



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE
CAROLINA DE MELO SANTOS**

**IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS SEQUELAS EM
DECORRÊNCIA DA HANSENÍASE.**

ARIQUEMES - RO

2012

CAROLINA DE MELO SANTOS

**IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA
PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS SEQUELAS EM
DECORRÊNCIA DA HANSENÍASE.**

Trabalho apresentado ao curso de Enfermagem
da Faculdade de Educação e Meio Ambiente
como requisito à obtenção do Grau de Bacharel.

Profª Orientadora: Esp. Sonia Carvalho de
Santana

ARIQUEMES – RO

2012

Carolina de Melo Santos

IMPORTÂNCIA DA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS SEQUELAS EM DECORRÊNCIA DA HANSENÍASE

Trabalho apresentado ao curso de Enfermagem
da Faculdade de Educação e Meio Ambiente
como requisito à obtenção do Grau de Bacharel.

Profª Orientadora: Esp. Sônia Carvalho de
Santana

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª. Orientadora Esp. Sonia Carvalho de Santana
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Profª. Esp. Silvia Michelly Rossetto
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Profº. Dr. Diego Santos Fagundes
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 14 de Novembro de 2012

A Deus e à espiritualidade, por estarem presentes em todos os momentos. Aos meus pais, Sandra e Ubirajara, por todo carinho e apoio. Às minhas irmãs, Alessandra e Ubethânia, por serem sempre dignas de admiração. Aos meus amigos, pelo carinho e alegria.

AGRADECIMENTOS

À Prof.^a Orientadora Esp. Sônia Carvalho de Santana, pela aceitação em me orientar e pela credibilidade e incentivo que sempre demonstrou.

Aos meus amores, meus pais, Sandra Melo e Ubirajara Alves, maior e único tesouro. Não encontro palavras para expressar minha eterna gratidão pelo amor incondicional, respeito e dignidade necessários à minha formação. Obrigada pela força, pela cumplicidade e pelos sábios ensinamentos apreendidos nesta e em tantas outras batalhas. Foi por vocês que cheguei até aqui e, é por vocês que continuarei lutando. Obrigada por serem os melhores educadores. Papi e mami, amo vocês!

Às minhas irmãs Alessandra e Ubethânia pela torcida e incentivo.

Às “velhas amigas” que, mesmo distantes, sempre farão parte de cada conquista minha. E às “novas amigas” em especial ao meu grupo de estágio, Ana Rita, Fabíola Roncôni, Fabielli de Assis, Iara Pereira, Edcleuza Crisóstomo com quem compartilhei o dia a dia. Obrigada pelo carinho e apoio constantes.

Às professoras enfermeiras que compartilharam seus conhecimentos na busca por uma enfermagem científica e humanizada.

Ao professor Dr Diego Fagundes pelo apoio e incentivo.

A todos que conviveram comigo nestes últimos quatro anos e a todos aqueles que de alguma forma auxiliaram para a conclusão deste trabalho.

“As palavras purifiquem os leprosos terão no futuro o mesmo significado que tiveram nos dias de Jesus, quando Ele as pronunciou. Numa paráfrase ampliada, talvez elas possam ser expressas assim: “Procurem os excluídos, os desprivilegiados, e todos aqueles que sofrem por causas de atitudes da sociedade. Ajudem-nos a se manterem sobre suas próprias pernas e tragam-nos de volta à sociedade que os desprezou e os lançou no ostracismo.””

Stanley George Browne, 2003.

RESUMO

A hanseníase é considerada uma doença infecto-contagiosa de evolução crônica que, afeta o sistema nervoso periférico, ocasionando paralisia e perda de sensibilidade muscular. Se não diagnosticada e tratada adequadamente pode evoluir para incapacidade física. Em torno de três milhões de pessoas em todo o mundo apresentam deformidade causada pelo *Mycobacterium leprae*. Considerada um problema de saúde pública constatou-se que o planejamento da assistência de enfermagem visa principalmente contribuir para a adesão ao tratamento da doença, diminuindo os riscos potenciais e utilizando a preservação. Desta forma o presente trabalho trata-se de uma revisão de literatura descritiva e exploratória com os Descritores: Hanseníase, Autocuidado, Papel do Enfermeiro, Sequelas. Para a elaboração deste trabalho, o material usado foi constituído por um total de 115 referências, revistas, periódicos, livros e artigos científicos disponibilizados na, Biblioteca Júlio Bordignon, Biblioteca Municipal de Ariquemes Pedro Tavares Batalha, Biblioteca Virtual em Saúde. Diante do que foi encontrado na literatura, é relevante dizer que a hanseníase interfere na capacidade de realização de atividades diárias dos indivíduos acometidos, independente do grau de incapacidade que apresentam.

Palavras-chave: Hanseníase; Autocuidado; Papel do Enfermeiro; Sequelas.

ABSTRACT

Leprosy is considered a disease of chronic infectious and contagious developments that affect the peripheral nervous system, causing paralysis and loss of sensation. If not diagnosed and properly treated can develop into a physical handicap. Around three million people worldwide have deformity caused by *Mycobacterium leprae*. Considered a public health problem was found that the planning of nursing care aims to mainly contribute to treatment adherence, reducing potential risks and using the preservation. Thus the present work it is a descriptive and exploratory literature review with the keywords: Leprosy, Self-care, nurses ' Role, Sequels. For this work, the material used consisted of a total of 115 references, magazines, periodicals, books and scientific articles available in the Library, Julio Bordignon, Municipal Library of Ariquemes Pedro Tavares Batalha, Virtual Health Library. What was found in the literature, it is relevant to say that leprosy interferes with the ability to carry out daily activities of individuals affected, regardless of the degree of incapacity.

Keywords: Leprosy; Self-care; Role of Nurses; Sequels.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Protocolo Resumido de Incapacidades	27
Quadro 2 – Risco de Aparecimento de novos danos neurais em casos novos de Hanseníase	31
Quadro 3 – Reação tipo 1 x Reação tipo 2	34
Quadro 4 – Modelo PRECEDE	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
BAAR	Bacilo álcool-ácido Resistente
BCG	Bacillus Calmette-Guérin
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ENH	Eritema nodoso hansênico
ESF	Estratégia Saúde da Família
et al	e colaboradores
HIV	Human immunodeficiency vírus
IB	Índice baciloscópico
kg	Quilograma
M.leprae	Mycobacterium Leprae
MB	Multibacilar
mg	Miligramas
MS	Ministério da Saúde
OMP	Olhos, Mãos e Pés
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PB	Paucibacilar
PCH	Programa de Controle da Hanseníase
PQT	Poliqumioterapia
PRECEDE	Preceding, Reinforcing, Enabling Causes in Education Diagnosis and Evaluation
PSF	Programa Saúde da Família
RR	Reação Reversa
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
AINH	Antiinflamatório não-hormonal

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 METODOLOGIA	14
4 REVISÃO DE LITERATURA	15
4.1 HISTÓRICO	15
4.2 MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DA HANSENIASE.....	17
4.3 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	21
4.3.1 Baciloscopia	22
4.3.2 Poliquimioterapia (PQT)	23
4.4 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA FUNÇÃO NEURAL.....	24
4.4.1 Escore OMP (Olhos, Mãos e Pés)	26
4.4.2 Alterações Oculares	27
4.4.3 Alterações em Mãos	28
4.4.4 Alterações em Pés	29
4.5 VIGILANCIA DOS CONTATOS	30
4.5.1 BCG	30
4.6 REÇÕES HANSÊNICAS.....	30
4.6.1 Reação tipo 1 ou Reação Reversa (RR)	32
4.6.2 Reação tipo 2 ou Eritema Nodoso da Hanseníase (ENH)	33
4.6.3 Reação tipo 1 x Reação tipo 2	33
4.6.4 Tratamento	34
4.6.4.1 Reação tipo 1	34
4.6.4.2 Reação tipo 2	35
4.7 PREVENÇÃO, REABILITAÇÃO E AUTOCUIDADO	36
4.8 ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO	40
4.8.1 Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família (ESF)	40
4.8.2 Hanseníase e o Papel do Enfermeiro	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	46

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma moléstia infecto-contagiosa apresentando-se endêmica no Brasil, causada pelo *Mycobacterium leprae* (M. leprae). É uma doença crônica de caráter transmissível e insidioso e que tem cura. Esta doença acomete fundamentalmente a pele e os nervos periféricos, que pode repercutir em perda da sensibilidade protetora do epitélio, do tônus e da força muscular, muitas vezes irreversível, levando o indivíduo à incapacidade física. (LEHMAN, 2005). Permanecendo viável até 36 horas no meio ambiente, seu período de incubação é de 2 a 7 anos, embora haja registro de casos com período de até dez anos. Sua manifestação é através de sinais e sintomas dermatoneurológicos, podendo variar em espectro (indeterminada, tuberculóide, dimorfa e virchoviana).

A transmissibilidade se mantém enquanto houver bacilos viáveis ou doentes bacilíferos. Podendo ser classificada em paucibacilares (PB) com até cinco lesões na pele e multibacilares (MB) com mais de cinco lesões. (BRASIL, 2002a).

Estima-se que aproximadamente 3 milhões de indivíduos no mundo tenham algum grau de incapacidade como resultado da doença. (GONÇALVES, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza que todos os casos devem ser avaliados no início do tratamento e no momento da alta. Há uma mendicidade de sensibilizar e capacitar os profissionais da saúde para mediar no processo de atenção à pessoa atingida pela hanseníase, havendo o propósito de prevenir incapacidades físicas e promover o autocuidado. (SILVA, 2009).

Os programas de prevenção de incapacidade em hanseníase têm porventura o intuito de evitar as deformidades e incapacidades, visando interromper a propagação das perdas funcionais. Após alguns anos de implementação os benefícios do programa de prevenção de incapacidade são consistente no programa.

Contudo, a prevenção de incapacidade não produz resultados imediatos, embora qualquer prevenção ou redução de incapacidade seja de grande benefício para os indivíduos, evitando a necessidade de reabilitação potencialmente onerosa.

Nessa perspectiva, segundo Leopardi (2006), é indispensável na Estratégia Saúde da Família (ESF) um panorama cultural em que a enfermagem relacione o autocuidado e sua preponderância na assistência, funcionando como base na

facilitação e capacitação individual ou comunitária, para manter ou reaver o seu bem-estar ou ajudá-los a enfrentar dificuldades ou a morte, de uma forma culturalmente significativa e satisfatória.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Destacar a importância da atuação do enfermeiro na prevenção e tratamento das sequelas em decorrência da hanseníase.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir casos de hanseníase e seu tratamento;
- Discorrer sobre o autocuidado;
- Identificar o papel do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família para o controle da hanseníase;

3 METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado no período de março a novembro de 2012 através de revisão bibliográfica de artigos indexados e publicados em base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e a utilização de documentos de referência dispostos em portais específicos, como Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde. Foram utilizados também, acervo pessoal, Biblioteca Municipal de Ariquemes Pedro Tavares Batalha e da Biblioteca Júlio Bordignon que estavam relacionados ao tema abordado e aos objetivos pretendidos. Ao todo foram utilizadas 115 referências, sendo 94 escritas em língua portuguesa, 22 em inglesa, 1 em espanhola. Dentre as 115 referências utilizadas, 50 são periódicos nacionais, 12 são livros nacionais, 15 são do Ministério da Saúde, 1 é da Organização Mundial de Saúde, 8 são teses e Dissertações de Mestrado, 2 são teses e Dissertações de Doutorado e 2 são Trabalhos de Conclusão de Curso.

Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: Hanseníase, Leprosy, lepra; Autocuidado, Self-care, auto-cuidado; Papel do Enfermeiro, Role of Nurses, Enfermera Papel; Sequelas, Sequels, Secuelas.

O delineamento temporal foi definido entre os anos de 2000 a 2012, foram utilizadas referencias fora do delineamento temporal devido à existência de obras de referência cuja publicação é mais antiga.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 HISTÓRICO

Segundo autores citados no decorrer desta pesquisa a hanseníase é uma doença antiga com terrível imagem na história e na memória da humanidade e vem sendo desde a antiguidade, considerada uma doença contagiosa, mutilante e incurável, provocando uma atitude de rejeição e discriminação do doente e a sua exclusão da sociedade. (BRASIL, 2001c). Está citada nos textos bíblicos como algo a ser temido, pois naquela época não se conhecia sobre a doença e os portadores eram isolados nos chamados leprosários.

Nenhuma doença gerou estigma social tão intenso quanto à hanseníase, sempre associada com conceitos tais como pecado, impureza e punição. Conhecida mundialmente como lepra, é mencionada em um dos tratados médicos chineses mais antigos, o Nei ChingSu Wen, atribuído ao imperador Huang Ti, que viveu entre 2698 à 2598 a.C. (OPROMOLLA, 2000).

