenges. Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal. v. 15, n. 2, 2004. 10 p. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/51b0/275249738ef48d9862bd2b6163e6f3b6be13.pdf>>. Acesso em 10 de out. 2017.

_____, SUBRAMANIAM, P. **Socio-cultural issues leprosy control and management.** Singapore: Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau. jan. 2002. Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/18391/1/HansenieseEstigmaSeculo.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2017.

ANEXOS

ANEXO I - Ficha de notificação/ investigação hanseníase

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

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

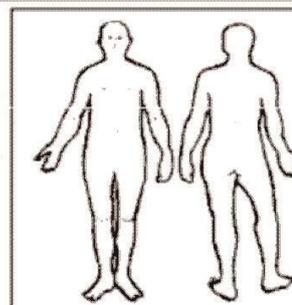
Nº

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

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual			
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação		
	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	12 Gestante	13 Raça/Cor			
Dados de Residência	14	Escolaridade					
	15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	17 UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito		
Dados Complementares do Caso	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
Dados Clínicos	28	(DDD) Telefone		29	Zona		
	31	Nº do Prontuário		32 Ocupação			
	33	Nº de Lesões Cutâneas	34	Forma Clínica	35	Classificação Operacional	
Atendimento	36	Nº de Nervos afetados		37		Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico	
	38	Modo de Entrada				39	Modo de Detecção do Caso Novo
	40	Baciloscopia				41	Data do Início do Tratamento
Tratamento	42	Esquema Terapêutico Inicial				43	Número de Contatos Registrados
	Observações adicionais:						
Med. Contr.	Município/Unidade de Saúde				Código da Unid. de Saúde		
	Nome		Função		Assinatura		
	Hanseníase		Sinan NET		SVS 30/10/2007		

ANEXO II - Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DA SAÚDE		ESTADO DE SÃO PAULO		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		SIP		Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos - PCID < 15				
1 - Unidade de Saúde: _____														
2 - Município: _____										3 - UF: _____				
4 - Nome do Paciente: _____							5 - Nº Prontuário: _____							
6 - Nome da Mãe: _____														
7 - Data de Nascimento: ____/____/____							8 - Idade: _____ anos							
9 - Município de Residência: _____										10 - UF: _____				
11 - Há quanto tempo reside nesse município? _____														
12 - Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas?														
<input type="checkbox"/> Menos de 6 meses				<input type="checkbox"/> De 6 meses há 1 ano				<input type="checkbox"/> Mais de 1 ano						
13 - Já fez algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual?										<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim		
Qual o problema/doença havia sido identificado? _____														
14 - Existem outras pessoas com problemas de pele na família?										<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim	Quantas? _____	
15 - Existe ou existiu doente de hanseníase na família?										<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim	Quantas? _____	
OBS.: Todos os contatos de menores de 15 anos devem ser examinados														
EXAME DO DOENTE														
16 - Número de lesões de pele: _____														
17 - Tipos/características de lesões:														
Área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s)				<input type="checkbox"/> c/ alter. sensibilidade			<input type="checkbox"/> s/ alter. sensibilidade							
Mancha(s) com alteração da coloração da pele				<input type="checkbox"/> c/ alter. sensibilidade			<input type="checkbox"/> s/ alter. sensibilidade							
Placas eritematomatosas com bordas elevadas				<input type="checkbox"/> c/ alter. sensibilidade			<input type="checkbox"/> s/ alter. sensibilidade							
Nódulos/pápulas <input type="checkbox"/>				Infiltração <input type="checkbox"/>			Outras (especificar): _____							
18 - Cicatriz de BCG: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas ou mais														
19 - Existem áreas com rarefação de pelo?														
<input type="checkbox"/> não				<input type="checkbox"/> sim Onde? _____										
20 - Existem nervos acometidos?														
<input type="checkbox"/> não				<input type="checkbox"/> sim Quantos? _____										
21 - Teste de Histamina:														
<input type="checkbox"/> não realizado				<input type="checkbox"/> realizado Resultado: _____										
22 - Localize as lesões e nervos acometidos no esquema corporal ao lado														
23 - Avaliação do grau de incapacidade:														
Grau	O l h o			M ã o			P é							
	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E					
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase							
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade							
2	Lagofalmo e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas							
	Triquíase			Garras			Garras							
	Opacidade corneana central			Reabsorção			Reabsorção							
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m			Mão caída			Pé caído							
										Contratura do tornozelo				
24 - Caso confirmado como caso de Hanseníase? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim														
25 - Data do diagnóstico: ____/____/20____										Classificação Operacional: <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> MB				
26 - Nome do profissional: _____ CRM: _____														
27 - Data do preenchimento do protocolo: ____/____/20____														
Anexar a cópia desta ficha ao prontuário, mesmo daqueles não confirmados.														
SENDO CASO DE HANSENÍASE, ANEXAR ESTA FICHA À DO SINAN E ENCAMINHAR À SMS														



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

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

Mão e Pé : _____ Olho: _____

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

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

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

Nome: _____ Nº Sinan: _____

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

33-Nº de Contatos Registrados: ()

34-Nº de Contatos Examinados: ()

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

Nome do Responsável pelo Preenchimento: _____

Categoria Profissional: _____

Data: ____/____/____

ANEXO IV – Formulário para avaliação neurológica simplificada

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

ANEXO IV

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA

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

FACE	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Nariz	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ressecamento (S/N)						
Ferida (S/N)						
Perfuração de septo (S/N)						
Olhos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Fecha olhos s/ força (mm)						
Fecha olhos c/ força (mm)						
Triquiase(S/N) / Ectrópio(S/N)						
Dimin. sensib. córnea (S/N)						
Opacidade córnea (S/N)						
Catarata (S/N)						
Acuidade Visual						

Legenda: N = não S = Sim

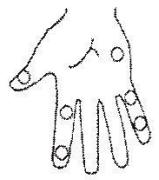
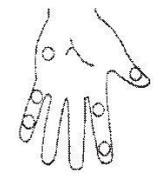
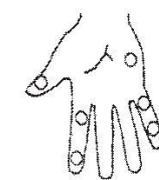
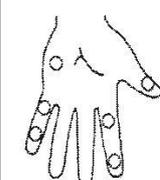
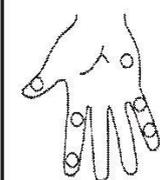
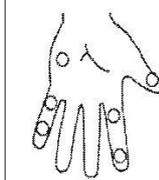
Membros Superiores	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ulnar						
Mediano						
Radial						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

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

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

Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª / /		2ª / /		3ª / /	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda: Caneta/filamento lilás(2g): Sente 9 Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores

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

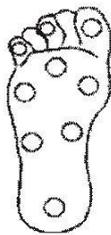
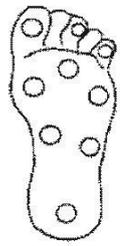
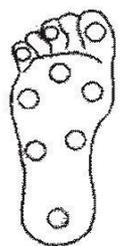
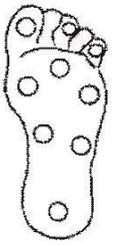
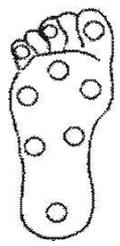
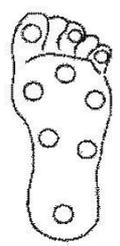
MEMBROS INFERIORES	1ª		2ª		3ª	
Queixa principal						
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Fibular						
Tibial posterior						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

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

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

Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª		2ª		3ª	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda: Caneta/filamento lilás(2g): Sente 9 Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores
Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção: Ferida: 

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)

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