

## O papel do enfermeiro no controle da hanseníase na atenção básica

The role of nurses in leprosy control in primary care

El papel de las enfermeras en el control de la lepra en la atención primaria

Recebido: 04/03/2022 | Revisado: 12/03/2022 | Aceito: 17/03/2022 | Publicado: 25/03/2022

### **Janaina Sousa Santana**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2786-5971>  
Centro Universitário Luterano de Palmas, Brasil  
E-mail: [jana.sousa12@gmail.com](mailto:jana.sousa12@gmail.com)

### **Raylton Aparecido Nascimento Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3832-7685>  
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil  
E-mail: [rayltonaparecido@gmail.com](mailto:rayltonaparecido@gmail.com)

### **Thiago Oliveira Sabino Lima**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2677-9481>  
Universidade de Palmas, Brasil  
E-mail: [thiagosabino@uft.edu.br](mailto:thiagosabino@uft.edu.br)

### **Natasha Basso**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7489-3644>  
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil  
E-mail: [ntashabasso@live.com](mailto:ntashabasso@live.com)

### **Liane Bahú Machado**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1356-373X>  
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil  
E-mail: [lianemachado61@gmail.com](mailto:lianemachado61@gmail.com)

### **Daniel Santos dos Santos**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6657-7924>  
Secretaria Municipal de Cacequi, Brasil  
E-mail: [danielsantosdoss@hotmail.com](mailto:danielsantosdoss@hotmail.com)

### **Marjana Pivoto Reginaldo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2260-8207>  
Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Brasil  
E-mail: [marjanapivotto@gmail.com](mailto:marjanapivotto@gmail.com)

### **Jurandir Xavier de Sá Junior**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9385-3309>  
Universidade Federal do Maranhão, Brasil  
E-mail: [jurandirsajr@gmail.com](mailto:jurandirsajr@gmail.com)

### **Monica Bandeira**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0043-0513>  
Universidade Federal do Tocantins, Brasil  
E-mail: [monicabandeira@ceulp.edu.br](mailto:monicabandeira@ceulp.edu.br)

### **Ruhena Kelber Abrão**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5280-6263>  
Universidade Federal do Tocantins, Brasil  
E-mail: [kelberabrao@gmail.com](mailto:kelberabrao@gmail.com)

### **Resumo**

A Hanseníase representa um grave problema de saúde pública, a doença causa deformidades e incapacidades físicas permanentes, por muitos anos ela afligiu a população devido seu alto potencial de contágio. Mesmo após tantos esclarecimentos sobre a patologia ainda existe crenças religiosas e preconceitos que sondam o portador causando solidão, isolamento social, depressão e medo. Nesse sentido, o presente estudo tem o objetivo de demonstrar, por meio da literatura, o papel e cuidado prestado pelo enfermeiro da Atenção Básica no controle da Hanseníase. Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, de natureza descritiva, narrativa composta por 12 artigos relacionados ao tema e publicados entre os anos de 2008 a 2017, nas bases de dados virtuais. Ao finalizar o estudo, observou-se a importância do enfermeiro no diagnóstico precoce, prevenção de deformidades e na continuidade do tratamento, onde o mesmo precisa executar estratégias de forma que leve conhecimento a população e quebre de vez os “tabus” associados a infecção.

**Palavras-chave:** Hanseníase; Hanseníase e enfermeiro; Unidade Básica.

### **Abstract**

Leprosy represents a serious public health problem, the disease causes permanent deformities and physical disabilities, for many years it has afflicted the population due to its high potential for contagion. Even after so much

clarification about the pathology there are still religious beliefs and prejudices that probe the bearer causing loneliness, social isolation, depression and fear. In this sense, the present study aims to demonstrate, through the literature, the role and care provided by the Primary Care nurse in the control of leprosy. This is a bibliographic review research, of a descriptive nature, composed of 12 articles related to the theme and published between the years 2008 and 2017, in the virtual databases. At the end of the study, the importance of the nurse in the early diagnosis, prevention of deformities and in the continuity of the treatment was observed, where it has to execute strategies in a way that acquaints the population and breaks the "taboos" associated with the infection.

**Keywords:** Leprosy; Leprosy and nurse; Basic Unit.

### Resumen

La lepra representa un grave problema de salud pública, la enfermedad provoca deformidades e incapacidades físicas permanentes, durante muchos años aquejó a la población por su alto potencial de contagio. Aún después de tantas aclaraciones sobre la patología, aún existen creencias y prejuicios religiosos que sondean al portador provocando soledad, aislamiento social, depresión y miedo. En este sentido, el presente estudio tiene como objetivo demostrar, a través de la literatura, el papel y los cuidados prestados por la enfermera de Atención Primaria en el control de la lepra. Se trata de una investigación de revisión bibliográfica, de carácter descriptivo, compuesta por 12 artículos relacionados con el tema y publicados entre los años 2008 a 2017, en bases de datos virtuales. Al final del estudio, se observó la importancia de las enfermeras en el diagnóstico precoz, la prevención de las deformidades y la continuidad del tratamiento, donde necesitan implementar estrategias de forma que lleven el conocimiento a la población y rompan de una vez por todas los "tabúes". " asociado con la infección.

**Palabras clave:** Lepra; Lepra y enfermera; Unidad Básica.

## 1. Introdução

### 1.1 Contextualização do tema

A Hanseníase ou Mal de Hansen (MH), é uma doença milenar conhecida popularmente como lepra, cujo preconceito e a discriminação estão enraizados ao seu nome. A enfermidade afligiu durante muito tempo a humanidade, em decorrência de seu alto nível de contágio, deformações, mutilações, indisponibilidade de tratamento, internação e do isolamento compulsório. Todos estes fatores contribuíram para que, durante séculos, os doentes fossem excluídos da sociedade. A transmissão está diretamente ligada a condições socioeconômicas e sanitárias desfavoráveis, no entanto, a mesma pode atingir todas as classes sociais (Fernandes et al, 2014). A mesma caracteriza-se por ser uma patologia infectocontagiosa de evolução crônica. A mesma acomete a pele e os nervos periféricos, causando deformidades, como também, incapacidade física permanente (Souza et al, 2017).

Quem lê a Bíblia verá que a "lepra" já existia antes mesmo do nascimento de Cristo, havia ainda o vitiligo, o pênfigo e a psoríase, dentre outras afecções cutâneas, que descamavam e alteravam a estrutura da pele (Alves; Ferreira; 2014). No livro Levíticos, capítulo 13, observa-se um exemplo desta colocação:

Quando um homem for atingido pela lepra, será conduzido ao sacerdote, que o examinará. Se houver na sua pele um tumor branco e esse tiver branqueado o cabelo, e aparecer à carne viva no tumor, e lepra inveterada na pele de seu corpo; o sacerdote o declarará impuro; não o encerrará, porque é imundo (Alves & Ferreira; 2014, p. 19).

No entanto, para os hebreus, tanto a Hanseníase quanto as outras patologias citadas, eram vistas como uma maldição, castigo divino e não propriamente uma enfermidade corporal. Esses conceitos cristãos, sem fundamento científico, são responsáveis por grande parte dos problemas psicossociais que afetam os doentes até os dias atuais (Alves & Ferreira; 2014).

Mesmo no século XXI, o Mal de Hansen ainda representa um grave problema de saúde pública. O Brasil corresponde ao segundo país do mundo com maior número de casos, nas Américas é que mais contribui com a carga da doença, principalmente nas grandes regiões do Norte, Centro-Oeste e em áreas metropolitanas do Nordeste (Silva, 2014; Souza et al 2017).

O tratamento contra o MH é gratuito e disponível na rede pública por meio da Atenção Básica (AB). O enfermeiro é quem executa o atendimento e o cuidado aos pacientes Hansenianos, realiza exames dermatoneurológicos, previne

incapacidades, como também, oferece apoio psicológico durante o tratamento (Silva et al, 2014 Oliveira et al, 2020). Neste contexto, o enfermeiro desempenha função fundamental no diagnóstico precoce da Hanseníase, além de contribuir com busca e tratamento dos pacientes infectados, o que interrompe o ciclo de transmissão, bem como o agravamento da doença.

A Hanseníase caracteriza-se como uma doença infecto-contagiosa, endêmica, de grande prevalência por ser altamente negligenciada não somente pelo serviço de saúde, como também, pela população. Evidencia-se por ser curável, no entanto, quanto mais tarde se iniciar o tratamento de cura, maiores são os riscos de o paciente apresentar incapacidade física, até mesmo, sequelas permanentes (Franco et al., 2014).

Os dados de 2014 da Organização Mundial de Saúde mostram que a Índia, o Brasil e a Indonésia concentram aproximadamente 81% de todos os casos recém-diagnosticados e notificados no mundo, são os únicos países que notificam mais de 10 mil novos pacientes anualmente. O Brasil é o segundo no ranking global de países com maior número de incidência de Hanseníase e concentra 93% de todos os novos casos detectados em toda a América. No ano de 2013, o Tocantins apresentou a 3ª maior prevalência de Hanseníase, com quase cinco diagnósticos para cada 10.000 habitantes (Who, 2014; Bastos, 2017; Neves, 2017).

Segundo Silva et al. (2014), o enfermeiro possui um papel fundamental tanto na prevenção quanto no tratamento contra o MH, cabe a ele oferecer supervisão necessária ao paciente durante a ação terapêutica, tirando as dúvidas, fornecendo a dose supervisionada, além de fazer o diagnóstico durante o exame físico. A enfermagem deve estar atenta aos sinais e sintomas, quanto maior atenção às queixas, maiores serão as chances de tratamento (Chaves et al, 2019).