Na época das Cruzadas o número de infectados parece ter aumentado, no final do século XI. Foi nesse período também o início da perseguição aos leprosos que durou três séculos. Na França, milhares de leprosos foram queimados nas fogueiras e outros foram excluídos das comunidades, sendo obrigados a mendigarem nas zonas pobres das cidades, a serem internados em leprosários ou hospitais para leprosos. (GINZBURG, 1991).

No Brasil, Damasco (2005) relata a probabilidade de a lepra ter sido estabelecida no país com a chegada dos primeiros europeus, ainda no período colonial. Contudo, estudos afirmam que os primeiros casos de hanseníase ocorreram no Rio de Janeiro em 1600. (CASTRO; WATANABE, 2009). Dois séculos após o início da colonização portuguesa é possível notar as primeiras iniciativas de cuidados em relação à doença, tomadas por D. João V, que estabeleceu a construção de leprosários para afastar os doentes da população dita sadia.

A prática do isolamento de leprosos no Brasil começou com a construção do primeiro lazareto na cidade do Rio de Janeiro, no século XIX, o Hospital dos Lázaros. Não somente no Brasil como em todo mundo, essa prática era considerada a única forma de conter a disseminação da doença e foi sustentado até 1940,

associada à administração do óleo de chaulmoogra, (por injeção ou via oral), medicamento fitoterápico natural da Índia. (MORHAN, 2004).

Em 1904, o cientista Oswaldo Cruz, realizou a primeira grande reforma sanitária no País, a doença passou a ter notificação compulsória. Nesse mesmo período, conceitos como o de microorganismo e de contágio passaram a valer na opinião médica brasileira. Com isso, os hospitais ficaram inadequados para o tratamento da doença e o projeto de privar os pacientes hansenianos em um espaço fechado foi patrocinado por médicos e cientistas de renome, como Oswaldo Cruz. (CASTRO; WATANABE, 2009; SCHNEIDER; WADI, 2009).

O isolamento foi utilizado ao mesmo tempo em que se criou uma estrutura que o sustentava. O modelo que se estabelecia em um tripé, amparado no funcionamento do leprosário (onde o infectado era tratado), preventório (onde os filhos do infectado eram tratados) e dispensário (onde o comunicante era tratado) foi aceito como política oficial do Serviço Nacional de Lepra. (VIDERES, 2010).

Para Lobato (1989), nesta época, não se pensavam nas prioridades do portador de lepra em termos de conscientização e cidadania, mas, unicamente em termos de flagelo, punição e/ou castigo, culpando-o por não ter cumprido os cuidados necessários para evitar seu adoecimento.

De acordo com Cavaliere e Grynszpan (2008), a restrição do leproso de seu convívio social somente foi questionada no fim dos anos de 1940, com o avanço dos medicamentos quimioterápicos e a descoberta pelos pesquisadores, em estudos quantitativos e de laboratório, que o isolamento não interrompia a doença nem reduzia o número de casos. Tal política, eminentemente violenta, foi eliminada oficialmente em 1962, mas findou de fato em 1986.

Preocupados com o processo discriminatório regulado pela sociedade e aceito pela família aos doentes portadores de lepra, os médicos brasileiros Dr. Abraão Rotberg e Dr. Valter Leser tomaram a liberdade de renomear a lepra para hanseníase. Assim, em 29 de março de 1995, tornou-se obrigatório no Brasil o uso do termo hanseníase em substituição ao termo lepra por intermédio da Lei Federal Nº 9.010. (OPROMOLLA; MARTELLI, 2002; OLIVEIRA; GOMES; OLIVEIRA, 1999).

No final do século XIX, o médico norueguês Gerhardt Henrik Armauer Hansen descobriu o agente causador da lepra, a bactéria *Mycobacterium leprae*, confirmando seu caráter infecto-contagioso. Após algum tempo, durante a 1ª

Conferência Internacional sobre Lepra, propôs, em concordância com outros médicos, o isolamento dos doentes como única medida terapêutica capaz de controlar a propagação da moléstia. Com isso, o governo e as autoridades sanitárias detinham o dever de adotar as providências adequadas. (SCHNEIDER; WADI, 2009).

De acordo com Eidt (2004b), na Europa, a doença atingiu proporções absurdas, podendo ser estimada pela existência de quase 20.000 leprosários no continente durante o século XIII.

Foucault (1987) esclarece que número, estrutura, tamanho e até mesmo as regras desses lugares variavam de região para região. Na Inglaterra, foram fundadas no período central da Idade Média em torno de duzentas casas de leprosos longe das cidades, destacando a de São Bartolomeu, em Rochester, e a de São Nicolau, em Harbledown, as duas casas mais antiga fundada antes de 1100.

Na Itália, a maioria das cidades fundou esses hospitais fora dos muros nos séculos XII e XIII. (FOUCAULT, 1987).

Quanto às regras nos hospitais:

Homens e mulheres eram alojados separadamente. Cada interno recebia uma fatia de pão e um galão de cerveja por dia. Deviam comer carne três vezes por semana, peixe quatro vezes por semana. Deveriam receber combustível para fazer fogo, um suprimento ininterrupto de água, e pano para roupas, que poderia ser branco ou cor de ferrugem. Em vários momentos do ano, de acordo com a estação, eles deveriam receber ovos, manteiga, queijo, maçãs e feijão. Deveriam ter um capelão para lhes officiar o culto; permitia que amigos e servos os visitassem. Suas roupas deveriam ser lavadas duas vezes por semana e os utensílios uma vez por semana. A desobediência ou violação das regras era punida com espancamento, confinamento a pão e água ou, em última instância, expulsão da casa. (RICHARDS, 1993, p. 159).

A expressão hanseníase históide foi introduzida por Wade, em 1963, com base no aspecto histológico desses hansenomas ricos em bacilos, que são compostos de histiócitos fusiformes similares aos de um dermatofibroma. (SCHETTINI et al., 2008).

4.2 MANIFESTAÇÃO CLÍNICA DA HANSENIASE

O *M. leprae* é um bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), parasita intracelular obrigatório, depois da sua entrada no organismo, não ocorrendo a sua destruição,

este irá se localizar nas células de Schwann e na pele devido a sua predileção a macrófagos e as células de Schwann. (PEREIRA, 2008).

Apresenta-se sob a forma de bastonete reto ou ligeiramente encurvado, medindo de 1,5 a 8,0 micra de comprimento por 0,2 a 0,5 micra de largura. (REES, YOUNG, 1985; OPROMOLLA, 2000).

Sua multiplicação é lenta por divisão binária, a cada 11 a 13 dias. (REES, 1985). Embora ainda não se consiga cultivar o *M. leprae* em meios de cultura, consegue-se a sua multiplicação pela transmissão da bactéria em coxim plantar de camundongos. (SHEPARD, 1960).

A hanseníase é doença de manifestação clínica espectral crônica de caráter transmissível e insidioso que tem cura. (VIEIRA et al., 2004).

Pereira em 2008 caracterizou a hanseníase, sendo de evolução lenta, alta infectividade e baixa patogenicidade, manifestando-se, principalmente, através de sinais e sintomas dermatoneurológicos com lesões cutâneas e de nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés. Variando em espectro entre dois pólos estáveis (tuberculóide e virchowiano), com formas intermediárias instáveis.

A porta de entrada no organismo humano não é rigorosamente conhecida. Supõe-se que ocorra transmissão inter-humana, através das vias aéreas ou contato. (COLOMBRINI, 2000).

As manifestações clínicas da hanseníase são muito variáveis e estão ligadas com o grau de imunidade do paciente diante ao *M. leprae*. (OPROMOLLA 2000). As principais são aquelas relacionadas ao comprometimento neurológico periférico, que possui um potencial para provocar incapacidades físicas, podendo evoluir para deformidades. (BRASIL, 2010a).

As formas clínicas da hanseníase são:

Hanseníase Indeterminada caracteriza-se por áreas circunscritas da pele ou máculas com perda de sensibilidade do tipo ramuscular e anidrose ou hipoidrose. Pode ocorrer queda de pêlos no local. Não há comprometimento de troncos nervosos e, por isso, não acontece mudança motora ou sensitiva que possam levar a incapacidades. (OPROMOLLA, 1994a).

Para a confirmação do diagnóstico de uma lesão indeterminada a baciloscopia de raspado intradérmico é positiva, pois indica evolução da doença. (BRASIL, 2010a).

Admite-se que as lesões com distúrbios de sensibilidade mais acentuados evoluam para a forma tuberculóide e, com relação à quantidade de lesões, aqueles pacientes com maior número deverão se tornar dimorfos ou virchovianos, e os com lesão única ou em pequeno número tornar-se-ão tuberculóides. (OPROMOLLA, 1994b).

Hanseníase Tuberculóide caracteriza-se clinicamente por lesões em placa na pele levemente elevada no seu todo ou somente na periferia, ou por manchas hipocrômicas nítidas, bem definidas. Apresenta alopecia e alteração das sensibilidades térmica, dolorosa e tátil. (LIMA, 1947).

As lesões cutâneas apresentam-se em número reduzido, podendo, também, ocorrer cura espontânea. (BRASIL, 2010a). O comprometimento de nervos acontece, geralmente, de maneira assimétrica, sendo, algumas vezes, a única manifestação clínica da doença.

Havendo maior número de lesões, elas podem convergir formando lesões circinadas. As placas são variáveis em tamanho e dimensão podendo ter a dimensão de uma cabeça de alfinete como acontece na hanseníase nodular da infância, ou serem numulares, ou apresentarem 4 ou mais centímetros de diâmetro. (OPROMOLLA, 1994b).

As formas clínicas Tuberculóides e Indeterminadas são classificadas como PB. (PEREIRA, 2008).

O conceito de dimorfo, na Classificação de Madri, é mais restrito do que na Classificação de Ridley e Jopling. Na primeira, os dimorfos seriam raros e na segunda seria a forma clínica que predominaria.

A Hanseníase Dimorfa ou Bordeline faz parte de um grupo perituberculóide, no qual se enquadrariam aqueles casos parecidos com os tuberculóides e um grupo perivirchowiano com características semelhantes aos virchovianos. Ainda mesmo assim, restariam alguns casos intermediários que não poderiam ser colocados nesses grupos. (OPROMOLLA 1994a).

Clinicamente ela oscila entre as manifestações da forma tuberculóide e as da forma virchowiana. Pode apresentar lesões cutâneas, bem restrita, podendo ou não haver bacilo, e lesões infiltrativas mal delimitadas, havendo muitos bacilos. (BRASIL, 2010b).

Por meio das quais as lesões dimorfas aumentam em número e tamanho. Os abscessos de nervo e as lesões "em raquete" seriam característica desse grupo de casos. (OPROMOLLA, 1994b). Evolutivamente, esses casos têm tendência à cura espontânea, mas muitas vezes com sequelas neurológicas devido às reações.

A baciloscopia de raspado intradérmico pode ser positiva ou negativa. (BRASIL, 2010a).

Alguns autores admitem que as lesões do tipo virchowiano possam se manifestar *ab-initio*, sendo suas primeiras manifestações um surto de eritema nodoso ou uma infiltração difusa. (LUCIO, 1852).

A Hanseníase Virchowiana ou lepromatosa caracteriza-se clinicamente pela disseminação de lesões cutâneas eritematosas, infiltrativas, de delimitações imprecisas, brilhantes e de distribuição simétrica. Manchas clinicamente indeterminadas, que evoluídas se tornam lesões virchowianas francas. (BRASIL, 2010b). As lesões, então, se infiltram difusamente e nos locais em que essa infiltração for mais acentuada podem se formar pápulas, tubérculos, nódulos e placas que são denominados genericamente de hansenomas. (OPROMOLLA, 1994b).

Devem ser notados sintomas gerais como obstrução nasal e rinite, mesmo na ausência de lesões cutâneas e de nervos. Esta forma compõe uma doença sistêmica com manifestações importantes nas mucosas e vísceras com alterações de sensibilidade das lesões cutâneas e acometimento dos nervos. (OPROMOLLA, 1994a).

A baciloscopia de raspado intradérmico é positiva com elevado número de bacilos. (BRASIL, 2010a).

As formas clínicas Virchowiana e Dimorfa são classificadas como MB. (FINEZ et al., 2011).

Em relação à transmissão, a dimorfa e virchowiana são as formas contagiantes, somente estas são capazes de disseminar bacilos no meio exterior, pois possuem carga bacilar elevada. (BRASIL, 2002a). Que pode levar as deformidades ósteo-articulares e outras sequelas. Tais eventos expressam a má condução e falta de controle do caso, tais como: diagnóstico tardio, tratamento inadequado ou abandono do tratamento. (BEIGUELMAN 2002 apud JÚNIOR 2008).

