

**Delvane da Silva Oliveira
Maria Beatriz Pereira da Silva
Paulo Henrique Vieira de Macedo
Sebastião Moreira Maranhão Filho
Emanuella Pereira de Lacerda**

**HANSENÍASE: Desafios encontrados
na detecção precoce por enfermeiros
da Estratégia Saúde da Família no
município de Paulo Ramos-MA**

DELVANE DA SILVA OLIVEIRA
MARIA BEATRIZ PEREIRA DA SILVA
PAULO HENRIQUE VIEIRA DE MACEDO
SEBASTIÃO MOREIRA MARANHÃO FILHO
EMANUELLA PEREIRA DE LACERDA

**HANSENÍASE: desafios encontrados na detecção precoce por
enfermeiros da Estratégia Saúde da Família no município de
Paulo Ramos-MA**

2021 by Editora Alfa Ciência
Copyright © Editora Alfa Ciência
Copyright do Texto © 2021 Os autores
Copyright da Edição © 2021 Editora Alfa Ciência
Direitos para esta edição cedidos à Editora Alfa Ciência pelos autores.
As ilustrações e demais informações contidas desta obra são integralmente de
responsabilidade dos autores.

Capa: Designed by Editora Alfa Ciência

Imagem da Capa: Adaptada de Designed by br.freepik.com

Diagramação e Edição de Arte: Editora Alfa Ciência

Revisão: Os Autores

CORPO EDITORIAL

Editor Chefe:

Dr. Charlyan de Sousa Lima

Editora Adjunta:

Me. Bruna Cruz Magalhães

Conselho Editorial

Dr. Cláudio Gonçalves da Silva

Dr. Diego Amorim dos Santos

Dr. Ivandro Carlos Rosa

Dra. Karlyene Sousa da Rocha

Dra. Kaiomi de Souza Oliveira Cavalli

Dra. Larissa Brandão Portela

Dr. Leonardo De Ross Rosa

Dra. Luana Lopes Padilha

Dra. Marcele Scapin Rogerio

Dra. Mayara da Cruz Ribeiro

Dr. Nítalo André Farias Machado

Dra. Paula Michele Lohmann

Dr. Renato Santiago Quintal

Dr. Ricardo Alves de Araújo

Dra. Thiessa Maramaldo de Almeida Oliveira

Dr. Wellyson da Cunha Araújo Firmo

Diagramação: Editora Alfa Ciência
Edição de Arte: Editora Alfa Ciência
Revisão: Os Autores
Autores: Delvane da Silva Oliveira
Maria Beatriz Pereira da Silva
Paulo Henrique Vieira de Macedo
Sebastião Moreira Maranhão Filho
Emanuella Pereira de Lacerda

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Hanseníase: desafios encontrados na detecção precoce por enfermeiros da estratégia saúde da família no município de Paulo Ramos-MA [livro eletrônico] / Delvane da Silva Oliveira... [et. al]. -- 1. ed. -- Chapadinha, MA: Editora Alfa Ciência, 2021.
PDF

Outros autores: Maria Beatriz Pereira da Silva, Paulo Henrique Vieira de Macedo, Sebastião Moreira Maranhão Filho, Emanuella Pereira de Lacerda
Bibliografia
ISBN 978-65-994498-3-3

1. Cuidados médicos 2. Família - Saúde - Instrução de enfermeiros 3. Hanseníase 4. Hanseníase - Prevenção 5. Hanseníase - Tratamento 6. Política de saúde - História - Paulo Ramos (MA) I. Oliveira, Delvane da Silva. II. Silva, Maria Beatriz Pereira da. III. Macedo, Paulo Henrique Vieira de. IV. Maranhão Filho, Sebastião Moreira. V. Lacerda, Emanuella Pereira de

21-61695

CDD-614.542

Índices para catálogo sistemático:

11. Profissionais da saúde: Relações assistenciais:
Hanseníase: Saúde 614.542
Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

O conteúdo do livro, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. O download da obra e o seu compartilhamento somente são autorizados desde que sejam atribuídos créditos aos autores, sem alterá-la e de nenhuma forma utilizá-la para fins comerciais.