Logo, neste estudo, partimos da seguinte pergunta de pesquisa: Qual o papel do enfermeiro no controle da Hanseníase na Atenção Básica? Para tal questionamento o objetivo deste estudo foi demonstrar, por meio da literatura, o papel e o cuidado prestado pelo enfermeiro da Atenção Básica no controle da Hanseníase.

Levando em consideração a necessidade de encontrar meios para melhorar o atendimento, resultando na precocidade do diagnóstico da Hanseníase e no rompimento do ciclo de transmissão, no presente estudo buscamos analisar o papel do enfermeiro na promoção de saúde e prevenção/controle da patologia para a atualização da equipe de saúde; contribuir como um material de informação e conhecimento aos acadêmicos de enfermagem; conscientizar sobre a importância da detecção da doença em seu estágio inicial; informar os malefícios desencadeados pela discriminação e tabus em relação aos pacientes.

## **1.2 Breve Contexto Histórico da Hanseníase**

Desde a Antiguidade, a Hanseníase tem sido considerada uma infecção contagiosa, mutilante e incurável, provocando uma atitude preconceituosa de rejeição ao seu portador, normalmente um excluído pela sociedade. As referências mais remotas datam de 600 a.C. e procede da Ásia que, juntamente com a África, pode ser considerada o berço da doença. As pessoas acometidas pelo MH foram confinadas e tratadas em leprosários durante muitos anos (Nunes et al, 2009; Santos et al 2008).

Seu contágio era associado ao pecado, à impureza e à desonra. Por falta de conhecimento específico, muitas vezes, era confundida com outras patologias, principalmente, as de pele e venéreas. Acreditava-se que a transmissão advinha do contato corporal, muitas vezes de natureza sexual, portanto, pecaminoso. O preconceito popular sem fundamento científico algum, bem como, as convicções religiosas, foram os responsáveis por grande parte dos problemas psicossociais que afetam os doentes até hoje (Alves & Ferreira; 2014; Freitas et al, 2017).

Somente em 1873, a bactéria causadora da moléstia foi identificada pelo norueguês Gerhard Henrik Armauer Hansen (daí surgiu o termo “Mal da Hansen”), e as crenças de que a doença era hereditária, fruto do pecado ou castigo divino foram afastadas. Porém, o preconceito persistiu, a exclusão social dos acometidos foi reforçada pela teoria de que o confinamento dos doentes era o caminho para a extinção do mal (Freitas, 2017).

No Brasil, na década de 1920, a Inspeção de Lepra e Doenças Venéreas foi o primeiro órgão federal a promover a campanha contra a “lepra” e desde os primeiros Congressos de Higiene a Educação Sanitária era a principal estratégia. Na década de 1930, passou a ser um dos pilares de profilaxia pelo Departamento Nacional de Saúde, para doentes, familiares, profissionais de saúde, educadores e agentes religiosos (Savassi & Modena, 2015).

Mais tarde, notou-se que nenhuma medida preventiva teria resultado significativo, em razão do estigma relacionado ao termo “lepra”, o que motivou posteriormente a mudança da nomenclatura para Hanseníase, já na década de 1970. Na década de 1990, a nova terminologia sepultou por definitivo os termos “lepra/leproso”. Só a partir do ano de 1991, que o Brasil veio assumir o compromisso de eliminar a doença até 2000, quando se objetivava alcançar o índice de menos de 1 doente a cada 10.000 habitantes, alvo preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Em 2009, o país mudou sua estratégia de ação, voltando-se para campanhas de controle e não mais de erradicação do MH (Santos et al, 2008; Savassi & Modena, 2015).

### 1.3 Hanseníase

Apresenta uma alta prevalência, em especial nas regiões tropicais e continua mobilizando governos e instituições para o seu controle mesmo após três décadas de introdução do tratamento específico e eficaz. Caracteriza-se como uma infecção dermatoneurológica, granulomatosa crônica, de evolução lenta, causada pelo bacilo *Mycobacterium leprae*, que afeta principalmente o tegumento e a parte periférica do sistema nervoso. Apresenta alta contagiosidade e baixa morbidade (Franco et al., 2014; Souza et al., 2013).

O trato respiratório é considerado a principal porta de entrada e de saída do *M. leprae* do organismo, principalmente a mucosa do trato respiratório superior, em especial, o nariz. O bacilo se reproduz muito lentamente, com um tempo de multiplicação de aproximadamente 12 dias. A média do período de incubação da doença é de 3 a 5 anos, no entanto, em contrapartida, pode variar de 1 a 20 anos, tornando quase impossível determinar o tempo e grau de exposição (Sales, 2011).

O homem é considerado o único reservatório natural do bacilo. Pode ser transmitida principalmente pelo contato íntimo e prolongado de indivíduos vulneráveis à patologia com paciente bacilífero, por meio da inalação de bacilos, pelo convívio com o doente do tipo Virchowiano ou Dimorfo que ainda não foi diagnosticado ou que não iniciou o tratamento, isto é, os pacientes multibacilares são os responsáveis pela transmissão da doença até que se inicie o tratamento específico. Ao começar o tratamento quimioterápico o doente deixa de ser transmissor, pois as primeiras doses da medicação tornam os bacilos incapazes de infectar outras pessoas (Santos, 2008; Silva, 2014; Souza et al., 2013).

O Mal de Hansen manifesta-se por alterações dermatoneurológicas, provocando uma sucessão de respostas imunológicas celulares que podem resultar em lesões neurais, potencialmente graves, bem como lesões cutâneas do tipo máculas, pápulas ou nódulos únicos ou múltiplos, eritematosos ou hipopigmentados. Por acometer primeiramente o nervo periférico, pode provocar perda das funções sensitiva, motora e autonômica, normalmente afetando os olhos, mãos e pés ao lesar os nervos facial, trigêmeo, ulnar, radial, mediano, fibular comum e tibial posterior (Neves, 2017).

Além de provocar alterações na aparência do paciente, a Hanseníase pode causar sequelas que, depois de instaladas, são, em sua maioria, irreversíveis. Os tipos de sequelas mais comuns são lagofalmo, entropião, ectropião, úlcera de córnea, mãos e pés em garra, pé equino vara, úlceras, reabsorção óssea, perda total ou parcial da função motora e sensitiva das mãos e dos pés, entre outros (algumas dessas sequelas são apresentadas pelos anexos de 1 ao 6), representando assim um processo infeccioso crônico de elevada magnitude, contudo, é plenamente curável. As deformidades visíveis da forma avançada da doença contribuem para reforçar o estigma social que resulta em discriminação de pacientes e suas famílias. Os casos diagnosticados devem ser notificados, utilizando-se a ficha de Notificação/Investigação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (Bastos, 2017; Neves, 2017).

### 1.3.1 A Hanseníase no Brasil e no Estado do Tocantins

Atualmente, os esforços pela eliminação da Hanseníase concentram-se nos locais de alta endemicidade, situados em áreas da Índia, Brasil, Indonésia, Congo, Nepal, Tanzânia, Filipinas, Madagascar e Moçambique, onde a doença permanece como importante problema de Saúde Pública. A Índia e Brasil se mantêm, respectivamente, como o primeiro e segundo países com maior taxa de incidência (Neves, 2017).

O Brasil é o segundo no ranking global de países com maior número de casos novos de MH e concentra 93% de todos os casos novos detectados nas Américas. Ostenta, infelizmente, também o título de único país das Américas que ainda não alcançou a meta de eliminação proposta pela OMS, embora tenha apresentado em 2015 um coeficiente de prevalência de 1,02 casos para cada 10 mil pessoas, muito próximo à meta de eliminação. A distribuição espacial do MH é heterogênea, os estados mais desenvolvidos socioeconomicamente da Região Sul alcançaram a meta de eliminação da hanseníase, prevalência de menos de 1 caso para 10.000 habitantes. Porém, bolsões de alta carga da doença ainda permanecem nas Regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste do Brasil, consideradas as áreas de maior transmissão da doença no país (Freitas et al, 2017).

No período de 2001 a 2016, foram registrados 3.448 casos novos de infecção pela doença, sendo que 2.967 de casos novos em pessoas que residiam em Palmas. O Tocantins, no ano de 2016 ficou como 1º colocado no ranking nacional com maior número de casos, já em 2017, apresentou um total de 1.411 novos casos diagnosticados. Os municípios que apresentaram maior número de casos foram: Palmas, Araguaína, Santa Fé do Araguaia, Paraíso do Tocantins, Porto Nacional, Gurupi, Colinas, Recursolândia, Almas e Marianópolis (SINAN, 2007; Tocantins, 2018).

Entre as capitais do país, Palmas é a que apresenta o maior crescimento populacional percentual proporcional desde a sua criação, em termos absolutos, a capital ocupa a 25ª posição no ranking de municípios com mais casos novos em 2015. São Luiz, Fortaleza, Recife e Cuiabá lideram o ranking. Ao final de 2015, a eliminação do MH em Palmas era projetada para meados de 2020 (Bastos, 2017).

### 1.3.2 Manifestações clínicas

A doença se manifesta por meio de lesões na pele, como manchas esbranquiçadas ou avermelhadas que apresentam perda de sensibilidade, sem evidência de lesão nervosa troncular, geralmente se iniciam com formigamento, onde evoluem para perda da sensibilidade local. Estas lesões de pele ocorrem em qualquer região do corpo, mas, com maior frequência, na face, orelhas e costas. Outros sinais são espessamento de nervos periféricos, principalmente olhos, mãos e pés. Quando não é realizado o tratamento, a Hanseníase se manifesta com lesões nos nervos principalmente nos periféricos, podendo haver redução das áreas inervadas por eles, como olhos, mãos e pés e ainda a diminuição do tônus muscular, sendo responsáveis pelas incapacidades e deformidades (Silva, 2014).