4.3 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Embora a hanseníase predomine nos países menos desenvolvidos e nestes nos estados de população menos favorecidos, não se sabe ao certo o peso de variáveis como moradia, estado nutricional, infecções concomitantes (HIV e malária), e infecções prévias por outras microbactérias. (BRASIL, 2010b).

Considera-se o homem como o único reservatório natural do bacilo, apesar do relato de animais selvagens naturalmente infectados (tatus e macacos). Os pacientes portadores de formas MB são considerados a principal fonte de infecção, não obstante o papel dos PB na cadeia de transmissão. (ARAÚJO, 2003).

Entre os aspectos imunopatológicos da hanseníase sabe-se que apesar da produção de anticorpos específicos contra o *M. leprae*, em grande quantidade nas formas MB, ela é ineficaz para a eliminação dos bacilos. (OPROMOLLA, 1994a).

Dentre as medidas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), ressalta a educação em saúde, assumindo importante atuação, para o diagnóstico precoce, consequentemente prevenindo incapacidades físicas, através das informações ao paciente sobre sua doença, tratamento e autocuidado. Além de minimizar o estigma e preconceito gerado pela doença. (LOURENÇO, 2007).

A descoberta de casos de hanseníase pode acontecer por detecção passiva ou por detecção ativa. A detecção passiva sucede na própria unidade de saúde durante as atividades gerais de atendimento à população. (BRASIL, 2002b).

Entende-se por detecção ativa, a busca sistemática de doentes pela equipe da unidade de saúde, por meio das seguintes atividades:

- a) investigação epidemiológica de um caso conhecido (exame de contatos);
- b) exame das pessoas que demandam espontaneamente os serviços gerais da unidade de saúde, por outros motivos que não sinais e sintomas dermatológicos ou neurológicos;
- c) exame de grupos específicos - em prisões, quartéis, escolas, de pessoas que se submetem a exames periódicos, etc.;
- d) mobilização da comunidade adstrita à unidade, principalmente em áreas de alta prevalência da doença, para que as pessoas demandem os serviços de saúde sempre que apresentarem sinais e sintomas suspeitos. (BRASIL, 2002b).

O diagnóstico precoce deve ser o primeiro objetivo das ações de controle da hanseníase, conferindo as manifestações clínicas da doença. É primordial na anamnese a sintomatologia neurológica e os sinais cutâneos, bem como a duração,

localização e evolução das lesões existentes, além da história epidemiológica, procedência do doente e fonte provável de infecção. (BRASIL, 2002a).

De acordo com o Guia para o Controle da Hanseníase, o diagnóstico é feito baseando-se nas lesões características, alterações cutâneas de sensibilidade, presença de BAAR no esfregaço e acometimento de nervos com espessamento neural. (OMS, 2002).

Os nervos mais acometidos são: nervo trigêmeo (V par craniano), nervo facial (VII par craniano), nervo ulnar, nervo mediano, nervo radial, nervo fibular comum e nervo tibial. (OPROMOLLA, 2003 apud FINEZ et. al 2011).

4.3.1 Baciloscopia

Em muitos estudos clínicos, o resultado da baciloscopia tem sido utilizado como padrão-ouro para classificação dos pacientes, devendo-se, porém, ressaltarem-se as suas limitações. (LYON, 2005).

A baciloscopia é um esfregaço intradérmico nos lóbulos das orelhas direita e esquerda, cotovelo direito e esquerdo e em lesão suspeita. A coloração é realizada pelo método de Ziehl-Neelsen e o resultado é emitido sob a forma de índice baciloscópico (IB). (ARAÚJO, 2003; BRASIL, 2010a).

O IB proposto por Ridley em 1962, baseia-se em uma escala logarítmica com variação entre 0 a 6. É a forma de avaliação quantitativa mais correta e utilizada na leitura da baciloscopia em hanseníase.

Escala Logarítmica de Ridley:

- (0) – Ausência de bacilos em 100 campos examinados.
- (1+) – Presença de 1 a 10 bacilos, em 100 campos examinados.
- (2+) – Presença de 1 a 10 bacilos, em cada 10 campos examinados.
- (3+) – Presença de 1 a 10 bacilos, em média, em cada campo examinado.
- (4+) – Presença de 10 a 100 bacilos, em média, em cada campo examinado.
- (5+) – Presença de 100 a 1.000 bacilos, em média, em cada campo examinado.
- (6+) – Presença de mais de 1.000 bacilos, em média, em cada campo examinado. (BRASIL, 2010a).

Utiliza-se como exame complementar para reconhecimento dos casos PB e MB de difícil classificação clínica, quando positiva classifica o caso como MB, indiferente da quantidade de lesões. (ARAÚJO, 2003; BRASIL, 2010a).

É um método de boa acurácia para classificar a hanseníase; a despeito disso, é pouco utilizada na prática, embora o bacilo do *M. leprae* nem sempre seja evidenciado nos sítios de coleta. (OPROMOLLA, 2000).

Lyon (2005), utilizando a técnica de Ziehl-Nielsen em quatro sítios como procedimento padrão para a baciloscopia, encontrou positividade de 35,9%, semelhantemente ao relatado por outros autores, que observaram 27% (GROSSI, 2005), 28,3% (CRIPPA et al., 2004), 31, 5% (KEITA et al., 2003), 34,9% (MOSCHIONI, 2007) e 35,9% em estudo realizado na mesma instituição. (LYON, 2005).

Gallo e colaboradores (2003), entretanto, relataram maior percentual de positividade (77,9%), em centro de referência nacional que, além da demanda primária, atende pacientes referenciados de outros serviços.

O tratamento da hanseníase é substancial na estratégia de controle da doença enquanto problema de saúde pública, com o objetivo de curar seu portador e também interromper a cadeia de transmissão. O tratamento indicado pelo MS é a Poliquimioterapia, padronizado pela OMS, em regime ambulatorial nas unidades da rede de atenção básica. (BRASIL, 2001a).

4.3.2 Poliquimioterapia (PQT)

A poliquimioterapia padronizada pela OMS é constituída pela combinação de medicamentos com administração associada: rifampicina, dapsona e clofazimina. (BRASIL, 2010b).

A administração associada da medicação tem como objetivo evitar a resistência medicamentosa do bacilo, comum quando se utiliza somente um medicamento. O esquema padrão de tratamento com a PQT aplica-se a cerca de 5% dos casos e é habitualmente bem tolerado pelos pacientes. (BRASIL, 2001d; CASTORINA-SILVA, 2003).

A administração da PQT é realizada em esquemas-padrão, de acordo com a classificação operacional do doente em PB e MB; assim, tem-se que:

- a) o esquema PB padrão utiliza, para pacientes adultos, a combinação de rifampicina e dapsona da seguinte forma: rifampicina com seis doses mensais supervisionadas de 600mg e dapsona em doses diárias auto administradas de 100mg;

b) o esquema MB padrão utiliza, para pacientes adultos, a combinação de rifampicina, dapsona e clofazimina da seguinte forma: rifampicina, em 12 doses mensais, supervisionadas de 600mg; clofazimina, em doses mensais supervisionadas de 300mg e doses diárias auto-administradas de 50mg; dapsona em doses diárias auto-administradas de 100mg. (BRASIL, 2010b).

O critério de alta para os pacientes PB é de seis doses supervisionadas em até nove meses e, para os pacientes MB, é de 12 doses mensais supervisionadas em até 18 meses. (BRASIL, 2010b).

Os esquemas substitutivos podem ser necessários quando comprovada a contra-indicação formal à utilização dos esquemas-padrão, ou a intolerância do paciente a um dos medicamentos da PQT, conforme portaria 3.125/GM, de 07 de outubro de 2010. Sendo eles: Dapsona; Rifampicina, Clofazimina, Ofloxacino, Minociclina. (BRASIL, 2010b).

O tratamento da hanseníase abrange a destreza para ponderar as incapacidades baseando-se em informações adquiridas da avaliação neurológica durante o diagnóstico. Essas informações reportam-se aos sinais e sintomas de comprometimento neural ou de incapacidades, que são: dor neural aguda, perda da força muscular, redução da sensibilidade dos olhos, mãos e pés, nefrite, vasculite, orquio-epididimite e iridociclite.. (BRASIL, 2001d).

4.4 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA FUNÇÃO NEURAL

A avaliação e o monitoramento reúne a coleta sistemática de dados sobre atividades, características e efeitos de programas para uso de interessados, de forma a reduzir incertezas, melhorar a efetividade e tomada de decisões com respeito ao que aquele programa está fazendo, quais são seus resultados e como pode ser ajustado. (PATTON, 1990).

O controle da hanseníase está baseado na captação precoce de casos, tratamento e cura, prevenção, reabilitação das incapacidades e vigilância dos contatos, visando a eliminar fontes de infecção e tratar as sequelas. (OLIVEIRA M.L.W, 2008).

A neuropatia da hanseníase é clinicamente uma neuropatia mista, a qual compromete fibras nervosas sensitivas, motoras e autonômicas; há diminuição das

secreções que auxiliam a flexibilidade e a textura da pele, tornando-a seca e com fissuras, caso não seja tratada. (BRASIL, 2008a).

As alterações podem ser acompanhadas de dor intensa, insensibilidade do nervo, edema, déficit motor e sensitivo ou pode se desenvolver sem dor que são as chamadas neurites silenciosas, não possuem os achados de dor ou hipersensibilidade do nervo, as mudanças de sensibilidade e/ou de força motora são constatadas através de exame de sensibilidade e força motora, o que torna considerável avaliações periódicas, mesmo na falta de queixas. (OPROMOLLA, 2003).

Algumas doenças de pele e neurológicas são confundidas com a hanseníase. No diagnóstico diferencial, as doenças corriqueiras que se equiparam são estas: pitíriase versicolor, eczemátide, dermatite seborréica, vitiligo, dermatofitoses, psoríase, sífilis, farmacodermias, esclerodermias e outras. As doenças neurológicas que se equiparam à hanseníase são: desenvolvimento muscular demasiado, amiloidose primária dos nervos periféricos, polineurite crônica ou progressiva e neuropatia periférica. (TALHARI, 1997).

As deficiências primárias (orquite, uveíte, e neuropatia.) são devidas ao processo inflamatório na tentativa de aniquilar o bacilo no organismo ou as células parasitadas por ele. As deficiências secundárias são devido à falta de cuidados preventivos após o processo primário (garra rígida, mal-perfurante plantar, reabsorção e óssea). (BRASIL, 2008b).

O grau de incapacidade é definido após a avaliação neurológica dos olhos, mãos/pés e o seu resultado é exposto em valores que variam de 0 (zero) a II (dois), onde: 0 –não há presença de comprometimento neural; I –diminuição ou da perda da sensibilidade; II –presença de incapacidades e deformidades. (PEREIRA, 2008).

O objetivo original era registrar um status inicial de incapacidade para monitorar mudanças durante o acompanhamento. (WHO, 1960). Entretanto, em 1988, o objetivo principal foi modificado para a estimativa do tempo para o diagnóstico dos casos. O quanto mais cedo o paciente iniciar o tratamento, menos incapacidades estarão presentes ao diagnóstico. (BRANDSMA, VAN BRAKEL, 2003).

Em vários estudos, o Grau de Incapacidade tem sido usado para avaliar e monitorar as incapacidades dos pacientes antes e após o tratamento, com o objetivo

de avaliar em que extensão essas melhoram ou pioram, como resultado ou falta de intervenções no momento adequado. (BRANDSMA, VAN BRAKEL,2003).

4.4.1 Escore OMP (Olhos, Mãos e Pés)

O escore OMP, determinado a partir de dados colhidos dentro da rotina do atendimento aos pacientes com hanseníase, foi inicialmente introduzido por Rijk e colaboradores em 1994. (EBENSO J, 2007).

Com o Grau de Incapacidade, registra-se o maior número (0,1 ou 2) encontrado em qualquer uma das partes avaliadas (olho, mão e pé – direito e esquerdo). Com o escore OMP, no entanto, determina-se o grau máximo para cada um dos seis locais do corpo (olhos, mãos e pés) e, então, somam-se, os seis números. Assim, o escore OMP pode variar de 0 a 12, sendo mais sensível que o Grau de Incapacidade a mudanças nas deficiências. (VAN BRAKEL et al., 2003).