Editora Alfa Ciência

Chapadinha – Maranhão – Brasil
(98) 98585-2320
www.editoraalfaciencia.com.br
publicacao.alfaciencia@gmail.com
contato.alfaciencia@gmail.com

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
Capítulo 01	7
HANSENÍASE: REFERENCIAL TEÓRICO SOBRE SEU PANORAMA PATOLÓGICO	7
Conceito	7
Breve Histórico.....	8
Etiologia.....	10
Fisiopatologia.....	11
Período de Incubação e Transmissão da Hanseníase	12
Sintomatologia Clínica	13
<i>Sinais e Sintomas Dermatológicos</i>	13
<i>Sinais e Sintomas Neurológicos</i>	13
Formas Clínicas.....	14
<i>Forma Indeterminada</i>	14
<i>Forma Tuberculóide (HT)</i>	15
<i>Forma Virchowiana</i>	15
<i>Forma Dimorfa</i>	16
Classificação Operacional	17
Diagnóstico da Hanseníase	17
<i>Diagnóstico Diferencial em Relação a Outras Doenças Dermatológica</i>	17
<i>Diagnóstico Diferencial em Relação a Outras Doenças Neurológicas</i>	19
Tratamento	20
Episódios Reacionais.....	20
Prevenção de Incapacidades Físicas e Autocuidado ao Portador de Hanseníase	21
Profilaxia e Ações de Controle.....	23
Papel dos Profissionais da ESF no Atendimento ao Paciente Portador de Hanseníase	24

<i>Atribuições do Médico</i>	24
<i>Atribuições do Enfermeiro</i>	24
<i>Atribuições do Técnico de Enfermagem</i>	25
<i>Atribuições do Agente Comunitário de Saúde</i>	26
Intervenções do Enfermeiro no Controle da Hanseníase na ESF	26
Capítulo 02	29
MATERIAIS E MÉTODOS – A Pesquisa	29
Tipo de Pesquisa	29
Local da Pesquisa	29
Instrumentos da Coleta de Dados	29
População e Amostra.....	29
Coleta de Dados	30
Análise dos Dados	30
Crterios de Inclusão	30
Aspectos Éticos e Legais	30
Capítulo 03	31
RESULTADOS E DISCUSSÃO: A Pesquisa	31
CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	48
AUTORES	51

APRESENTAÇÃO

Desde que descoberta no mundo, a hanseníase como toda doença, foi temida por muitos anos devido à falta de conhecimento das manifestações clínicas e seu complexo tratamento, o que gerou na sociedade um comportamento de desprezo aos portadores da doença.

A hanseníase representa ainda hoje um problema de saúde pública, doença de fácil tratamento e cura, apresenta um ponto negativo para a eliminação, a não aceitação da doença por parte do portador, favorecendo com isso o aumento do número de casos, prováveis complicações por tratamento tardio e a transmissibilidade da doença.

O estudo em questão foi realizado com a finalidade de detectar os fatores que levam o município de Paulo Ramos – MA ao alto índice de casos de hanseníase, apresentando propostas de assistência na estratégia de saúde da família, usada como base para uma possível solução. Houve o questionamento dos profissionais a respeito do problema encontrado, o que contribuiu de forma relevante para a realização desse trabalho.

Por ser um problema de saúde pública, hoje há um grande interesse por parte dos profissionais no controle epidemiológico dessa doença, através de uma educação continuada, visando esclarecer a população em relação às formas de contágio, tratamento e prevenção com a expectativa de redução e controle da doença no município.