O dano neurológico pode ficar limitado a apenas um tronco nervoso, nas chamadas mononeuropatias, pode também, comprometer mais de um tronco nervoso de forma assimétrica caracterizando-a como mononeuropatia múltipla, ou em raros casos, comprometer os troncos nervosos distais de forma simétrica na forma de polineuropatia. Em qualquer destas formas clínicas o comprometimento é inicialmente de fibras finas, portanto, sensitivo. Inicialmente há lesão de fibras sensitivas finas (hipo/anestesia térmica e dolorosa), se o processo da lesão neural não for interrompido através do tratamento, haverá comprometimento das fibras grossas, o que acarretará as deformidades e incapacidades (Sales, 2011).

As complicações neurológicas do MH estão primariamente relacionadas ao dano neural que decorre da presença do bacilo e do processo inflamatório do hospedeiro, acometendo fibras sensitivas, motoras e autonômicas, caracterizando as deficiências primárias como a diminuição ou perda da sensibilidade, diminuição da sudorese e diminuição ou perda da força muscular, respectivamente. Posteriormente, complicações secundárias consequentes da lesão neural podem acontecer, são elas: queimaduras e úlceras nas áreas anestésicas; fissuras nas áreas de pele seca; atrofia, contraturas, garras, pé caído, decorrentes



da fraqueza muscular e infecções pós-traumáticas. Nessa fase, se não forem evitadas as complicações crônicas e recorrentes, pode levar a uma destruição tecidual (pele, osso, músculo), causando as deformidades, na maioria das vezes, irreversíveis (Souza et al, 2018).

Segundo Bastos (2017), a patologia pode se apresentar em períodos de alterações imunes, os estados reacionais, sendo elas:

**Hanseníase Indeterminada** – forma inicial, evolui espontaneamente para a cura na maioria dos casos ou para as formas polarizadas em cerca de 25% dos casos, o que pode ocorrer no prazo de 3 a 5 anos. Geralmente, encontra-se apenas uma lesão, de cor mais clara que a pele normal, com distúrbio da sensibilidade, ou áreas circunscritas de pele com aspecto normal e com distúrbio de sensibilidade, podendo ser acompanhadas de alopecia e/ou anidrose (Bastos, 2017).

A Figura 1 abaixo representa a Hanseníase Indeterminada com máculas hipocrômicas.

**Figura 1.** Hanseníase Indeterminada: máculas hipocrômicas, mal delimitadas, no dorso.



Fonte: Lastória e Abreu (2012).

- **Hanseníase Tuberculóide** – é a forma mais benigna, aparece em pessoas com alta resistência ao bacilo. Ocorre comprometimento assimétrico de troncos nervosos, podendo causar dor, fraqueza e atrofia muscular. Próximos às lesões em placa, podem ser encontrados filetes nervosos espessados. Em geral, as lesões não ultrapassam 10 cm de diâmetro, e os danos em ramos neurais se acentuam rapidamente, resultando em alterações tanto sensitivas quanto autonômicas, que evoluem para hipoestesia e anestesia, em pele de superfície seca, hipodrótica, com diminuição ou ausência de pelos. Além da pele, o envolvimento de troncos nervosos ocorre em pequeno número, usualmente, próximo às lesões cutâneas. Nas lesões e/ou trajetos de nervos, pode haver perda total da sensibilidade térmica, tátil e dolorosa, ausência de sudorese e/ou alopecia. Pode ocorrer a forma nodular infantil, que acomete crianças de 1 a 4 anos, quando há um foco multibacilar no domicílio. A clínica é caracterizada por lesões papulosas ou nodulares (representada pela Figura 8), únicas ou em pequeno número, principalmente na face (Bastos, 2017; Carneiro, 2012). As figuras 2 e 3 abaixo demonstram como essa forma da patologia se apresenta.

**Figura 2.** Hanseníase Tuberculóide.



Fonte: Carneiro (2012).

**Figura 3.** Hanseníase Tuberculóide: lesão anular na perna.



Fonte: Lastória e Abreu (2012).

- **Hanseníase Dimorfa (ou borderline)** – forma intermediária, resultante de uma imunidade também intermediária, com características clínicas e laboratoriais que podem se aproximar do polo tuberculóide ou virchowiano. A variedade de lesões cutâneas é maior e estas se apresentam como placas, nódulos eritematoacastanhados, em grande número, com tendência à simetria, podendo ser vista nas Figuras 4 e 5. As lesões mais características dessa forma clínica são denominadas lesões pré-foveolares ou foveolares, sobre-elevadas ou não, com áreas centrais deprimidas e aspecto de pele normal, com limites internos nítidos e externos difusos. O acometimento dos nervos é mais extenso, podendo ocorrer neurites agudas de grave prognóstico.



Devido ao grande contingente de pacientes neste grupo, esta forma clínica é responsável por incapacidades e deformidades (Bastos, 2017; Carneiro, 2012).

**Figura 4.** Hanseníase Borderline ou Dimorfa.



Fonte: Carneiro (2012).

**Figura 5.** Hanseníase Dimorfa: lesão com bordas externas e internas bem definidas no dorso da mão.



Fonte: Lastória e Abreu (2012).



• **Hanseníase Virchowiana** (ou lepromatosa) – nesse caso, a imunidade celular é nula e o bacilo se multiplica com mais facilidade, com anestesia tardia dos pés e mãos. De início insidioso e progressão lenta, esta forma clínica avança através dos anos, envolvendo difusamente extensas áreas do tegumento, múltiplos troncos nervosos, e inclusive outros órgãos, até que o paciente perceba seus sintomas. Esse quadro favorece os traumatismos e feridas, que por sua vez podem causar deformidades, atrofia muscular, inchaço das pernas e surgimento de lesões elevadas na pele (nódulos), as figuras 6 e 7 demonstram essas manifestações. As lesões cutâneas caracterizam-se por placas infiltradas e nódulos (hansenomas), de coloração eritematoacastanhada ou ferruginosa, que podem se instalar também na mucosa oral. Pode ocorrer infiltração facial com madarose superciliar e ciliar, hansenomas nos pavilhões auriculares, espessamento e acentuação dos sulcos cutâneos. Pode, ainda, ocorrer acometimento da laringe, com quadro de rouquidão, e de órgãos internos (fígado, baço, suprarrenal e testículos). Ocorre comprometimento de maior número de troncos nervosos de forma simétrica. As regiões frequentemente comprometidas são: a região frontal, centro medial da face, e lóbulos da orelha, caracterizando a fâcies leonina, além de extensas áreas do tegumento; usualmente, as regiões mais quentes, como axilas, linha média do dorso, períneo e virilhas são poupadas (Bastos, 2017; Carneiro, 2012).

**Figura 6.** Hanseníase Virchowiana.



Fonte: Carneiro (2012).

**Figura 7.** Hanseníase Virchowiana, ressecamento da pele e hansenomas nas pernas.



Fonte: Lastória e Abreu (2012).

**Figura 8.** Pápulas e nódulos.



Nódulos e pápulas

Pápulas

Nódulos

Fonte: UNA-SUS (2014).

A face é uma das regiões, mas acometidas pela Hanseníase, principalmente nas formas multibacilares. Muitas das incapacidades e deformidades são decorrentes da ação direta do bacilo sobre as estruturas desta região. Para melhor entendimento, Sales (2011), descreve de forma clara como a doença age em cada órgão, tecido e sistema:

- Nos olhos, a queda dos cílios das bordas das pálpebras ocorre pela ação direta do bacilo nos bulbos pilosos e às vezes, como consequência do processo inflamatório, ocorre alteração da posição desses bulbos, fazendo com que os cílios cresçam em direção à córnea, caracterizando a triquíase. O ectrópio corresponde a eversão da margem palpebral, decorrente de lesões em pálpebras.

- O ramo zigomático do nervo facial inerva os músculos orbiculares que são responsáveis pela oclusão das pálpebras. O acometimento deste nervo leva desde alterações no movimento de piscar até a presença do lagoftalmo que corresponde à

redução, ou ausência da oclusão palpebral, que por sua vez, é responsável por várias alterações nas estruturas oculares e até na visão.

- Nos membros superiores, os nervos acometidos são o ulnar, mediano e radial, como esses nervos possuem fibras sensitivas, motoras e autonômicas, levam as alterações em todos esses aspectos.

- As alterações sensitivas são expressas pela diminuição da sensibilidade, podendo por vezes, chegar à anestesia.

- A lesão autonômica leva ao comprometimento das glândulas sebáceas e sudoríparas, com diminuição da produção de suas secreções, prejudicando a lubrificação da pele, alterando a textura e flexibilidade da mesma.

- Dentre as alterações motoras, a atrofia muscular pode levar a amiotrofia dos músculos interósseos dorsais, nas regiões tenar e hipotenar ocorre perda funcional da musculatura, levando a paralisia e atrofia muscular, com achatamento dessas regiões.

- A lesão do nervo ulnar provoca paresia e/ou paralisia da musculatura intrínseca (interósseos lumbricais e outros) da mão, que leva à hiperextensão das articulações do metacarpo-falangianas do segundo ao quinto dedos, com flexão das interfalangianas, caracterizando a garra ulnar; o acometimento do nervo mediano é causa da garra mediana. O nervo radial é responsável pela inervação de todos os músculos extensores do punho e dos dedos e seu comprometimento faz com que os dedos e o punho fiquem fletidos, caracterizando a “mão caída”.