O Grau de Incapacidade e o escore OMP não necessariamente refletem bem a dinâmica da incapacidade dos pacientes, pois a melhora em uma extremidade ou olho pode coincidir com a piora em outra parte, e o escore manter-se-ia inalterado. O Protocolo Resumido de Incapacidades adaptado proporciona maior detalhamento sobre cada incapacidade isoladamente, possibilitando uma maior e sustentada qualidade do cuidado, se usado efetivamente. (EBENSO J, 2007; EBENSO et al.,2007).

Olho	Piscamento	Sim	0
		Não	1
		Normal > 6/18	0
		Prejudicada < 6/18	1
		Cegueira < 3/60	2
	Teste de força muscular voluntária	Fenda palpebral em milímetros	milímetros
Mão	5º. dedo	Forte	0
		Resistência diminuída	1
		Movimento reduzido	2
		Paralisado	3
		Polegar	Forte
		Resistência diminuída	1
		Movimento reduzido	2
		Paralisado	3
	Sensibilidade	Número de pontos com perda de sensibilidade	0-10
	Contagem de Úlceras	Número de úlceras	contagem
	Perda óssea	Número de pontos para teste de sensibilidade ausentes	0-10
Pé	Dorsiflexão	Forte	
		Resistência diminuída	
		Movimento reduzido	
		Paralisado	0
		Número de pontos com perda de sensibilidade	1
		Número de úlceras	2
		Números de pontos para teste de sensibilidade ausentes	3
	Sensibilidade	Números de pontos para teste de sensibilidade ausentes	0-10
	Contagem de Úlceras		contagem
	Perda Óssea		0-10

Fonte: (EBENSO, 2007).

Quadro 1 – Protocolo Resumido de Incapacidades

4.4.2 Alterações Oculares

Visão é a capacidade dinâmica pela qual o olho percebe o universo que o cerca. Essa habilidade depende de uma ação coordenada entre o nosso sistema visual e o cérebro. (BRASIL, 2008b).

Três mecanismos são reconhecidos como responsáveis pelo envolvimento ocular na hanseníase: Exposição e anestesia, Invasão bacilar e Hipersensibilidade. (COHEN, 2009).

O nervo Trigêmeo V e o Nervo Facial VII par dos nervos cranianos são os nervos oculares comprometidos pelo M. leprae. As estruturas mais atingidas são: pálpebras, esclera, córnea e íris. (VIETH et al., 2009).

Segundo Ebenso J (2007), a cegueira é uma circunstância multicausal e pode ser determinada pelos seguintes processos, dentre outros. 1. Iridociclite insidiosa crônica devida à destruição do corpo ciliar pelo M. leprae resultando em catarata complicada; 2. Casos negligenciados de lagofalmo pelo envolvimento do VII par podendo estar associado à anestesia da córnea pelo envolvimento do ramo

oftálmico do V par; 3. Ceratite hansênica capaz de causar lesões substanciais da córnea com interferência na visão; 4. Cegueira devido à iridociclite plástica aguda com ou sem aumento secundário da pressão intraocular; 5. Cegueira causada pela intercorrência de catarata e glaucoma de ângulo aberto.

O dano ao VII par craniano é comum, afetando principalmente os ramos occipitotemporal e zigomático, causando paralisia exclusiva no músculo orbicular. As fibras mais superficiais dos músculos são as mais prejudicadas. Isso acontece em qualquer das formas clínicas da doença, contudo é mais comum em associação com lesões tuberculóides da face, principalmente durante reações do tipo I e na forma Virchoviana não tratada, de longa duração. (COHEN, 2009).

As patologias aparentes são: Lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central, sensibilidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a seis metros. (MOURA 2010).

Os profissionais da rede básica de saúde, são capacitados para realizar atividades simplificadas como, auto-exame, higiene ocular, exercícios e orientações quanto à utilização de óculos protetores. (EBENSO J, 2007).

Deve-se avaliar o músculo orbicular. O teste consiste em solicitar inicialmente ao indivíduo para fechar os olhos suavemente, e em seguida, para fechá-los com toda a força; verificando em ambas a sua capacidade funcional em normal, parético ou paralisado. (SALLOTTI; PINTO; PASSEROTTI, 2003; BRASIL, 2008b).

4.4.3 Alterações em Mãos

É necessário verificar os sinais e sintomas decorrentes do comprometimento dos nervos que inervam as mãos, portanto o paciente deve ser questionado sobre perda de força, parestesia, edema, dor ou outros sintomas. Inclui também a verificação da existência de úlcera, e absorção óssea, garra rígida ou móvel, ressecamento, calosidade, fissura, ferimentos, hipotrofia volar e palmar das mãos. (BRASIL, 2008a; ALMEIDA J.A; ALMEIDA S.N.D; MAGALHÃES, 2003).

Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas, garras, reabsorção, mão caída. (MOURA 2010).

A avaliação da força muscular tem como objetivo verificar se os músculos dos membros superiores, inervados pelos nervos possuem comprometimento funcional.

Este comprometimento é notado pela redução ou perda da força muscular. (BRASIL, 2008a). Para identificar a presença do comprometimento neural na hanseníase, um número mínimo de músculos deve ser testado rotineiramente. (BACCARELLI; CAMARGO, 1997).

Deve-se testar os músculos: abductor do 5º dedo, abductor do 2º dedo, flexor profundo do 4º e 5º dedos e lumbricais/interósseos do 4º e 5º dedos, inervados pelo nervo ulnar; abductor curto do polegar, lumbricais/interósseos do 2º e 3º dedos, flexor profundo do 2º e 3º dedos e flexor longo do polegar, inervados pelo nervo mediano e o extensor radial do carpo, extensor comum dos dedos e extensor longo do polegar, inervados pelo nervo radial. (LEHMAN, 2005). Segundo o MS, pode-se testar apenas um músculo referente a cada inervação. (BRASIL, 2008a).

Faz-se necessário a palpação dos nervos periféricos epicôndilo medial; o nervo mediano, entre os tendões dos músculos palmar longo e flexor radial do carpo e o nervo radial, no canal de torção do úmero para avaliação de sensibilidade e força muscular. (RODINI, 2010b).

4.4.4 Alterações em Pés

A palpação dos nervos fibular comum, atrás e abaixo da cabeça da fíbula, e o nervo tibial posterior, abaixo do maléolo medial são medidas de prevenção e avaliação de sensibilidade e força muscular. (RODINI, 2010b).

As lesões comuns são: Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas, garras, reabsorção, pé caído e/ou contraturas do tornozelo. (MOURA, 2010).

É necessário testar os músculos: extensor longo do hálux, extensor longo dos artelhos, tibial anterior, fibulares longo e curto, inervados pelo nervo fibular comum (profundo e superficial); e abductor do hálux e abductor do 5º artelho (lumbricais e interósseos), inervados pelo nervo tibial posterior. (BRASIL, 2008a). Segundo a avaliação mínima de músculos exigidos pelo MS, consideram-se dois músculos referentes ao nervo fibular profundo. (BRASIL, 2008a).

4.5 VIGILANCIA DOS CONTATOS

4.5.1 BCG

Pelas normas do MS, a prevenção consiste no diagnóstico precoce e na utilização da *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG). Para tal recomenda-se que a vigilância de contatos intradomiciliares seja realizada com qualquer pessoa que tenha residido com o paciente nos últimos 5 anos. (BRASIL, 2008b).

No Brasil, durante quatro séculos a única medida empregada no combate à hanseníase foi o isolamento dos doentes em asilos e leprosários, responsáveis pela desintegração familiar, estigmatizações sociais, aterrorização e afugentamento de doentes que passaram a criar focos ocultos. (MOREIRA, 1997). Que se davam quase exclusivamente no seio familiar.

Na hanseníase, o BCG aparece, em estudo ocorrido em preventórios na Argentina por Fernandez (1939), quando mediante a vacinação com BCG via oral em crianças lepromino-negativas, notou-se a conversão da lepromina em 90% delas. O autor concluiu que o BCG poderia ser eficaz na proteção para a hanseníase.

Contudo, somente na década de 60 Shepard (1965 e 1968) publicou seu relato que vacinando camundongo com BCG, observava uma proteção contra a infecção pelo *M. leprae*. Na mesma década foram realizados quatro grandes estudos para avaliar a proteção conferida pelo BCG na hanseníase.

Até o momento estudos realizados demonstraram que o BCG é efetivo na proteção para a hanseníase. (DÜPPRE, 1998).

4.6 REÇÕES HANSÊNICAS

As reações hansênicas são episódios reacionais descritos como fenômenos agudos sobrepostos à evolução crônica e insidiosa da hanseníase. São potencialmente responsáveis por perda funcional de nervos periféricos e agravantes das incapacidades. (AMB, 2003).

Visto que os bacilos da hanseníase atingem a pele e os nervos, as reações hansênicas cursam com inflamação nestes lugares podendo corresponder à

inflamação em uma lesão de pele que pode ser incômoda, mas raramente é grave; por outro lado, a inflamação em um nervo pode causar graves danos, como a perda da função originada do edema e da pressão no nervo que foram denominadas por JOPLING em 1991 de reação hansênica tipo 1 ou reação reversa (RR) e tipo 2 ou eritema nodoso da hanseníase (ENH). (BRASIL, 2002a).

As reações seguem-se a fatores desencadeantes, tais como: infecções intercorrentes, vacinação, gravidez e puerpério, medicamentos iodados, estresse físico e emocional. (ARAÚJO, 2003; JOPLING, 1991).

Frente a suspeita de reação hansênica, recomenda-se:

- 1) Confirmação do diagnóstico e classificação da forma clínica da hanseníase; 2) Diferenciar o tipo de reação hansênica; 3) Estabelecer a extensão do comprometimento de órgãos e sistemas; 4) Planejar e instituir, precocemente, terapêutica que impeça a instalação da incapacidade; 5) Conhecer os efeitos adversos dos medicamentos empregados no tratamento da hanseníase e em seus estados reacionais; 6) Internação hospitalar e colaboração de outras especialidades diante de casos graves, particularmente, aqueles com acentuado comprometimento de múltiplos órgãos, ou com dificuldades no diagnóstico e/ou na terapêutica. (AMB, 2003).

O cumprimento destas premissas permitirá o manuseio clínico-terapêutico adequado e o sucesso no controle dos episódios reacionais com recuperação ou o mínimo de danos neurais. (AMB, 2003).

Todo paciente com hanseníase pode desenvolver uma reação hansênica, porém, aqueles com uma ou duas lesões de pele sem espessamento neural possuem baixo risco para desenvolver reação. Aproximadamente 25% a 30% dos pacientes com hanseníase podem desenvolver reações. (ILEP, 2002).

Risco de aparecimento de novos danos neurais em casos novos de hanseníase		
	PB	MB
Função normal do nervo no diagnóstico	1%	16%
Função alterada do nervo no diagnóstico	16%	65%

FONTE: (ILEP, 2002)

Quadro 2 – Risco de aparecimento de novos danos neurais em casos novos de hanseníase

Segundo Lienhardt (1994), portadores da hanseníase poderão ter reações: Antes do tratamento; No momento do diagnóstico; Durante o tratamento com PQT; Depois que o tratamento PQT, tiver sido concluído.

4.6.1 Reação tipo 1 ou Reação Reversa (RR)

Também chamada de reações hansênicas tuberculóides ou dimorfas dependendo da forma clínica em que se instalam. Os nervos periféricos também podem participar dessas reações, aumentando de volume e causando dor (neurite). (OPROMOLLA, 1994b). Cerca de 8% a 33% dos portadores de hanseníase podem ser acometidos por RR. (LIENHARDT, 1994).

Em torno de 25% de todos os pacientes com hanseníase pode ter essa reação. Em sua grande maioria, ocorre dentro dos seis primeiros meses de tratamento, alguns pacientes podem ter reação antes de iniciar o tratamento. (ILEP, 2002).

Esta reação envolve mecanismos da imunidade mediada por células ou de hipersensibilidade tardia causada pelo aumento da atividade do sistema imunológico reagindo contra o bacilo, ou mesmo por resto de bacilos mortos. Isto conduz a instalação de um processo inflamatório agudo onde quer que haja bacilos de hanseníase no corpo principalmente na pele e nos nervos. (ILEP, 2002; MODLIN 1994).

O comprometimento neural é comum, resultando, em marcante perda de função e paralisia súbita. Nervos comprometidos e lesões cutâneas preexistentes tornam-se eritematosas, intumescidas, edematosas e infiltradas. As máculas tornam-se placas elevadas e os limites das lesões tornam-se mais evidentes e definidos. (OPROMOLLA, 2000).

Evoluem com descamação e, por vezes, sobrevivem à ulceração, com alteração de níveis de dor e sensibilidade, local e/ou territorial, evidenciando o comprometimento dos sítios de predileção, como nervos ulnar, mediano, radial, peroneiro comum, tibial posterior e supra-orbitário. (SOUZA,1997).