- Nos membros inferiores, são acometidos os nervos fibular comum e nervo tibial. O comprometimento motor do nervo fibular comum leva a perda da dorsiflexão do pé e da extensão dos dedos, retração da musculatura do tornozelo, limitando a dorsiflexão, e aos poucos vai posicionando o pé em flexão plantar até a rigidez do tornozelo nesta posição.

- A lesão motora do nervo tibial é responsável pelas garras de artelhos. Dentre as alterações sensitivas, a mais grave é perda da sensibilidade na região plantar, causada pelo dano no nervo tibial, uma vez que esta área recebe todo o peso corporal. Com o comprometimento do nervo tibial, ocorre diminuição, ou mesmo perda, da sensibilidade da região plantar, além de alterações dos músculos intrínsecos do pé, assim, os reflexos de acomodação também se alteram e o pé, como um todo, fica mais sujeito aos traumas decorrentes da marcha.

O Mal de Hansen causa incapacidade física, em razão disso, o Grau de Incapacidade foi categorizado em grau 0, 1 e 2, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, a ficha de classificação do grau pode ser vista no anexo 8 deste projeto (Lastória; Abreu, 2012):

- Grau 0: Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.

- Grau 1: Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos, diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e ou pés. Ao exame, caracterizada pela resposta negativa aos filamentos de Semmes-Weinstein de 2,0 g (violeta).

- Grau 2: Acomete as mãos, pés e olhos. Nas mãos acontecem lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Nos pés aparecem lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo. E nos olhos, lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1.

### 1.3.3 Diagnóstico

O diagnóstico realiza-se, primeiramente, nos serviços de Atenção Básica de Saúde, realizado por meio da anamnese, exame geral e dermatoneurológico (Freitas et al, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2008), o roteiro para diagnóstico da Hanseníase deve ter:

- Anamnese- obtenção da história clínica e epidemiológica;

- Avaliação dermatológica- identificações de lesões de pele com alteração de sensibilidade;

- Avaliação neurológica- identificação de neurites, incapacidades e deformidades;

- Diagnósticos dos estados reacionais;



- Diagnóstico diferencial;
- Classificação do grau de incapacidade física.

O exame clínico possui como base a anamnese, sinais e sintomas, também, um exame físico bem elaborado, fazendo observação da pele, olhos, assim como a sensibilidade superficial da força muscular dos membros superiores e inferiores. O diagnóstico laboratorial é realizado por meio de baciloscopia, devendo ser feito em todos os pacientes com suspeita da doença, muitas vezes, pode acontecer de não evidenciar a presença do *Mycobacterium leprae* nas lesões hansênicas, por esta razão o exame baciloscópico pode ser utilizado como exame complementar para a classificação dos casos em MB e PB. Os exames laboratoriais são: Ultrassonografia e Ressonância Magnética; Eletroneuromiografia; Intradermoreação de Mitsuda (Carneiro, 2012; Lastória & Abreu, 2012; Silva et al., 2014).

A Avaliação Dermatológica Sensitiva visa identificar as lesões de pele próprias da hanseníase, pesquisando a sensibilidade nas mesmas. A alteração de sensibilidade nas lesões de pele é uma característica específica da infecção, devendo ser realizado exame para avaliação da sensibilidade cutânea: térmica, dolorosa e tátil (nessa ordem), que se complementam (Sales, 2011).

Para determinar o grau de incapacidade física deve-se realizar o teste de força muscular e de sensibilidade dos olhos, mãos e pés, seguindo as orientações contidas na Tabela 1:

**Tabela 1.** Critérios para avaliação do grau de incapacidade física.

GRAU	PECULIARIDADES DA PATOLOGIA
0	<ul style="list-style-type: none"><li>• Olhos: Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas, conta dedos a 6 metros, ou acuidade visual <math>\geq</math> 0,1 ou 6:60.</li><li>• Mãos: Força muscular das mãos preservada e sensibilidade palmar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou sente o mais leve toque da ponta de caneta esferográfica.</li><li>• Pés: Força muscular dos pés preservada e sensibilidade plantar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou sente o toque da ponta de caneta esferográfica.</li></ul>
1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Olhos: Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis e/ou diminuição ou perda da sensibilidade da córnea: resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ausência do piscar.</li><li>• Mãos: Diminuição da força muscular das mãos sem deficiências visíveis e/ou alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou não sente o toque da ponta de caneta esferográfica.</li><li>• Pés: Diminuição da força muscular dos pés sem deficiências visíveis e/ou alteração da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica.</li></ul>
2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Olhos: Deficiências visíveis causadas pela hanseníase, como: lagofalmo; ectrópio; entrópio; triquíase; opacidade corneana central, iridociclite e/ou não conta dedos a 6 metros ou acuidade visual <math>&lt;</math> 0,1 ou 6:60, excluídas outras causas.</li><li>• Mãos: Deficiências visíveis causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratura, feridas tróficas e/ou traumáticas.</li><li>• Pés: Deficiências visíveis causadas pela hanseníase, como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contratura, feridas tróficas e/ou traumáticas.</li></ul>

Fonte: Brasil (2017).

A Avaliação Neurológica visa avaliar comprometimento de nervos periféricos, com alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas, o documento encontra-se anexado este trabalho. Os principais nervos acometidos na hanseníase são: na face, facial (VII par craniano), trigêmeo (V par craniano), que quando lesados levam a alterações na face, olhos e nariz; no braço: nervos ulnar e mediano e radial, que causam alterações nos braços e mãos; na perna: nervos fibular comum e tibial, que são os responsáveis pelas alterações em pernas e pés. A identificação das lesões neurológicas é realizada por meio da anamnese e exame físico neurológico, que é constituído pela inspeção dos olhos, nariz, mãos e pés, palpação dos troncos nervosos periféricos, avaliação da sensibilidade e da força muscular. (Sales, 2011).

A classificação operacional da Hanseníase é baseada no número de lesões cutâneas que é feita o momento do diagnóstico. Casos com até cinco lesões de pele são classificados como Paucibacilares (PB) e com mais de cinco,

Multibacilares (MB). Essa classificação operacional visa ao tratamento ambulatorial com o esquema poliquimioterapia, que deve ser supervisionado pelo profissional de saúde (Freitas et al, 2017; Nunes et al, 2009).

A baciloscopia é o exame microscópico onde se observa o *Mycobacterium leprae* diretamente nos esfregaços de raspados intradérmicos das lesões hansênicas ou de outros locais de coleta selecionados: lóbulos auriculares e/ou cotovelos, e lesão quando houver. Baciloscopia positiva indica Hanseníase Multibacilar, independentemente do número de lesões (Silva et al., 2014).

Exame histopatológico é indicado como suporte na elucidação diagnóstica e em pesquisas. Os aspectos morfológicos das lesões cutâneas e classificação nas quatro formas clínicas podem ser utilizados nas áreas com profissionais especializados e em investigação científica. O teste de Mitsuda (ou lepromina) consiste na injeção intradérmica de *M. leprae* mortos pelo calor e reflete a habilidade de um indivíduo para desenvolver uma resposta granulomatosa ao bacilo, mas não reflete infecção, nem mesmo exposição ao bacilo. Não tem utilidade diagnóstica em casos individuais, mas auxilia na classificação clínica da doença (Sales, 2011).

### 1.3.4 Tratamento

Baseia-se no uso de poliquimioterápicos, administrada segundo a classificação operacional de cada caso sendo eles: a Dapsona, Rifampicina, Clofazimina, Ofloxacino, Minociclina, Claritromicina. A poliquimioterapia diminui o poder de infetividade do bacilo, todavia, não recupera as deformidades físicas já instaladas, emprega esquemas baseados na classificação operacional (Sales, 2011):

- Para Paucibacilares, são 6 doses, incluindo 1 dose de Rifampicina 600 mg/mês e Dapsona 100 mg/dia. O tratamento dura em média de seis a nove meses (Lastória & Abreu, 2012; Sales, 2011).
- Para Multibacilares, são 12 doses, acrescentando Clofazimina, 1 dose de 300 mg/mês e 50 mg/dia. O tratamento compreende o período mínimo de doze e máximo de quinze meses (Lastória & Abreu, 2012; Sales, 2011).

O tratamento da Hanseníase é exclusivamente ambulatorial. Por meio da Atenção Básica é administrado a poliquimioterapia. Deve ser realizado regularmente para eficácia total, como foco principal do tratamento tem se a prevenção de incapacidades do paciente, em alguns casos os pacientes são analisados até após o término do tratamento, sendo parte integrante do tratamento. A ficha de como o tratamento deve ser executado está em anexo neste projeto (Brasil, 2008).

Todos os meses o paciente deve ir a Unidade de Atenção Básica, para tomada de medicamentos e reavaliação das lesões de pele e do comprometimento neural, verificando a presença de neurites ou de estados reacionais. Se houver necessidade são apresentadas ao paciente, técnicas de prevenção de incapacidades e deformidades além do autocuidado que deve ser feito diariamente evitando possíveis complicações da doença. Assim como a terapia medicamentosa, medidas de avaliação e prevenção das incapacidades físicas e atividades de educação para a saúde deverão ser desenvolvidas para os pacientes (Silva et al., 2014).

### 1.3.5 Medidas de controle

O controle corresponde à adoção de um conjunto de medidas que objetivam reduzir incidência da doença. Pode-se considerar que a principal prevenção consiste em diagnóstico precoce, tratamento adequado, a atenção em saúde principalmente nos locais hiperendêmicos, redução da gravidade dos casos vigilância de contatos e tratamento dos infectados. É importante orientar o paciente para que realize o autoexame diário e evite traumatismos, calos, ferimentos e queimaduras (Silva, 2014; Vieira, 2015).

A prevenção representa umas das medidas de controle mais significativa, nesse sentido, toda e qualquer pessoa que resida, já tenha residido, conviva ou tenha convivido com uma pessoa infectada pela hanseníase, nos últimos cinco anos

anteriores ao diagnóstico da doença, podendo ser familiar ou não, deve ter atenção especial por apresentarem maior risco de adoecimento. Devem ser incluídas, também, as pessoas que mantenham convívio mais próximo, como vizinhos, colegas de trabalho e de escola, entre outros, devem ser investigados de acordo com o grau e tipo de convivência, ou seja, aqueles que tiveram contato muito próximo e prolongado com o paciente não tratado (Brasil, 2014).

A prevenção de incapacidades em hanseníase inclui um conjunto de medidas que visa evitar a ocorrência de danos físicos ou complicações, emocionais e socioeconômicos. Todo processo é realizado pelas unidades de saúde, mediante utilização de técnicas simples, como: educação em saúde, exercícios preventivos, adaptações de calçados, férulas, adaptações de instrumentos de trabalho e cuidados com os olhos; Detecção precoce e tratamento adequado das reações e neurites; vigilância de contatos; apoio à manutenção da condição emocional e integração social; e, realização de autocuidado (Brasil, 2016).

A promoção da saúde, uma das estratégias de organização da gestão e das práticas em saúde, não deve ser compreendida apenas como um conjunto de procedimentos que informam e capacitam indivíduos e organizações, ou que busca controlar determinantes das condições de saúde em grupos populacionais específicos (Barbosa et al, 2021), sua maior importância consiste na diversidade de ações possíveis para preservar e melhorar a qualidade de vida, indicando duas direções: integralidade do cuidado e construção de políticas públicas favoráveis à vida, mediante articulação intersetorial (Malta et al., 2009; Coelho et al, 2021).

Com o enfoque de detecção precoce e redução dos casos novos de Hanseníase, é necessário a investigação epidemiológica de todos os contatos intradomiciliares, incluindo realização do exame dermatoneurológico (EDN) de todos os contatos intradomiciliares dos casos novos do MH, repasse de orientações sobre período de incubação, transmissão, sinais e sintomas precoces da hanseníase, e orientações sobre a vacina Bacilo de Calmette-Guérin (BCG), além da aplicação da vacina, com orientações (Romanholo et al., 2018)

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2014), a vacina BCG, utilizada para prevenir a tuberculose, também ajuda no combate a Hanseníase. Deve ser aplicada nos contatos examinados sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da investigação, independente da classificação operacional do caso notificado. A aplicação da vacina depende da história vacinal ou da presença de cicatriz vacinal e deve atender às seguintes recomendações:

**Tabela 2.** Esquema de Vacinação com BCG.

Cicatriz Vacinal	Conduta	Nota
Ausência cicatriz BCG	Uma dose	• É importante considerar a situação de risco dos contatos possivelmente expostos ao vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras situações de imunodepressão, incluindo corticoterapia. Para doentes HIV positivos, seguir as recomendações específicas para imunização com agentes biológicos vivos ou atenuados.
Uma cicatriz de BCG	Uma dose	• Contatos de hanseníase com menos de 1 ano de idade, já comprovadamente vacinados, não necessitam da aplicação de outra dose de BCG.
Duas cicatrizes de BCG	Não prescrever	• Contatos de hanseníase em tratamento para tuberculose e/ou já tratados para esta doença não necessitam vacinação BCG profilática para hanseníase.

Fonte: Brasil (2014).

#### 1.4 Papel da Enfermagem no Controle e Cuidado da Hanseníase na Atenção Básica (AB)

Nas Unidades Básicas de Saúde o enfermeiro integra um processo coletivo do trabalho, atuando diretamente nas ações de controle da hanseníase seja individualmente com o portador, sua família ou comunidade, o qual desempenham papel



estratégico para atenção integral e humanizada voltada para os pacientes, além da organização dos serviços (Neves, 2017; Sales, 2011).

As ações desenvolvidas incluem o controle com busca de informações relacionadas ao diagnóstico precoce e tratamento do MH; supervisão do tratamento; atenção à presença de incapacidades e deformidades; gerenciamento de atividades das medidas de controle; prevenção; administração do sistema de registro da vigilância epidemiológica; efetivação de notificações compulsórias dos casos, para que a vigilância epidemiológica aconteça de forma eficaz. Vale ressaltar que a poli-quimioterapia possui dose supervisionada, onde a supervisão e execução são atribuições da enfermagem (Duarte et al, 2008).

O enfermeiro da AB configura-se como o profissional mais atuante no cuidado integral ao doente, acompanhando-o nas consultas mensais, bem como, supervisão dos medicamentos, contribuindo para o retorno do indivíduo à sociedade através da reabilitação física e social (Do Carmo Rodrigues et al, 2020). A consulta de enfermagem permite a elaboração de um plano de assistência em que o fazer, orientar, ajudar e supervisionar são ações que permitem uma assistência eficaz e de qualidade (Borges et al., 2017).

As atribuições do exercício do enfermeiro na AB, segundo Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), são:

I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos, como também, das famílias cadastradas sempre que indicado ou necessário, no domicílio, como também, nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; IV - Planejar, gerenciar, bem como, avaliar as ações desenvolvidas em conjunto com os outros membros da equipe; V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; VI - Participar do gerenciamento dos trabalhos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Básica (PNAB, 2012, p.45).

Além disso, o profissional de enfermagem é responsável por planejar, avaliar e gerenciar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); participar e contribuir positivamente para a educação permanente da equipe a qual faz parte; e participar do gerenciamento dos insumos da Unidade Básica de Saúde; aconselhar; imunizar; realizar de testes; tratar; fazer busca ativa de parceiros e apoio ao usuário para tomada de decisões informadas (De Oliveira et al, 2020). Além do mais, a consulta de enfermagem permite a elaboração de um plano de assistência em que o fazer, orientar, ajudar e supervisionar são ações que permitem uma assistência eficaz e de qualidade (Borges et al., 2017).

Diante disso, pode-se afirmar que em uma Unidade Básica de Saúde o enfermeiro é um instrumento com potencial de promover, em sua equipe, um processo de reflexão e revisão de suas práticas, para organização do serviço, buscando o aprimoramento dos cuidados de saúde (Freitas et al., 2008).

## 2. Materiais e Métodos

O trabalho desenvolvido representa uma revisão bibliográfica, de natureza descritiva. Segundo Conforto, Amaral e Silva (2011), a revisão bibliográfica consiste em expor as ideias de outros autores a cerca do tema discutido, fazendo reflexões críticas dos resultados encontrados. Para Kauark et al. (2010), a pesquisa descritiva baseia-se em um material elaborado a partir de outros materiais já publicados, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos. Baseia-se no aprofundamento do estudo sobre um determinado tema, buscando autores e obras que tratem do mesmo assunto ou semelhantes.

A busca nas bases de dados permitiu identificar 108 artigos para leitura e seleção da amostra, após análise dos textos foram selecionados 12 artigos que contemplaram os critérios de inclusão e exclusão. Para essa pesquisa, foram utilizados

artigos científicos encontrados nas seguintes bases de dados: da (Scientific Eletronic Libraly online (SCIELO); Banca Virtual de Enfermagem (BVS); Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Foram consideradas como critérios de inclusão publicações que seguiram os seguintes critérios:a) Procedência nacional; b) Artigos originais em Português (Brasil); c) Artigos publicados e indexados nos referidos bancos de dados desde 2008 até 2018. Os critérios de exclusão foram feitos a princípio com base no tema, logo após verificação do resumo, considerando: Materiais que não correspondem à temática do projeto; Outros idiomas; Publicações de fontes desconhecidas; Materiais sem data de publicação.

A coleta de dados se baseou na: identificação do artigo original; fonte de localização; análise de conteúdo para coleta de dados; para busca utilizou-se as palavras-chave: Hanseníase; Hanseníase e Enfermeiro; Unidade Básica. Para averiguar o conteúdo presente nos respectivos artigos encontrados, foi realizada, primeiramente, uma leitura dos resumos dos mesmos, selecionando os que estão relacionados à temática abordada. Por consequente, foi feita a leitura do artigo completo para elaboração da redação do trabalho.

### 3. Resultados

O Mal de Hansen, ainda representa um problema de saúde pública brasileira, em razão disso, o enfermeiro possui papel crucial na vida desses pacientes, pois age na prevenção, promoção, diagnóstico e tratamento (Franco et al., 2014). Diante da necessidade de identificar a importância do enfermeiro na prevenção e cuidado com pacientes acometidos pela Hanseníase, além da importância em descrever os motivos da alta prevalência da doença no Tocantins e apontar a relevância da educação em saúde e o controle da hanseníase, foi possível elaborar um quadro sinóptico com 12 artigos, em ordem cronológica decrescente entre os anos de 2017 a 2008.