Em geral, nos episódios de RR há comprometimento sistêmico e as manifestações são predominantemente localizadas. Não são observadas alterações hematológicas e da bioquímica sanguínea. (AMB, 2003).

4.6.2 Reação tipo 2 ou Eritema Nodoso da Hanseníase (ENH)

É uma reação inflamatória aguda, sistêmica, que envolve a formação de imunocomplexos que circulam pelo sangue periférico, ocorre quando um grande número de bacilos da hanseníase é morto e gradualmente decomposto. (AMB, 2003).

As proteínas dos bacilos mortos provocam uma reação imunológica. Uma vez que as mesmas estão na corrente circulatória, poderá envolver vários órgãos do corpo, causando sintomas generalizados e tem como manifestação clínica mais frequente o ENH que é desencadeado pelo depósito de complexos imunes nos tecidos. (SOUZA, 1997; AMB, 2003; ROCHE, 1991).

A intensidade varia entre casos discretos de ENH com lesões cutâneas pouco dolorosas, sem comprometimento do estado geral, a casos mais graves com formações de lesões pustulosas, ulceradas e necróticas, concomitante a febre, mal-estar, cefaléia, náuseas e vômitos. (CUNHA, 2001).

Com maior frequência os episódios de ENH incidem no primeiro e segundo ano de PQT e podem persistir por anos. (GALLO, 2000). Mas deve ser lembrado que a reação ENH pode ocorrer previamente ao tratamento específico e se desenvolver no momento do diagnóstico de hanseníase. (AMB, 2003).

Em estreita relação com a gravidade do surto reacional, podem ser observadas alterações hematológicas e da bioquímica sanguínea com leucocitose, neutrofilia e plaquetose. (SOUZA, 1997; GALLO, 2003).

A taxa de recorrência do ENH é significativamente maior do que da RR (GALLO, 2003). Gravidez, puberdade, doenças intercorrentes, vacinação e estresse foram implicados com o desenvolvimento de ENH. (GALLO, 2000).

4.6.3 Reação tipo 1 x Reação tipo 2

Sinais	Reação Tipo 1	Reação Tipo 2
Infiltração da pele	As lesões de pele estão infiltradas, mas o resto da pele está normal	Novas lesões sensíveis ao toque, vermelhas, sem associação com as lesões de pele da hanseníase
Condição geral do paciente	Boa, sem febre ou febre baixa	Ruim, com febre e mal-estar geral
Tempo de aparecimento e tipo de paciente	Geralmente, durante a PQT; em ambos, PB e MB.	Geralmente mais tardias; somente nos MB.
Envolvimento ocular	Fraqueza muscular ao fechamento das pálpebras.	Irite pode ocorrer.

FONTE: ILEP, 2002.

Quadro 3 – Sinais das reações tipo 1 e 2

4.6.4 Tratamento

4.6.4.1 Reação tipo 1

Os princípios do manejo da RR são:

- 1) Manutenção das drogas antimicobacterianas; 2) terapêutica antiinflamatória efetiva e prolongada e 3) analgesia adequada e suporte físico durante a fase de neurite aguda. A manutenção da PQT nos episódios reacionais é imperativa, pois proporciona a redução da carga de bacilos na pele e nervos, removendo o alvo de células T indutoras da resposta inflamatória e, conseqüentemente, a tendência à recorrência dos episódios de RR. (BRITTON, 1998).

Como a reação reversa dura entre 3 e 6 meses e o tratamento específico com a PQT não altera o seu curso, Little et al. (2001), refere que uma vez iniciada, há indicação da introdução de corticosteróides, na dose de 1,2 mg/kg por dia, somente nos casos onde haja neurite ou extensas ulcerações. Se os sintomas não melhoram em 24-48 horas, a dose deve ser aumentada em 20-40mg.

O uso precoce de corticoesteróides está recomendado, frente a evidências de: 1) acentuação da inflamação de lesões preexistentes ou surgimento de novas lesões; 2) dor ou intumescimento dos nervos ou perda da função neural com duração menor de seis meses. (AMB, 2003).

Nos outros casos, utilizam-se antiinflamatórios não hormonais (AINH), cloroquina, ou clofazimina na dosagem de 300mg/dia. A retirada deve ser lenta e gradual, nos casos severos do quadro reacional, ou mais rápida nos casos mais leves. (JACOBSON, 1994; BARRETO, 2005).

Cirurgia descompressiva deve ser considerada nos casos de dor neural persistente, manutenção ou piora da neuropatia, após a realização do tratamento com corticosteroides. (SOUZA G.M, 2003).

4.6.4.2 Reação tipo 2

Todos os casos de ENH devem receber repouso e terapêutica antiinflamatória. Em casos graves ou frente a evidências de comprometimento ocular, neural, testicular, deve ser iniciado o tratamento com corticosteroide. (BRASIL, 1994).

Embora o tratamento com corticosteroides seja efetivo, pacientes com ENH possuem o grande risco de tornarem-se dependentes dessa droga, especialmente aqueles com ENH crônico. (LOCKWOOD, 1994).

A Talidomida é a droga de primeira escolha no manejo do ENH agudo e recorrente. A melhora clínica em resposta à talidomida é rápida, usualmente entre 8 e 72 horas, e em alguns casos cinco dias. (AMB, 2003). O uso concomitante da talidomida produziu significativa redução da dose e do tempo de necessidade de corticoides. (JOPLING, 1991).

Há também sugestões acerca do valor da talidomida na diminuição da frequência dos episódios reacionais. (AMB, 2003).

A neuropatia periférica, decorrente do uso da talidomida em outras afecções, está bem documentada na literatura. (BASTUJI-GARIN, 2002). Outros efeitos colaterais, como constipação, sonolência e edema de extremidades podem ser observados. (AMB, 2003).

O tratamento com clofazimina por ser menos efetiva e não atua tão rapidamente quanto os corticosteroides e a talidomida, porém resultou na redução da necessidade do corticosteroide nos pacientes com ENH grave (BRASIL, 2000) e de antiinflamatórios nos pacientes com ENH moderado. (AMB, 2003).

4.7 PREVENÇÃO, REABILITAÇÃO E AUTOCUIDADO

A hanseníase é considerada um problema de saúde pública, tornando-se uma das prioridades do MS, que no ano de 2000 desenvolveu o Programa de Controle da Hanseníase (PCH) com o intuito de aperfeiçoar as ações voltadas à integração e à efetividade do controle da doença na rede básica de saúde. (BRASIL, 2002b).

Sendo que, os programas de prevenção de incapacidade em hanseníase têm como objetivo evitar as possíveis deformidades e incapacidades, visando interromper a propagação das perdas funcionais. (RODINI et al., 2010).

Com isso, a enfermagem juntamente com os demais profissionais da saúde é responsável na prevenção e controle desta endemia, principalmente no que se refere ao desenvolvimento de práticas educativas, como a capacitação de profissionais. (CRUZ et al 2009).

Por mais que os esforços dos pesquisadores tenham se restringido ao descobrimento de novas drogas para tratar a hanseníase em nível primário, isto é, matar o *M. leprae*, muitos outros se preocuparam em desenvolver medidas que viessem impedir que as incapacidades progredissem. Então, surgiu o que se conhece como Técnicas de Prevenção de Incapacidades. (VIRMOND, 2003).

De acordo com a OMS (1995), a Prevenção de Incapacidades está envolvida com todas as medidas destinadas a impedir o surgimento da deficiência, limitar ou anular a dificuldade gerada pela deficiência e a prevenir a transição da incapacidade para a invalidez e seu sucesso consiste em promover modificações no comportamento dos pacientes em relação às atividades específicas de sua vida diária.

As técnicas de Prevenção de Incapacidades se resumem em: diagnóstico precoce da doença; tratamento regular com PQT e aplicação de BCG em contatos; detecção precoce e tratamento adequado das reações e neurites; apoio à manutenção da condição emocional e integração social; educação em saúde e realização de autocuidados. (VIRMOND, 1997).

Em 14 de maio de 1976, o MS, por meio da Portaria número 165/BSB em seu item quarto, afirmou que:

[...] A Prevenção de Incapacidades será atividade de rotina em todos os hospitais e serviços especializados, recomendando-se a sua adoção nos serviços gerais de saúde: 4.1. A prevenção de incapacidades será executada inclusive por pessoal auxiliar devidamente treinado e sob

supervisão médica. [...] 4.4 Recomenda-se que os trabalhos de prevenção de incapacidades sejam acompanhados de treinamento para readaptação profissional em atividades consentâneas com as condições físicas do doente. [...]. (Extraído do Diário Oficial (Seção I – Parte I) de 11 de julho de 1976).

Entende-se por limitação de atividade o grau com que uma pessoa consegue realizar as atividades de vida diária (BRASIL, 2001c) e por consciência de risco o quanto os pacientes estão cientes dos problemas de segurança envolvidos na realização das atividades diárias. (NICHOLLS, 2007).

O MS estabelece que o atendimento ao cliente deva ser realizado por uma equipe multidisciplinar:

A capacitação da equipe de saúde na avaliação do grau de incapacidade deve ser direcionada, principalmente, a profissionais da rede básica de saúde, pois a proposta do Ministério da Saúde é subsidiar a descentralização do diagnóstico e tratamento para toda a rede básica. (BRASIL, 2000, p. 35).

O MS não especifica quais profissionais são estes, no sentido de que o atendimento deve ser realizado por equipe multiprofissional, mas fica claro que a enfermagem tem um importante papel, visto ser esta classe a que tem maior contato com a população atendida. Podendo então atuar desde a prevenção da doença até a prevenção de incapacidades causadas pela hanseníase. (ZARPELLON et. al., 2011).

A enfermagem faz parte de um processo coletivo de trabalho composto de áreas técnicas específicas e, particularmente, dentro do PCH, este deve contar com o trabalho de uma equipe multiprofissional, onde devem ser compartilhadas parcelas das diferentes atuações visando compor um conjunto complementar e interdependente como forma de contribuir para a integralidade da assistência a saúde. (PEDRAZZANI, 1995, p. 8).

Tendo em vista os aspectos sócio-culturais e biológicos que englobam a hanseníase, bem como a importância da autonomia e autocuidado, potencializa a importância da consulta de enfermagem como estratégia de cuidado ao seu portador. (ZARPELLON et. al., 2011).

Pedrazzani (1995) esclarece que a prevenção e o tratamento de incapacidades merecem destaques especialmente no acompanhamento do paciente com reações hansênicas e consequente atuação nos casos que necessitem de prescrição e/ou execução de técnicas de prevenção e tratamento de incapacidades tanto para mãos, pés e olhos.

Já Silva (2007) afirma que “nem sempre os trabalhadores da saúde estão atentos para diagnosticar e avaliar o grau de incapacidades nos pacientes que procuram o serviço de saúde”. A hidratação e a lubrificação da pele são usadas em pele seca e hiperqueratósica, compensando as funções sudoríparas e sebáceas acometidas, melhorando as condições da pele e preparando para os exercícios.

Na hidratação, utiliza-se água na temperatura ambiente. Para lubrificar, podem ser utilizados vaselina, glicerina, óleo mineral ou vegetal e creme. Deve-se evitar o uso de gorduras que atraiam insetos e roedores. (BRASIL, 2008a).

Os exercícios passivos são indicados para retração de tecidos moles e paresias e paralisias. Os exercícios ativos são indicados para fraqueza muscular (paresia). Os exercícios ativos assistidos por profissionais. (BRASIL, 2001c).

Recomendações importantes

Hidratar e lubrificar o segmento antes dos exercícios; Ensinar um ou dois exercícios de cada vez; Solicitar ao usuário que repita a técnica; Repetir oito a dez vezes cada movimento ou de acordo com a capacidade do músculo; Fazer duas a três vezes ao dia; Diminuir ou suspender o exercício quando o usuário apresentar dor ou fadiga; Verificar periodicamente a execução correta e ensinar novos exercícios se for o caso; Só aplicar resistência quando a musculatura tiver força suficiente para fazer o movimento completo; Adaptar os exercícios de acordo com as necessidades de cada usuário. (BRASIL, 2008a).

O autocuidado foi mencionado pela primeira vez, no campo da enfermagem, em 1958, quando a Enfermeira Dorothea Elizabeth Orem passou a refletir acerca do porque os indivíduos necessitam de auxílio da enfermagem e podem ser ajudados pela mesma. A partir desta reflexão formulou a sua teoria sobre o déficit de autocuidado como uma teoria geral constituída por três teorias relacionadas: a teoria do autocuidado (descreve e explica o autocuidado); a teoria do déficit do autocuidado (explica as razões pelas quais a enfermagem pode ajudar as pessoas); e a teoria dos sistemas de enfermagem (descreve as relações que são necessárias estabelecer e manter para que se dê a enfermagem). (SILVA et al., 2009).