**Quadro 1.** Demonstrativo dos artigos utilizados para esta pesquisa.

Ano	Autor	Título	Revista	Síntese
2017	Bastos, W. M.	Características sociodemográficas e epidemiológicas da hanseníase do município de Palmas/Tocantins.	Universidade Federal da Bahia	Palmas é um dos municípios mais endêmicos do estado do Tocantins. De acordo com o resultado foi possível observar que a prevalência é maior em pessoas que possui nível de escolaridade até o ensino médio.
2017	Chaves, E. C. et al.	Índice de carência social e hanseníase no estado do Pará em 2013: análise espacial.	Epidemiol. Serv. Saude.	Segundo autores, as questões ambientais, como o desmatamento associado à pobreza, estão relacionados aos ricos de infecção pela patologia.
2017	Freitas, L. R. S.; Duarte, E. C.; Garcia, L. P.	Análise da situação epidemiológica da hanseníase em uma área endêmica no Brasil: distribuição espacial dos períodos 2001 – 2003 e 2010 – 2012.	Rev. Bras. Epidemiol.	A hanseníase é composta por mitos e estigmas que dificultam o seu diagnóstico e tratamento, por essa razão, é necessário medidas que leve informações coerentes a população a respeito dessa infecção. A falta de conhecimento consiste no maior causador de negligência dos indivíduos.
2017	Freitas, D. V.; Xavier, S. S.; Lima, M. A. T.	Perfil Epidemiológico da Hanseníase no Município de Ilhéus-BA, no Período de 2010 a 2014.	Rev.J. Health. Sci.	De acordo com o artigo, o nível de escolaridade influencia diretamente no ciclo de transmissão da Hanseníase, segundo autores, pessoas infectadas são em sua maioria desinformadas, sem conhecimento algum sobre essa doença.
2015	Marinelli, N. P.; Silva, A. R. A.; Oliveira, D. N. S.	Sistematização da assistência de enfermagem.	Revista Enfermagem Contemporânea	O enfermeiro precisa compreender seu papel no cuidado prestado ao paciente. A assistência em enfermagem consiste num método de olhar holístico e humanizado, no qual o paciente se vê acolhido.
2015	Savassi, L. C. M.; Modena, C. M.	Hanseníase e a atenção primária: desafios educacionais e assistenciais na perspectiva de médicos residentes.	Rev. Hansen. Int.	A atenção primária é o nível de atenção privilegiado para ações de controle da hanseníase, doença estigmatizante, que ainda não foi controlada. Para os autores, a razão pela falta de controle relaciona-se a questões sociais, demográficas e culturais.
2014	Franco, M. C. A. et al.	Perfil de casos e fatores de risco para hanseníase, em menores de quinze anos, em município	Revista Paraense de Medicina.	Segundo estudo, os autores afirmam que o conhecimento leigo sobre a Hanseníase consiste no maior fator de risco para as altas taxas de transmissão.

		hiperendêmico da região norte do Brasil.		
2014	Silva, A. H.	O papel do enfermeiro na promoção de saúde e prevenção de hanseníase.	Universidade federal de minas gerais	O enfermeiro desempenha papel crucial nas unidades básicas de saúde. É ele quem tem o primeiro contato com o paciente e na maioria das vezes faz o diagnóstico. Nesse sentido, tratar não é o bastante, é preciso quebrar as barreiras que propicia a transmissão da doença.
2014	Silva, R. C. C. et al.	Estigma e preconceito: realidade de portadores de Hanseníase em unidades prisionais.	J. res.: fundam. care. Online.	A Hanseníase precisa ser vista de forma integral, não apenas como uma doença curável, mas como uma infecção responsável por preconceitos e exclusão social.
2013	Souza, E. B. et al.	Percepções da doença e do Tratamento pelos pacientes Tratados de hanseníase Residentes em Palmas-Tocantins.	Hansenologia Internationalis.	Os autores apontam que fatores sociais e o preconceito são relevantes na incidência de casos de hanseníase em Palmas - TO
2009	Nunes, J. M.; Oliveira, E. N.; Vieira, N. F. C.	Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas acometidas.	Artigo Article.	Os autores relatam que a falta de conhecimento da população se relaciona, a falta de interesse dos enfermeiros em promover estratégias que faça esse assunto chegar à comunidade.
2008	Santos, A. S.; Castro, D. S.; Falqueto, A.	Fatores de risco para transmissão da Hanseníase.	Rev. Bras. Enferm. Brasília.	Em pesquisa os autores afirmam que é importante o enfermeiro orientar os familiares de portadores do MH sobre os riscos de contágio e alertando sobre os cuidados que devem ser tomados, assim, evitar ciclos de transmissão.

Fonte: Elaborado pelo próprio pesquisador (2018).

## 4. Discussão

### 4.1 Hanseníase, Importância do Conhecimento Para Prevenção

A Hanseníase constitui-se em uma doença infecciosa, crônica de evolução lenta, no entanto curável, que há séculos vem sendo um desafio quando se trata de controle epidemiológico. Seu diagnóstico ainda provoca grande impacto psicossocial, pelos preconceitos que a envolvem. Por ser uma doença incapacitante, alguns portadores de hanseníase queixam que a doença lhes causa moderadas dores por todo o corpo, pondo em risco a harmonia de sua vida, impedindo-os de trabalhar e realizar tarefas diárias, impondo limitações às suas atividades, acarretando verdadeiras mudanças em suas vidas, como também a diminuição das atividades de lazer e sociais. O tratamento é fornecimento gratuitamente na rede pública de saúde, todavia, o prazo para tratamento ainda é longo, o que, muitas vezes, causa abandono (Franco et al., 2014; Nunes et al., 2009).

De acordo com Souza et al. (2013) o MH possui cura, mas do ponto de vista sociocultural é vista de forma negativa, envolvida por tabus, preconceitos e fanatismo religioso, por esse motivo, precisa ser entendida de forma integral, como aquela que afeta a vida social e desestabiliza a autoestima do paciente. Segundo Silva et al. (2014), a exclusão, o preconceito e a discriminação encontram-se consolidados no pensamento da sociedade dificultando ainda mais seu enfrentamento e o convívio com as demais pessoas, tornando-se necessário resgatar sua autoestima, recuperar seus vínculos e reintegrá-lo à sociedade. Os autores acreditam que os estigmas acerca da doença, muitas vezes, são causados pela falta de informação.

Existem muitos fatores no risco a infecção pela patologia, um deles seria a falta de informação, algo simples que pode ser aderido pelas unidades básicas, mas, infelizmente, muitos profissionais têm vedado os olhos e negligenciado a endemia, podemos afirmar isso por meio das falas de Savassi e Modena (2015) que a infecção pela doença está ligada a falta de informação, sua cura depende do diagnóstico precoce e um tratamento sem falhas, por essa razão, a atenção primária possui nível de atenção privilegiada para ações de controle e combate da hanseníase, pois o diagnóstico é clínico e seu tratamento não exige custos elevados nem instrumentos de maior complexidade tecnológica e mesmo assim as taxas de novos casos são assustadores.

Como já foi mencionado, existem alguns fatores predisponentes para infecção pelo MH, segundo Freitas, Xavier e Lima (2017), as pessoas mais vulneráveis, incluídas no grupo de alto risco, são aquelas com baixa escolaridade, além de maiores índices de morbidade pela infecção, esse grupo de indivíduos costuma interromper o tratamento por não entender a importância ou simplesmente apresentar dificuldade de compreensão de receituários complexos.



Nunes et al. (2009), acreditam que o principal motivo de tantas infecções se dá pelo preconceito e a visão distorcida que a população tem sobre a infecção. Eles afirmam, através das entrevistas que realizaram que, boa parte da população já ouviu falar da doença, sabem que é altamente contagiosa, mas notou-se que o conhecimento é limitado, ainda existe a necessidade de ampliar essas informações. É nesse processo que o enfermeiro entra, criando medidas de educação em saúde. Para quem já se trata, o profissional precisa informar que o tratamento não deve, sob hipótese alguma, ser interrompido. Os autores comentam ainda que há altas taxas de desistência do tratamento, nos relatos da entrevista eles puderam notar que os pacientes alegam efeitos indesejados advindos pelo tratamento medicamentoso.

Santos et al. (2008), dizem que o maior desafio no diagnóstico dessa patologia não é a falta de informação, os autores puderam chegar a essa conclusão após entrevista com pessoas infectadas, o qual, 69% dos indivíduos referiram ter procurado o posto de saúde devido ao aparecimento de manchas pelo corpo, ou seja, as pessoas sabem que manchas pelo corpo podem representar sim indícios da doença. Eles ainda notaram que apesar de um dos fatores de vulnerabilidade está ligado ao saneamento básico precário, viu que 75% dos doentes possuíam água tratada. Esse resultado nos leva a pensar no que realmente compete risco para contaminação, levando a crer que o maior desafio a ser enfrentado é acima de tudo os preconceitos que impedem a aceitação do tratamento.

#### **4.2 Determinantes de Endemia da Hanseníase no Tocantins**

Segundo Chaves et al. (2017), o Brasil representa o segundo país com maior número em novos casos. Através dos dados públicos do Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação do período de 2001 a 2015, constatou-se que houve uma redução significativa no número de novos casos, no entanto, dos onze estados hiperendêmicos desde 2001, permanecem o Mato Grosso, Tocantins e Maranhão.

Palmas caracteriza-se como o município mais hiperendêmico do estado do Tocantins, no final de 2015 ela ocupava a 25ª posição no ranking de municípios brasileiros com mais novos casos, além disso, nesse mesmo ano, a eliminação da hanseníase na capital era projetada para meados de 2020. Um projeto-intervenção com ênfase nas equipes de Atenção Primária à Saúde foi implementado em 2016 para acelerar o processo de eliminação da infecção. Entre 2001 a 2016 foram detectados 2.967 novas infecções, com base nesses dados foi constatado que 55,9% dos casos eram do sexo masculino, 8,1% jovens com idade de 15 anos, 58,3% possuíam a cor parda, 75,2% tinham nível médio como escolaridade máxima, sendo que 5,7% eram analfabetos (Bastos, 2017).

Para Freitas et al. (2017), as razões que colocam o Tocantins em um dos estados com maior risco de infecção estão relacionado às altas taxas de analfabetismo, precariedade dos municípios, saneamento inadequado (maior parte dos municípios não possuem saneamento básico), muitas pessoas residindo na mesma casa e maior desigualdade de renda. Além disso, já existem evidências de associação entre o desmatamento intenso e a incidência da hanseníase.

Corroborando, Bastos (2017) aponta os aspectos socioeconômicos (pobreza e baixa renda) como fatores de risco para infecção do Mal de Hansen. Os autores afirmam que transmissão da patologia está ligada à pobreza devido a uma multiplicidade de fatores, incluindo menor educação, menor acesso aos serviços de saúde e medicamentos necessários, bem como habitação temporária precária e superlotada; falta de saneamento e higiene.

Souza et al. (2013) diz que a pessoa com essa patologia deve ter acompanhamento durante todo tratamento, no entanto, infelizmente isso não ocorre em Palmas e em outras regiões do Tocantins. Os autores justificam sua afirmação com base nos altos níveis de incapacidade física e a perpetuação da exclusão social. Afirmam ainda que há falta de divulgação de informações sobre a hanseníase, seu contágio, manifestações clínicas e evolução, por parte dos profissionais e serviços de saúde, tal fator contribui para a persistência da incompreensão dos pacientes sobre sua própria enfermidade.

### 4.3 A Importância da Enfermagem no Controle da Hanseníase

O enfermeiro tem conhecimento que o preconceito e o isolamento social das pessoas acometidas pelo MH são os maiores fatores de predisposição para transmissão. Por essa razão, são necessárias estratégias que vise minimizar o estigma social que envolve a patologia tais como ações de educação em saúde e diálogo entre os envolvidos (Nunes et al., 2009).

De acordo com Souza et al. (2013) é importante que o profissional da saúde ajude o paciente a encontrar um significado à doença a partir do diálogo, colocando-se como auxiliador no processo de tratamento para o estabelecimento de uma boa relação. Muitas vezes, a baixa escolaridade, a incompreensão pelos profissionais ou a vergonha desses pacientes em esclarecer suas dúvidas junto aos profissionais dificulta o sucesso do tratamento. O auxílio deve estender-se aos familiares do paciente, pois eles podem apresentar atitudes de rejeição.

Para Silva (2014) o atendimento profissional é o momento de dialogar e compartilhar informações, dessa forma, realizar um diagnóstico preciso. É justamente nas consultas médicas e de enfermagem que cerca de 60 a 80% dos diagnósticos e decisões sobre o tratamento são realizados. No decorrer do tratamento deve-se oferecer apoio, levantando as principais ansiedades acerca da doença, para que possa orientar quanto à prevenção de incapacidades, autocuidado e em como administrar o uso de medicamentos, também, informar sobre os principais efeitos adversos. Nesse sentido, acreditamos que o enfermeiro deve incorporar a SAE e o na atenção voltada à pessoa com MH e os envolvidos, para Marinelli et al. (2016), adotar a SAE é capacitar a enfermagem de cientificidade, promovendo o cuidado e visando o holístico.

## 5. Considerações

A pesquisa permitiu descobrir que a Hanseníase continua sendo um sério problema de saúde pública, principalmente no estado do Tocantins, e para combater de fato esse mal exigirá tempo e um trabalho rigoroso. Entende-se que a Atenção Básica representa o meio mais fácil para se ter acesso a população, no qual o enfermeiro pode por em práticas as ações completas para identificar os diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, assim podendo descrever e prestar assistência a todos os problemas do paciente.

Os resultados do estudo, apesar de apontarem, de um modo geral, a desinformação e o preconceito como principal causador de transmissão e agravos pela doença, também demonstra que problemas como a precariedade de saneamento básico, pobreza e analfabetismo como fatores de vulnerabilidade.

Pode-se notar que a Hanseníase deixa marca na vida dos pacientes, marcas que interfere em todo processo de cura. A partir do estudo foi possível perceber a amplitude de problemas sociais e psicológicos que o doente enfrenta, e do quanto esses fatores interferem no sucesso do tratamento. No trabalho descrito, percebe-se que na maioria dos casos, os pacientes são tomados pelo temor, dúvida, dor e isolamento social. Nota-se que a o Mal de Hansen deixa marcas, não apenas físicas, mas marcas na alma que são firmadas pelo preconceito ainda muito comum entre a sociedade.

Por fim, é possível constatar que há déficits de conhecimento sobre a doença entre os usuários dos serviços de saúde. Esperamos que o estudo possa contribuir para o aprimoramento da assistência em enfermagem junto ao paciente, especialmente os profissionais das Unidades Básicas de Saúde, pois estes estão mais próximos da população e possuem mais espaço para promover estratégias voltadas para o diagnóstico precoce da doença e a quebra de estigmas formados pela falta de informação.

As limitações encontradas na elaboração deste trabalho baseia-se na falta de materiais acadêmicos que mostrasse a atuação do enfermeiro diante de pacientes com resistência ao tratamento e em casos de abandono do tratamento, dessa forma, recomendamos mais pesquisas que mostre como o enfermeiro deve se comportar frente a esses casos.

Sugerimos medidas de educação permanente que sensibilize os profissionais de enfermagem a adotar medidas educacionais que leve informação a população sobre o que realmente a Hanseníase é para que possamos quebrar esse ciclo de

preconceito que atrapalha o tratamento e a recuperação dos acometidos por esse mal. O enfermeiro precisa se atentar aos que se tratam e fazer busca de faltosos, acolher, oferecer apoio e se necessitar cuidado multiprofissional.

## Referências

- Alves, E. D., Ferreira, T. L., & Ferreira, I. N. (2014). Hanseníase avanços e desafios. [Http://www.morhan.org.br/views/upload/hanseniasevancoes.pdf](http://www.morhan.org.br/views/upload/hanseniasevancoes.pdf)
- Barbosa, K. K., Silva, R. A. N., Barbosa, D. A., & Abrao, K. R. (2021). Metodologias ativas na aprendizagem significativa de enfermagem. *Humanidades & Inovação*, 8(44), 100-109.
- Bastos, W. M. (2017). *Características sociodemográficas e epidemiológicas da Hanseníase do município de palmas – Tocantins*. 2017. Universidade federal da Bahia instituto de saúde coletiva programa de pós-graduação em saúde coletiva Mestrado profissional em saúde coletiva. Salvador – BA. [Http://bdtd.ibict.br/vufind/record/ufba-2\\_2f90787f7a458c92f020d24aaff8b7de?>](http://bdtd.ibict.br/vufind/record/ufba-2_2f90787f7a458c92f020d24aaff8b7de?).
- Borges, W. M. et al. (2017). O papel do enfermeiro no tratamento básico da hanseníase: Uma revisão integrativa. *Revista saúde*. [Http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/3092](http://revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/3092).
- Brasil. (2008). Ministério da saúde. *Hanseníase e direitos humanos: direitos e deveres dos usuários do SUS*. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/08\\_0317\\_m.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/08_0317_m.pdf)
- Brasil. (2012). Ministério da saúde. PNAB. *Política Nacional de Atenção Básica*. 2012. Disponível em:< <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> >.
- Brasil. (2014) Ministério da saúde. *Medidas de prevenção e controle para hanseníase*. <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/hanseniase/medidas-de-prevencao-e-controle>
- Brasil. (2016). Ministério da saúde. *Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública*. Secretaria de vigilância em saúde departamento de vigilância das doenças transmissíveis.
- Brasil. (2017). Ministério da saúde. *Guia prático sobre a hanseníase*. <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/22/guia-pratico-de-hanseniase-web.pdf>
- Carneiro, V. C. F. C. (2012). Sistema de monitoramento para o acompanhamento da Hanseníase: uma tentativa de integração da estratégia de saúde da família (ESF), a Vigilância epidemiológica e o núcleo de apoio ao saúde da família (NASF). Fundação Oswaldo Cruz Centro de pesquisas Aggeu Magalhães especialização em Gestão de sistemas e serviços de saúde. Recife. [Http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012carneiro-vfc.pdf](http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2012carneiro-vfc.pdf)
- Chaves, E. C. et al. (2017). Índice de carência social e hanseníase no estado do Pará em 2013: análise espacial. *Epidemiol. Serv. Saude*. 807-816, [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s2237-96222017000400807&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s2237-96222017000400807&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Chaves, A. S. C., de Jesus, L. M., Lopes, D. A., Rosa, C. M., & Abrão, R. K. (2019). Práticas e saberes dos cuidadores de idosos com Alzheimer: a invisibilidade do enfermeiro. *Revista Uniabeu*, 12(30).
- Coelho, E. S., Magalhaes, M. D., Abrão, R. K., & Cavalcante, G. F. (2021). A atuação da equipe de enfermagem junto a infertilidade. *Multidebates*, 5(2), 216-230.
- Cofen. Conselho federal de enfermagem (1987). Decreto n 94.406/87 regulamenta a lei n° 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. [http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687\\_4173.html](http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html).
- Cofen. Conselho federal de enfermagem (1986). Lei n. 7.498/86, de 25 de junho de 1986. 1986. [http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html)
- Conforto, C. E., Amaral, D. C., & Silva, S. L. (2011). *Roteiro para revisão Sistemática: aplicação no desenvolvimento de produtos e gerenciamento de Projetos*. 8º congresso brasileiro de gestão de desenvolvimento de produto, [https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-Br&as\\_sdt=0%2c5&as\\_ylo=2007&as\\_yhi=2017&q=roteiro+para+revis%C3%A3o+biBliografica+sistem%C3%A1tica&btnG=](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-Br&as_sdt=0%2c5&as_ylo=2007&as_yhi=2017&q=roteiro+para+revis%C3%A3o+biBliografica+sistem%C3%A1tica&btnG=)
- do Carmo Rodrigues, C. F., Alves, M. M. M., Brustulin, R., & Ferreira, R. K. A. (2020). Avaliação do Controle do HIV/Aids na Atenção Primária em Palmas/TO. *Research, Society and Development*, 9(9), e372997126-e372997126.
- de Oliveira, L. L. S., Lima, T. O. S., Silva, R. A. N., Silva, R. M. O., Abreu, V. P. L., & Ferreira, R. K. A. (2020). Atuação do enfermeiro na assistência a mulher com câncer de ovário. *Research, Society and Development*, 9(9), e43996962-e43996962.
- Duarte, M. T. C., Ayres, J. A., & Simonetti, J. P. (2008). Consulta de enfermagem ao Portador de hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de Enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*. [Http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0034-71672008000700019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-71672008000700019)
- Fernandes, k. B., Alves, D. M., & Manguera, J. O. (2014). Fatores de risco para a Transmissão da hanseníase. *Efdeportes.com, revista digital*. Buenos Aires, nº 195. <http://www.efdeportes.com/efd195/fatores-derisco-para-hanseniase.htm>.
- Franco, M. C. A. et al. (2014). Perfil de casos e fatores de risco para hanseníase, em Menores de quinze anos, em município hiperendêmico da região norte do Brasil. *Revista paraense de medicina*. V.28 [Http://files.bvs.br/upload/s/0101-5907/2014/v28n4/a4635.pdf](http://files.bvs.br/upload/s/0101-5907/2014/v28n4/a4635.pdf)
- Freitas, C. A. S. et al. (2008). Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase no Território da estratégia da saúde da família: percepções de enfermeiro e pacientes. *Rev. Bras. Enferm. Brasília*. [Http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-71672008000700017&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-71672008000700017&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Freitas, D. V., Xavier, S. S., & Lima, M. A. T. (2017) Perfil epidemiológico da hanseníase. No município de ilhéus-BA, no período de 2010 a 2014. *Rev.j Health. Sci*. [Http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/jhealthsci/article/view/5008](http://pgsskroton.com.br/seer/index.php/jhealthsci/article/view/5008)