Esta teoria é fundamental para a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida e do bem-estar. A atividade de autocuidado constitui uma habilidade para engajar-se em prevenção de incapacidades devido à necessidade de auxílio que o usuário precisa, através do uso de métodos válidos e conjuntos relacionados de operações e ações. (FOSTER; JANSSENS, 1993).

A enfermagem existe para atender as necessidades das pessoas, e para Orem, estas necessidades estão relacionadas ao déficit de autocuidado e, portanto, o enfermeiro deve sempre enfatizar a orientação para o autocuidado, estimulando a prevenção, a cura e a reabilitação, levando em consideração as crenças, hábitos, os valores e práticas que caracterizam o grupo de usuário a ser atendido. (VIEIRA, 2004).

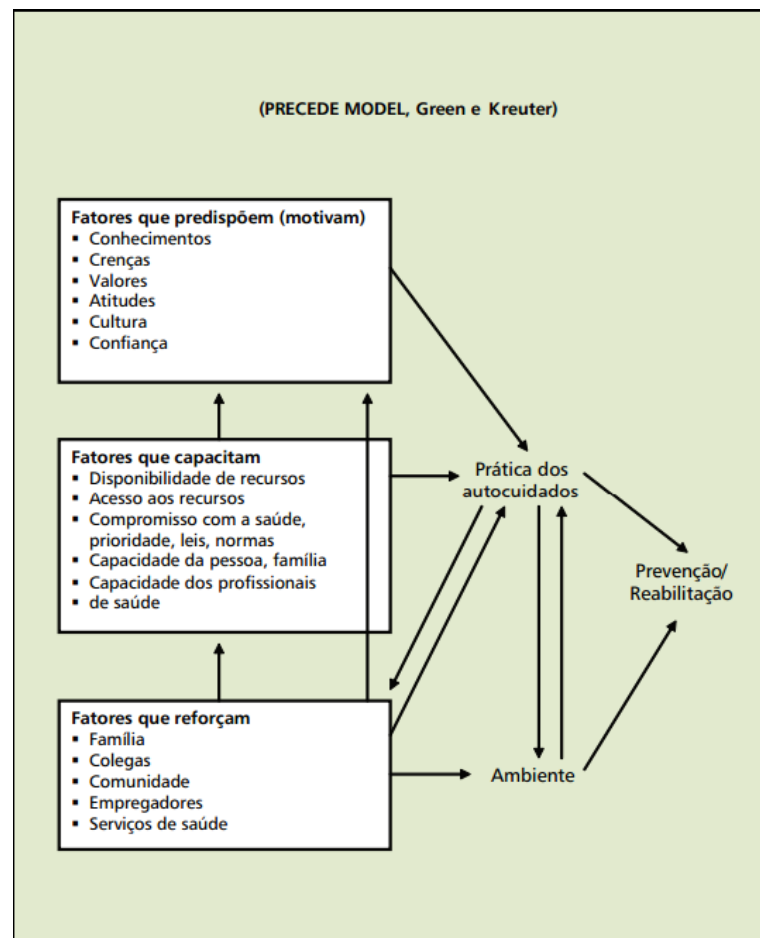
Segundo Orem citada por Vieira em (2004), as medidas terapêuticas do autocuidado são as ações necessárias e confiáveis para controlar tudo o que prejudica o desenvolvimento e a regulação do corpo humano. São classificados em três categorias: (1) universal-comum a todos os indivíduos, em todos os estágios de desenvolvimento, estão associados como processos da vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano; (2) de desenvolvimento - relacionados às etapas do desenvolvimento humano e com os fatores intervenientes; e (3) de desvio de saúde-relacionada aos problemas de ordem funcional, genética, bem como o diagnóstico médico e meios de tratamento. (FARIA et al., 2000).

Dessa forma, Polit & Hungler (1995), afirmam que a capacidade que o indivíduo tem para cuidar de si mesmo, é chamada de intervenção de autocuidado, e a capacidade de cuidar dos outros é chamada de intervenção de cuidados dependentes. Sendo assim, no modelo de Orem, a meta é ajudar as pessoas a satisfazerem suas próprias exigências terapêuticas de autocuidado.

Portanto, a teoria do autocuidado de Orem segundo Luce et al. (1990), tem como premissa básica a crença de que o ser humano tem habilidades próprias para promover o cuidado de si mesmo, e que pode se beneficiar com o cuidado da equipe de enfermagem quando apresentar incapacidade de autocuidado ocasionado pela falta de saúde.

A prática do autocuidado parece ser algo simples, mas na realidade, é um processo complexo e duradouro. O modelo PRECEDE (Preceding, Reinforcing, Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) (BRASIL, 2008a) pode ser utilizado para avaliar as necessidades e planejar as intervenções apropriadas para o usuário.

O esquema a seguir fundamenta e norteia fatores que facilitam ou impedem a tomada de decisão frente à realização adequada do autocuidado.



FONTE: Manual de prevenção de incapacidades / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.

Quadro 4 – Modelo PRECEDE

4.8 ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

4.8.1 Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família (ESF)

Com o propósito de descentralizar as ações de atenção à saúde, foram efetuadas, ao longo dos últimos 20 anos, reformas políticas no sistema de saúde enfatizando a atenção básica dentro da rede de serviços de atenção primária. (NASCIMENTO M.S, 2005).

Um novo ideário reformador de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) foi proposto a partir da Constituição Federal Brasileira de 1988, como seja, garantia de acesso universal ao sistema, saúde definida como direito, o que permite

reestruturar serviços de modo a priorizar ações de caráter coletivo e preventivo em detrimento das ações de cunho individual e curativo, até então predominantes. A aplicação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1990 e do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 foram uma das mudanças mais importantes. (NASCIMENTO M.A, 2005).

A regulamentação do SUS foi realizada através das Leis Orgânicas da Saúde Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que sistematiza sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde. (BRASIL, 1990).

Essa regulamentação e a conceituação de um modelo organizacional e funcional criado em 1994 pelo MS, a ESF, contribuiu para a continuidade da descentralização iniciado pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) e pelo SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), no qual a prestação dos serviços públicos de saúde foi descentralizado o que transferiu responsabilidades diversas aos distintos municípios e estados acarretando, para as Unidades de Saúde, perspectivas organizacionais positivas. (BRASIL, 2001c).

Dessa forma, a ESF passa a ser assumida pelo MS como o eixo estruturante da Atenção Básica no Brasil, por emergir como uma estratégia de implantação do SUS que visa à reorganização da atenção básica e tem como objetivo importante acelerar a descentralização dos serviços, atendendo às necessidades de saúde da população com práticas de saúde que facilitem a integração das ações individuais e coletivas, a universalidade e a integralidade da atenção, incorporando também, o princípio da territorialidade para conceder o acesso às demandas populacionais aos serviços de saúde. (BRASIL, 2001c; NASCIMENTO, 2005).

Com isso, a ESF está sendo utilizada como uma forma de consolidar o SUS, por meio de a ruptura das práticas convencionais e hegemônicas de saúde e reorientação do modelo assistencial existente e implantação de equipes multiprofissionais. (ALVES, 2005).

Desde o período de reformas políticas no sistema de saúde, o controle da hanseníase vem sendo integrado aos serviços de saúde de atenção básica, uma estratégia que é considerada efetiva e eficiente no contexto nacional. (CUNHA et al.,

2004; KALK & FLEISCHER, 2004). Esta estratégia permite a detecção precoce da hanseníase com o aumento do acesso aos serviços e da consciência sobre sinais e sintomas na população por meio de ações de controle e educação de saúde.

O reconhecimento de faltosos e exame de contatos, o fortalecimento da captação de casos, e vacinação com BCG dos contatos intrafamiliares sem manifestações clínicas da doença é fortalecido com o PSF e o PACS. (MEIMA et al., 2004; BRASIL, 2005).

Considerando que:

A integração dos programas de controle da hanseníase na rede básica de saúde é considerada atualmente a melhor estratégia para erradicação da doença, para o diagnóstico precoce e melhoria na qualidade do atendimento ao portador da hanseníase, auxiliando no acesso ao tratamento, à prevenção de incapacidades e a diminuição do estigma e da exclusão social. Em face da efetivação desse programa, fica incontestável a necessidade de um esforço organizado de toda a rede básica de saúde, principalmente dos profissionais de saúde, no sentido de atuar sobre esse problema. Com isso, vale enfatizar a relevância das ações desenvolvidas pelo enfermeiro, principal articulador das ações na ESF, na equipe de saúde, as quais vão desde a prevenção da doença até a prevenção de incapacidades causadas pela doença. (DIAS, PEDRAZZANI 2008, p. 754).

Figueiredo (2007) conclui que o enfermeiro deve ter uma atitude de vigilância em relação ao potencial incapacitante da doença, com o intuito de diagnosticar precocemente e tratar adequadamente as neurites e reações, a fim de prevenir incapacidades e evitar que estas se evoluam para deformidades irreversíveis.

4.8.2 Hanseníase e o Papel do Enfermeiro

As atribuições do enfermeiro no controle da hanseníase baseiam-se no planejamento de ações de assistência e controle do paciente, família e comunidade a partir do levantamento epidemiológico e operacional;

Avaliar a qualificação das unidades para solução dos problemas de saúde, diante das possibilidades e limitações das organizações do SUS; realizar ações de promoção da saúde dirigidas para grupos de risco ou para segmentos populacionais alvo dos programas institucionais de saúde, entre outras. (BRASIL, 2002b).

Todos esses deveres são importantes para que a atuação do enfermeiro e o controle da doença sejam eficazes e produzam bons resultados, melhorando a saúde e expectativa de vida da população.

A enfermagem de modo peculiar vem brilhando no caminho da interdisciplinaridade, pois aborda o sujeito na sua totalidade promovendo a participação de todos os integrantes do processo. (GUERRA et al., 2002).

Considerando que a consulta de enfermagem, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. (COREN, 2011).

O código de ética do Conselho Federal de Enfermagem do Brasil (COFEN), resolução 311/2007, um dos seus princípios fundamentais mostra que a enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, família e coletividade e no capítulo 1º do art. 5º “Responsabilidades e Deveres”, diz que o Enfermeiro deve exercer a profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade, honestidade e lealdade. (COFEN, 2007).

Segundo Peduzzi (2000), cabe ao profissional responder pelas ações que praticam em âmbito de co-responsabilidade e pelo conjunto de intervenções realizadas pela equipe, no qual o processo de trabalho do enfermeiro na ESF é evidenciado por atividades assistenciais e gerenciais. No processo de trabalho assistencial, o enfermeiro busca como objeto as necessidades de cuidado e controle em saúde e tem como propósito a atenção integral de enfermagem. No processo gerencial, o enfermeiro atua na organização e implementação adequada do trabalho e do cuidado de enfermagem.

Dentre as atividades do enfermeiro destaca-se também a identificação e notificação de situações atípicas e casos suspeitos de doenças ao realizar medidas de controle de contatos e monitorar a situação vacinal de populações de risco, fazendo busca ativa dos casos e executando ações básicas de investigação e vigilância epidemiológica. (COSTA, 2010).

O trabalho assistencial do enfermeiro para o controle da hanseníase toma por referência critérios de eficiência, eficácia e efetividade e ao mesmo tempo aplicando instrumentos de avaliação da prestação de serviços: cobertura, impacto e satisfação. (BRASIL, 2002a).

Diante disso, Duarte (2009) demonstra em seu artigo a necessidade das ações do enfermeiro junto ao paciente, no qual este precisa ser orientado quanto à funcionalidade e competências dos serviços de saúde.

Por isso as ações descentralizadas, a detecção e o tratamento precoce são considerados elementos básicos para o controle da hanseníase e de acordo com Brasil (2002b) e Penna (2010), essa descentralização envolve ampliação do quantitativo de recursos humanos e capacitação dos mesmos.

A qualificação do profissional de enfermagem e o tratamento adequado da hanseníase é excepcional na estratégia de controle da doença, sendo atuante no processo de cuidado integral ao portador, ao acompanhar o paciente através de consultas mensais e supervisão medicamentosa, contribuindo para interromper a cadeia de transmissão da doença e também promovendo o retorno do paciente estigmatizado à sociedade através da reabilitação física e social. (DUARTE 2008; 2009).

Para isso, a lei Lei nº 7498/86 e o Decreto nº 94406/87 que, em seu artigo 11º, legitima e determina a consulta de enfermagem como modalidade de prestação de assistência direta ao cliente, atividade privativa do enfermeiro, "exercida de fato e não de direito nos serviços de saúde" (ADAMI et al., 1989), em nível nacional.