- Freitas, I. R. S., Duarte, e. C., & Garcia, P. (2017). Análise da situação Epidemiológica da hanseníase em uma área endêmica no Brasil: distribuição Espacial dos períodos 2001 – 2003 e 2010 – 2012. *Rev. Bras. Epidemiol.* P. 702-713. [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1415-790x2017000400702&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1415-790x2017000400702&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Kauark, F. S., Manhães, F. C., & Medeiros, C. H. (2010). *Metodologia da pesquisa, um Guia prático*. <http://197.249.65.74:8080/biblioteca/bitstream/123456789/713/1/metodologia%20da%20pesquisa.pdf>
- Lastória, J. C., & Abreu, M. A. M. M. (2012). *Hanseníase: diagnóstico e tratamento*. <http://files.bvs.br/upload/s/1413-9979/2012/v17n4/a3329.pdf>
- Malta, d. C. et al (2009). A política nacional de promoção da saúde e a agenda da atividade física no contexto do sus. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 18(1), [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=s1679-49742009000100008&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?pid=s1679-49742009000100008&script=sci_arttext&tlng=es)
- Marinelli, N. P., Silva, A. R. A., & Oliveira, D. N. S. (2016). Sistematização da Assistência de enfermagem. *Revista enfermagem contemporânea*. P. 254-263, [https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-Br&as\\_sdt=0%2c5&q=sistematiza%20a7%20a3o+da+assist%20ancia+de+enfermagem&btnG](https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-Br&as_sdt=0%2c5&q=sistematiza%20a7%20a3o+da+assist%20ancia+de+enfermagem&btnG)
- Neves, T. V. (2017) Qualidade dos registros nos prontuários de pacientes de hanseníase no município de palmas, tocantins, no período de 2011 a 2014. Universidade federal do Tocantins pró-reitoria de pesquisa e pós-graduação programa de pós-graduação em ciências da saúde. Palmas-TO.
- Nunes, J. M., Oliveira, E. N., & Vieira, N. F. C. (2009) Hanseníase: conhecimentos e Mudanças na vida das pessoas acometidas. [Http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1413-81232011000700065](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-81232011000700065)
- Oliveira, R. M., Santana, T. P., & Ferreira, R. K. A. (2021). A aplicação dos princípios da Bioética no Ensino Superior. *Revista eletrônica pesquiseduca*, 13(30), 619-632.
- Oliveira, L. L. S. de, Lima, T. O. S., Silva, R. A. N., Silva, R. M. O., Abreu, V. P. L., & Ferreira, R. K. A. (2020). Atuação do enfermeiro na assistência a mulher com câncer de ovário. *Research, Society and Development*, 9(9), e43996962. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.6962>
- Romanholo, H. S. B. et al. (2018). Vigilância de contatos intradomiciliares de hanseníase: Perspectiva do usuário em município hiperendêmico. *Rev bras enferm*. [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt\\_0034-7167-reben-71-01-0163.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n1/pt_0034-7167-reben-71-01-0163.pdf)
- Sales, A. M. (2011). *Controle da hanseníase: detecção precoce através do exame de contatos e avaliação do tratamento dos pacientes submetidos a 12 doses da poliquimioterapia (pq/oms)*. 2011. Universidade do estado do rio de janeiro centro biomédico instituto de medicina social. [Http://www.btdt.uerj.br/tde\\_arquivos/44/tde-2012-08-01t151250z-2420/publico/tese-anna%20maria%20sales.pdf](http://www.btdt.uerj.br/tde_arquivos/44/tde-2012-08-01t151250z-2420/publico/tese-anna%20maria%20sales.pdf)
- Santos, A. S., Castro, d. S., & Falqueto, A. (2008). Fatores de risco para transmissão Da hanseníase. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília. [Http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nsp/a14v61esp.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nsp/a14v61esp.pdf)
- Savassi, L. C. M., & Modena, C. M. Hanseníase e a atenção primária: desafios Educacionais e assistenciais na perspectiva de médicos residentes. *Rev. Hansen.Int*. <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/ses-34038>
- Silva, a. H. O papel do enfermeiro na promoção de saúde e prevenção de hanseníase. 2014. Universidade federal de minas gerais curso de especialização em atenção básica em saúde da família. Teófilo Otoni– Minas Gerais. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6160.pdf>.
- Schwartz, S., Vieira, M. A., Rodrigues, A. C. S., & Ferreira, R. K. A. (2020). Estratégias para o trabalho com textos na universidade. *Research, Society and Development*, 9(8), e790986209. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6209>
- Silva, R. C. C. et al. (2014). Estigma e preconceito: realidade de portadores de Hanseníase em unidades prisionais. *J. Res.: fundam. Care. Online*. P. 493-506. <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750622006>>.
- Silva, B. C., Martins, G. D. S. M., Silva, M. R. L., Chaves, R. G. R., Silva, A. R. A., & Ferreira, R. K. A. (2021). A importância da equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *facit business and technology journal*, 1(31).
- Sinan. Sistema de informação de agravos de notificação. Ficha de notificação/ investigação hanseníase. 2007. [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0098\\_m.pdf](bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0098_m.pdf)
- Souza, e. B. Et al. (2013) Percepções da doença e do tratamento pelos pacientes Tratados de hanseníase residentes em palmas-Tocantins. *Hansenologia Internationalis*. 56-60. <http://docplayer.com.br/55825337-Percepcoes-da-doenca-e-do-tratamento-pelos-pacientes-tratados-de-hanseniaseresidentes-Em-palmas-tocantins.html>
- Souza, M. M., Netto, e. M., & Farias, M.C. A. D. (2018). Ferramentas no diagnóstico da Hanseníase: o convencional e as inovações. *Revista brasileira de medicina*. [Http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=5547](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5547)
- Souza, M. F., Vanderlei, C. M., & Frias, P. G. (2017) Avaliação da implantação do Programa de controle da hanseníase em camaragibe, Pernambuco. *Epidemiol. Serv. Saude*, Brasília, p. 817-834, [Http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n4/2237-9622-ress-26-04-00817.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n4/2237-9622-ress-26-04-00817.pdf) >.
- Tocantins. Governo do estado do Tocantins. *Combate a hanseníase: Tocantins receberá carreta para realização de diagnósticos da doença*. 2018. <https://saude.to.gov.br/noticia/2018/2/2/combate-a-hanseniasse-tocantins-recebera-carreta-para-realizacao-de-diagnosticos-da-doenca/>
- Uma-sus. (2014). *Universidade aberta do SUS*. Hanseníase na atenção básica: reações hanseníacas..
- Ura, S., & Opromolla, D. V. A. (2009). *Atlas de hanseníase*. Bauru. 80p.
- Vieira, N. F. *Avaliação da atenção primária à saúde nas ações de controle da Hanseníase no município de Betim, Minas gerais*. 2015. Escola de enfermagem da UFMG. [Http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ando-9vmjks](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ando-9vmjks)