Outro aspecto relevante encontrado no estudo envolvendo o profissional de enfermagem é a iniciativa de investir em capacitações para o controle da doença, baseada no conceito de educação permanente em saúde, que se trata da noção de aprendizagem significativa, permitindo um olhar ampliado do processo saúde-doença, facilitando-se, assim, a atuação do enfermeiro na abordagem holística ao cliente. (DUARTE, 2008).

Com base na importância epidemiológica da hanseníase e a necessidade de manter o nível controlável na pós-eliminação, considera-se que as ações educativas bem sucedidas precisam ser implementadas. Os profissionais atuantes ainda têm dificuldades para trabalhar com a problemática e com as ações de controle da hanseníase. Essa característica reforça a importância, para a saúde pública brasileira, da educação permanente junto aos profissionais da atenção primária, com enfoque em hanseníase. (MORENO, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu concluir que a hanseníase interfere na capacidade de realização de atividades diárias dos indivíduos acometidos, independente do grau de incapacidade que esses apresentam.

Dessa forma, visando à integralidade da atenção à saúde desses pacientes, não podemos nos prender somente aos aspectos físicos, devendo outros aspectos, como a capacidade funcional, serem considerados.

Observou-se neste estudo que o tratamento contra a doença evoluiu, as conquistas da ciência permitiram alcançar a cura, no entanto, constatou-se que ela ainda preocupa as políticas de saúde. Além disso, mesmo com todas as campanhas que são veiculadas pela mídia, os portadores de hanseníase ainda sofrem com um mal que sempre os acompanhou desde os primeiros registros sobre a doença, o preconceito.

A qualificação do profissional de enfermagem e o tratamento adequado da hanseníase são fundamentais na estratégia de controle da doença, sendo atuante no processo de cuidado integral ao portador, contribuindo para interromper a cadeia de transmissão da doença e também promovendo o retorno do paciente estigmatizado à sociedade através da reabilitação física e social. (DUARTE 2008; 2009).

O enfermeiro deve sempre enfatizar a orientação para o autocuidado, estimulando a prevenção, a cura e a reabilitação, levando em consideração as crenças, hábitos, os valores e práticas que caracterizam o grupo de usuário a ser atendido. Considerando que a consulta de enfermagem, sendo atividade privativa do enfermeiro, utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade

Com isso, chama-se atenção dos gestores e profissionais da saúde no sentido de desenvolverem estratégias de cuidado às pessoas atingidas pela hanseníase com vistas a uma abordagem orientada para a dimensão simbólica da enfermidade no mundo da vida cotidiana dessas pessoas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA J.A, ALMEIDA S.N.D, MAGALHÃES H.M. Avaliação e tratamento dos membros inferiores para prevenção de incapacidades. In: Opromolla DVA, Baccarelli R. Prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase. Bauru: **Instituto Lauro de Souza Lima**; 2003. p.112-5. Disponível em: <http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/OPROMOLLA_DILTOR_prevencao/membros%20inferiores/PDF/avali_trat.pdf > Acesso em 28 out. 2012.

ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>> Acesso em: 30 de ago. 2012

AMB, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes. **Hanseníase: Episódios Reacionais**, 1 ed. 2003.

ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Rev. Soc Bras. Med. Trop.** v. 36, n. 3, p. 373-382, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v36n3/16339.pdf> > Acesso em: 30 de mar. 2012.

BACCARELLI. M.R., CAMARGO. L.H.S., **Prevenção de incapacidade das mãos.** [S.l.:s.n], [?]. Disponível em: <http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/OPROMOLLA_DILTOR_prevencao/membros%20superiores/PDF/preven_mao.pdf > Acesso em 28 out. 2012.

BARRETO, Jaison Antônio. Dissertação Mestrado. **Manifestações de padrão tuberculóide reacional na hanseníase dimorfa: estudo histoquímico e imunoistoquímico comparativo, em biópsias cutâneas, entre reações tipo 1 ocorridas antes e durante a poliquimioterapia.** São Paulo, 2005.

BASTUJI-GARIN S, OCHONISKY S, BOUCHE P, GHERARDI RK, DUGUET C, DJERRADINE Z, et al. Incidence and risk factors for thalidomide neuropathy: a prospective study of 135 dermatologic patients. **J Invest Dermatol** 2002; 119:1020-6.

BEIGUELMAN, B. Genética e Hanseníase. **Ciência & Saúde.** 2002; 7:117-28. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n1/a11v07n1.pdf> > Acesso em 29 mar. 2012.

BRANDSMA, W.J. VAN BRAKEL, W.H. **WHO disability grading: operational definitions. Leprosy Review.** Inglaterra, v 74, n 4, p 366-373, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.125/GM, de 07 de outubro de 2010.** Define ações de controle da hanseníase. Brasília/DF, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Área Técnica de Dermatologia Sanitária Hanseníase: atividades de controle e manual de procedimentos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de procedimentos técnicos em Hanseníase Baciloscopia.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para o Controle da hanseníase.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em:
< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseniase.pdf > Acesso em 28 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático para Profissionais da equipe de Saúde da Família Controle da Hanseníase na Atenção Básica.** Série A. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c. Disponível em:
< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hanseniase_atencao.pdf > Acesso em 29 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei No 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de condutas para alterações oculares em hanseníase.** 2. ed., rev. 92 p. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas de Vacinação.** 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001d. Disponível em:
< <http://pt.scribd.com/doc/50304626/50/Vacinacao-de-comunicantes-de-hanseniase> >. Acesso em 28 out. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de prevenção de incapacidades** – 3. Ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/incapacidades.pdf>> Acesso em 28 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº10 de 2007 do Programa Nacional de Controle da Hanseníase. Indicador de monitoramento do comportamento de hanseníase no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Desafio de Construir e Implementar Políticas de Saúde** – Relatório de Gestão 2000 – 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1073/GM de 26 de setembro de 2000.** Publicada no D.O.U. - 188-E -pg 18 -Seção 1 - 28 de setembro, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 165/bsb, de 14 de maio de 1976.** Brasília: Ministério da Saúde, 1976.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: norma operacional básica/96.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRITTON WJ. The management of leprosy reversal reactions. **Lepr Rev** 1998;69:225-34

CASTORINA-SILVA, R. Dissertação Mestrado. **Efeitos adversos mais frequentes das drogas em uso para o tratamento da hanseníase e suas implicações no controle da endemia.** Faculdade de Medicina, UFMG, 2003.

CASTRO, S. M. S. de; WATANABE, H. A. W. Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos. **História, Ciências, Saúde.** Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 449–487, abr-jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n2/11.pdf>> Acesso em 19 out. 2012.

CAVALIERE, I. A. de L.; GRYNSPAN, D. Fábrica de imaginário, usina de estigmas: conhecimentos e crenças de uma comunidade escolar sobre hanseníase. **Cad Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 345-362, 2008.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resoluções COFEN- 311/2007**. Disponível em:
< <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7221§ionID=34> >
Acesso em 01 nov. 2012.

COHEN, Moysés. J. Hanseníase ocular: uma abordagem histórica. **Arq. Bras. Oftalmol.** vol.72 no.5 São Paulo Sept./Oct. 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-7492009000500027>
Acesso em 28 set. 2012.

COLOMBRINI, Maria Rosa Ceccato. **Enfermagem em Infectologia: cuidados com o paciente internado**. São Paulo. Atheneu, 2000.

COSTA, Sílvia Alves. Trabalho de conclusão de curso em Medicina: **Atuação do enfermeiro no controle de hanseníase na atenção primária à saúde: uma visão sobre as publicações entre 1988 e 2009**. Araçuaí, 2010. Disponível em:
< <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3172.pdf>>. Acesso em: 20 set 2012.

CRIPPA, Iara L. F. et al . Correlação clínico-laboratorial baseada em dados secundários dos casos de hanseníase atendidos no período de 01/2000 a 03/2001 na Fundação Alfredo da Matta, Manaus-AM, Brasil. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 5, Oct. 2004. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962004000500004&lng=en&nrm=iso> Acesso em 28 out. 2012.

CRUZ, P. S.; ODA, J. Y. Comparação dos exames de rotina de pacientes em hemodialíse diabéticos e não diabéticos de uma clínica particular da cidade de Maringá-PR. **Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 13, n. 3, p. 217-222 set./dez. 2009. Disponível em:
< <http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/3014/2185> > Acesso em 28 mar. 2012.

CUNHA MGS. Tese de Doutorado. **Episódios reacionais e relação com recidiva em doentes com hanseníase tratados com diferentes esquemas terapêuticos**. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.

CUNHA, S. S.; RODRIGUES, L. C.; DUPPRE, N. C. Current strategy for leprosy control in Brazil: time to pursue alternative preventive strategies? **Rev. Panamericana de Salud Publica**. v. 16, n. 5, p. 362 - 365, 2004.

DAMASCO, M. S. Monografia. **História e memória da hanseníase no Brasil do século XX: o olhar e a voz do paciente**. 2005. 50 f. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

DIAS, R. C.; PEDRAZZANI, E. S. Políticas públicas na hanseníase: contribuição na redução da exclusão social. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. esp, p. 753-756, 2008.

DUARTE, Marli Teresinha Cassamassimo; AYRES, Jairo Aparecido; SIMONETTI, Janete Pessuto. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, Mar. 2009 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100012&lng=en&nrm=iso > Acesso em 28 out. 2012

DUARTE, Marli Teresinha Cassamassimo; AYRES, Jairo Aparecido; SIMONETTI, Janete Passuto. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. spe, Nov. 2008 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700019 > Acesso em 28 out. 2012

DÜPPRE, Nádia Cristina. Tese Mestrado. **Efetividade do BCG-ID em Comunicantes de Pacientes com as Formas Multibacilares da Hanseníase**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, ENSP, Escola Nacional de Saúde Pública, 1998. Disponível em: < <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/5207/2/249.pdf> > Acesso em 28 nov. 2012

EBENSO, J. EBENSO, B.E. Monitoring impairment in leprosy: choosing the appropriate tool. **Leprosy Review**. v 78, p 270-80, 2007.

EBENSO, J. FUZIKAWA, P. et al. The development of a short questionnaire for Screening of Activity Limitation and Safety Awareness (SALSA) in clients affected by leprosy or diabetes. **SALSA Collaborative Study Group (2007)**. Disability and Rehabilitation. v 29, n 9, p 689-700, 2007. Disponível em:
< <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/09638280600926587> > Acesso em 28 out. 2012

EIDT, M. L. Ser hanseniano: sentimentos e vivências. **Hansen Int**, v. 29, n. 1, p. 21-27, 2004. Disponível em:
<<http://www.ilsl.br/revista/index.php/hi/article/viewFile/286/265>>. Acesso em: 08 set. 2012.

FARIA M.C.A, Nóbrega MML. Diagnósticos de enfermagem numa gestante de alto risco baseado na teoria de OREM do autocuidado: estudo de caso. **Rev Latino-am** 2000 dez.;8(6):59-67. Disponível em: <http://moodle.stoa.usp.br/file.php/1342/artigo_modelo_Orem_2_.pdf > Acesso em 01 abr. 2012.

FERNANDES, J.M.M, 1939. Estudio comparativo de la reacción de Mitsuda con las reacciones tuberculínicas. **Revista Argentina de Dermatosifilologia**. Buenos Aires, 23: 425.

FIGUEIREDO, N. M. A. de. **Ensinando a cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2007.

FINEZ, M.A. et al. Identificação do grau de incapacidades em pacientes portadores de hanseníase através da avaliação neurológica simplificada. **J Health Sci Inst**. 2011; 29(3):171-5. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/03_jul-set/v29_n3_2011_p171-175.pdf > Acesso em 01 abr. 2012.

FOSTER, P.C.; JANSSENS, N.P. D.E.O. In: GEORGE, J.B. et al. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Cap. 7, p. 90-107.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GALLO, M.E.N. et al. Alocação de paciente hansênico na poliquimioterapia: correlação da classificação baseada no número de lesões cutâneas com os exames baciloscópicos. **An Bras. Dermatol**. Rio de Janeiro, v 75, n 3, p 291-7, mai/jun, 2000.

GALLO, M.E.N. et al. Hanseníase multibacilar: índices baciloscópicos e viabilidade do *M. leprae* após 24 doses da PQT/OMS. **An Bras. de Dermatol**. Rio de Janeiro, v 78, n 4, p 415-24, jul./ago, 2003.

GINZBURG, C. **História noturna: decifrando o Sabá**. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

GONÇALVES, D.S. et al. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com hanseníase. **Rev Saúde Pública** 2009;43(2):267-74. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n2/119.pdf> > Acesso em 29 mar. 2012.

GUERRA, J. G. et al. Eritema nodoso hansênico: atualização clínica e terapêutica. **An Bras Dermatol**, v. 77, p. 389-407, 2002. Disponível em: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/public/questao.aspx?artigo_id=10451> Acesso em: 19 set. 2012.

ILEP, The International Federation of Anti-Leprosy Associations. **Como reconhecer e tratar reações hansênicas**, Londres; 2002. Disponível em: < www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/.../lg2bport_01.pdf > Acesso em 20 out. 2012.

JACOBSON RR. **Treatment of leprosy. In: Hastings RC**, editor. Leprosy 2nd ed. New York: Churchill Livingstone; 1994. p.317-49.

JOPLING RH, MC DOUGALL AC. **A doença. In: Manual de hanseníase**. 4th ed. São Paulo: Atheneu Editora; 1991a.p.11-59.

JÚNIOR, F.J.G.S et al. Assistência de enfermagem ao portador de Hanseníase: abordagem transcultural. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília 2008;61(esp): 713-7. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a10v61esp.pdf> > Acesso em: 28 mar. 2012.

KALK, A.; FLEISCHER, K. The decentralization of the health system research in Colombia and Brazil and its impact on leprosy control. **Leprosy Review**. v. 75, n. 1, p. 67-78, 2004.

KEITA, S. et al Evaluation de la classification clinique des nouveaux las de lèpre. Etude réalisée à l'institut Marchoux (Bamako, Mali) **Annales de Dermatologie et Venereologie**. v 130, p 184-6, 2003.

LEHMAN L.F, ORSINI MBP, GROSSI MAF, VILLARROEL MF. **A mão na hanseníase**. Freitas PP, editor. Reabilitação da mão. São Paulo: Atheneu; 2005. p.301-18

LEOPARDI, M.T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 1ª Ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LIENHARDT C, Fine PE. Type 1 reaction, neuritis and disability in leprosy. What is the current epidemiological situation ? **Lepr Rev** 1994; 65:9-33.

LIMA, L. DE S., CAMPOS, N. DE S. **Lepra tuberculóide: estudo clínico histopatológico**. São Paulo: Renascença, 1947.

LITTLE D, KHANOLKAR-YOUNG S, COULTHART A, SUNEETHA S, LOCKWOOD DNJ. Immuno histochemical analysis of cellular infiltrate and gamma interferon, interleukin-12, and inducible nitric oxide synthase expression in leprosy type 1 (reversal) reactions before and during prednisolone treatment. **Infect Immun** 2001; 69(5):3413- 7.

LOBATO, C. S. **Em busca da socialização da hanseníase**. O Sebo Cultural. p. 5. 1989.

LOCKWOOD DN. The management of erythema nodosum leprosum: current and future options. **Lepr Rev** 1996; 67:253-9

LOURENÇO, S. C. Trabalho de Conclusão de Curso. **O papel do núcleo de educação em saúde nas estratégias pedagógicas das ações de controle da hanseníase no estado de São Paulo**. 2007. 115 f. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp052530.pdf> > Acesso em: 02 abr. 2012

LUCE, M. et al. O preparo para o autocuidado do cliente diabético e família. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 1, n. 1/2/3/4, p. 36-49, jan./dez. 1990.

LUCIO, R., ALVARADO, I. **Opusculo sobre el Mal de San Lazaro:Elefanciasis de los griegos**. Mexico: Escuela de Medicina,1852.

LYON, S. Tese Doutorado. **Estudo comparativo da carga bacilar em casos novos de hanseníase e o resultado do teste sorológico ML Flow**. Faculdade de Medicina –UFMG, Minas Gerais, 2005.

MARTELLI, C. M. T. et al. Endemias e epidemias brasileiras, desafios e perspectivas de investigação científica: hanseníase. **Rev Bras Epidemiol**, v. 5, p. 273-285, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v5n3/06.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2012.

MEIMA, A.; RICHARDUS, J. H.; HABBEMA, J. D. F. Trends in leprosy case detection worldwide since 1985. **Leprosy Review**. v. 75, n. 1, p. 19 - 33, 2004.

MODLIN RL, REA TH. **Immunopathology of leprosy**. In: **Hastings RC**, editor. *Leprosy*. New York: Churchill Livingstone; 1994. p.225-34

MOREIRA, T.M.A. Dissertação Mestrado. **As campanhas de hanseníase no Brasil**. Rio de Janeiro, 1997. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz.

MORENO, C. M. C.; ENDERS, B. C.; SIMPSON, C. A. Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. **Rev. Bras. Enf.** v. 61, número especial, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a03v61esp.pdf> > Acesso em 30 de mar. 2012.

MORHAN. **Movimento de reintegração das pessoas atingidas pela hanseníase**. Ano XXVI, n. 47, fev-dez. 2008.

MOSCHIONI, C. Dissertação Mestrado. **Fatores de risco para incapacidade física anotados no momento do diagnóstico de 19.283 casos novos de hanseníase no período de 2000 a 2005, em Minas Gerais, Brasil**. Faculdade de Medicina – UFMG, Minas Gerais, 2007.

MOURA, SILVIA HELENA LYON. Tese Mestrado. **Avaliação de incapacidades físicas e transtornos psicossociais em pacientes com hanseníase em Centro de Referência de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais Faculdade de Medicina programa de pós-graduação em ciências da saúde: infectologia e medicina tropical de belo horizonte; 2010.

NASCIMENTO M. S, NASCIMENTO M. A. A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Cienc. Saúde Colet.*, v. 10, n. 2, p. 333-35, abr/jun. 2005.

NICHOLLS, P. G. et al. Risk factors for participation restriction. **Disabil. Rehabil.** , v.29, n. 9, p. 689-700, May 2007.

OLIVEIRA MLW. Desafios para a efetividade das ações de controle da hanseníase. **Cad. Saúde Coletiva**. 2008;16(2):141-6.

OLIVEIRA, M. H. P. de; GOMES, R.; OLIVEIRA, C. M. de. Hanseníase e sexualidade: convivendo com a diferença. **Rev. Latino-am Enferm**, v. 7, n. 1, p. 85-91, jan. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n1/13452.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2012.

OPROMOLLA, D.V. A. **Noções de hansenologia Centro de Estudos Dr.Reynaldo Quagliato**. Bauru: 2000. Disponível em:
<http://hansen.bvs.isl.br/textoc/livros/OPROMOLLA_DILTOR_nocoos/PDF/apres.pdf
> Acesso em 30 mar. 2012.

OPROMOLLA, D.V.A. Recidiva ou reação reversa. **Hansen. Int.**,v.19, n.1 p.10-16, Jul., 1994a.

OPROMOLLA, D.V.A., URA, S., GHIDELLA, C. Os tuberculóides reacionais. **Hansen. Int.**, v.19, n.2, p.26-33, Dez., 1994b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Programa de ação para a eliminação da hanseníase**. In:_____. Um guia para eliminar a hanseníase como problema de saúde pública. 5 ed. Genebra: [s.n.], 1995. p. 61.

PATTON, M. Q. **Qualitative Evaluation and Research Methods**. newbury Park. sage Publications, 1990.

PEDRAZZANI, E. S. Levantamento sobre as ações de enfermagem no programa de controle da hanseníase no estado de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto: [s.n.], jan.1995, v.3, n.1.

PEDUZZI, M. **O enfermeiro no programa de saúde da família**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2000.

PENNA, M. L. F. et al., Influência do aumento do acesso à atenção básica no comportamento da taxa de detecção de hanseníase de 1980 a 2006. **Rev. Soc. Bras. Med.Trop.**, Uberaba, 2010 .

PEREIRA, S.V.M. et al. Avaliação da Hanseníase: relato de experiência de acadêmicos de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008; 61(esp):774-80. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a20v61esp.pdf> > Acesso em 30 mar. 2012.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. Cap. 8, p. 163-198.

REES, R. J.; YOUNG, D. B. **The microbiology of leprosy**. In: HASTINGS, R. C.; OPROMOLLA, D. V. A. L. *Leprosy*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1985. Cap. 3, p. 35-52.

RICHARDS, J. **Sexo, desvio e danação: as minorias na Idade Média**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

ROCHE PW, THEUVENET WJ, BRITTON WJ. **Risk factors for type-1 reactions in borderline leprosy patients**. *Lancet* 1991; 338:654-7.

RODINI, F.C. B. et al, Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidado para pacientes. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.17, n.2, p.157-66, abr/jun. 2010a. Disponível em:
< <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/fpusp/v17n2/12.pdf> > Acesso em 01 abr. 2012.

RODINI. F.C.B. Dissertação Mestrado. **Proposta de avaliação e intervenção através da prevenção de incapacidade em pacientes com hanseníase**. Ribeirão Preto, 2010b. Disponível em:
<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17142/tde-23032010-100025/publico/dissertacao.pdf> > Acesso em 28 out. 2012.

SALOTTI. S.R.A., PINTO. M.C.G., PASSEROTTI. S., **Prevenção ocular e tratamento cirúrgico**. [S.l.:s.n], [?]. Disponível em: <
http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/OPROMOLLA_DILTOR_prevencao/face/PDF/prevencao_ocular.pdf > Acesso em 28 out. 2012

SCHETTINI, A.P.M. et al. Hanseníase históide de localização restrita. **An Bras Dermatol**. 2008;83(5): 470-2. Disponível em:
< <http://www.scielo.br/pdf/abd/v83n5/v83n05a12.pdf> > Acesso em 01 abr. 2012.

SCHNEIDER, S. D.; WADI, Y. M. **Lepra: representações da doença e dos doentes através de discursos médico-científicos e governamentais** in: IV Congresso Internacional de História. Maringá, Paraná, 2009. Disponível em:
<<http://www.pph.uem.br/cih/>>. Acesso em: 08 set. 2012

SHEPARD, C. C. The experimental disease that follows the injection of human leprosy bacilli into footpads of mice. **Journal of Experimental Medicine**.v 112, p 445- 454, 1960.

SHEPARD, C.C., 1965. Vaccination against experimental infection with *Mycobacterium leprae*. **American Journal of Epidemiology**, 81: 150-163.

SHEPARD, C.C., 1968. A comparison of the effectiveness of two freeze-dried BCG vaccines against *Mycobacterium leprae* in mice. **Bulletin of the World Health Organization**, 38: 135-140

SILVA, I.J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm.** Universidade Federal de São Paulo, 2009. Disponível em:
< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a28v43n3.pdf> > Acesso em: 26 mar. 2012.

SILVA, Reinaldo Antonio da et al . Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, Dez. 2007. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692007000600011&lng=en&nrm=iso Acesso em 11 out. 2012.

SOUZA GM. Dissertação Mestrado. **Efeitos da descompressão cirúrgica neural sem neurolise em pacientes com neurites hansênicas**. Uberlândia, 2003.

SOUZA, CS. **Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial**. Medicina, Ribeirão Preto, 30:325-334, jul./set. 1997.

VIEIRA, V.B, PATINE FS, PASCHOAL VDA, BRANDÃO VZ. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de hanseníase: um estudo de caso. **Arq. Cienc. Saúde**, abr-jun 2004; 11(2): 2-9. Disponível em:
<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-2/ac05%20-%20id%2013.pdf
> Acesso em: 20 mar. 2012

VIETH. H, SALOTTI. S.A.A, PASSEROTTI. S. **Guia de Prevenção de Alterações Oculares em Hanseníase**. 2009. Disponível em:
<http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/NonILEP_Publications/PrvntngOcularImprmntHDBrPort.pdf > Acesso em 20 out. 2012

VIRMOND, M. **Ações de controle na Hanseníase**. In: OPROMOLLA, D. V. A.; BACCARELLI, R. Prevenção de Incapacidades e Reabilitação em Hanseníase. Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima, 2003. p. 5-7. Disponível em:
< http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/5653_3314.pdf > Acesso em 12 out. 2012

VIRMOND, M.; VIETH, H. **Prevenção de incapacidades na hanseníase: uma análise crítica.** Medicina, Ribeirão Preto, v. 30, p. 358-363, jul./set. 1997.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Expert Committee on Leprosy. Second Report.** Technical Report Series, n 189, 1960. Geneva: WHO.

ZARPELLON, Lídia Dalgallo, SILVA, Carla Luiza da, GRDEN, Clóris Regina Blanski, ZIMMERMANN, Marlene Harger, SILVEIRA, CABRAL, Luciane Patrícia Andreani. **O enfermeiro na prevenção de incapacidades causadas pela hanseníase** In: X Congresso Nacional de Educação –EDUCERE. Curitiba- PR, 2011. Disponível em: < http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/5653_3314.pdf > Acesso em 12 set. 2012.