Com base no problema encontrado a pesquisa teve como objetivo geral analisar a incidência dos casos de hanseníase, especificando tais objetivos em levantar os casos notificados, identificar as principais formas clínicas diagnosticadas e demonstrar o nível de dificuldade encontrado pelos enfermeiros na detecção precoce e tratamento da hanseníase no município de Paulo Ramos-MA.

HANSENÍASE: REFERENCIAL TEÓRICO SOBRE SEU PANORAMA PATOLÓGICO

Conceito

A hanseníase que também é conhecida como “lepra”, “morféia”, “mal de lázaro”, “mal da pele” e “mal do sangue”, está presente em todo o mundo e tem em sua trajetória histórica relacionada à imagem de mutilação, rejeição e exclusão social (SILVA et al., 2010).

É uma doença infecciosa, crônica, de grande importância para a saúde pública devido à sua magnitude e seu alto poder incapacitante, atingindo principalmente a faixa etária economicamente ativa (BRASIL 2008).

Encontra-se em (Brasil, 2010, p. 206) a seguinte afirmação:

A hanseníase é uma doença crônica, granulomatosa, proveniente de infecção causada pelo *Micobacterium leprae*. Esse bacilo tem alta infectividade e baixa patogenicidade; essas propriedades dependem além de, além das características intrínsecas do bacilo, de sua relação com o hospedeiro e o grau de endemicidade do meio. O alto potencial incapacitante da hanseníase está diretamente relacionado ao poder imunogênico do *Micobacterium leprae*. A classificação operacional do caso de hanseníase, visando o tratamento com Poliquimioterapia é baseada no número de lesões cutâneas de acordo com os seguintes critérios: Paucibacilar (PB). Casos com até 5 lesões de pele; Multibacilar (MB). Casos com mais de 5 lesões de pele. (BRASIL, 2010, p. 206).

Seguindo essa afirmação Brasil (2000), relata que a hanseníase é uma doença transmissível causada por uma bactéria. Afeta principalmente a pele e os nervos. Ela progride lentamente e tem um período de incubação médio de 3 anos. A hanseníase pode atingir todas as idades e ambos os sexos.

É relevante esclarecer que a hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta, que se manifesta principalmente por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos: lesões na pele e nos nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés (BRASIL, 2001 apud FREITAS et al., 2008).

Exposto com objetividade a afirmação de Ferreira (2008 apud Vieira et al., 2012), a hanseníase é uma doença infectocontagiosa que representa um importante problema de saúde pública, não somente pelo grande número de pessoas que acomete, mas também pelas incapacidades advindas da doença. Sabe-se que o seu tempo de incubação é longo, portanto trata-se de uma doença silenciosa que demora a ser diagnosticada e tratada, resultando na longa proliferação dos bacilos e da contaminação.

Breve Histórico

Para Opromolla (1981) apud Eidt (2004), “há referências de que a hanseníase existia em muitos outros lugares da Terra nesses tempos antigos, mas na verdade o que houve foram traduções errôneas de termos designando diferentes moléstias”.

Conhecida há mais de três ou quatro mil anos na Índia, China e Japão, já existia no Egito quatro mil e trezentos anos antes de Cristo, segundo um papiro da época de Ramsés II (Serviço Nacional de Leprosia, 1960 apud EIDT 2004).

De acordo com Opromolla (1981, apud Eidt, 2004), “é difícil afirmar, com certeza, a época do aparecimento de uma doença baseada em textos antigos, a não ser que haja uma descrição razoável da mesma com citações dos aspectos que lhe são mais característicos. Se não for assim, e se nos basearmos apenas em dados fragmentários e em suposições dos tradutores daqueles textos, o assunto se torna confuso e gera uma série de falsas interpretações”.

Esse pensamento aplica-se à hanseníase, pois nem sempre encontramos, nos textos antigos, uma descrição clara e precisa de sua clínica, possibilitando algumas confusões a respeito de sua história e evolução, em diferentes regiões do mundo, ao longo dos tempos (EIDT, 2004).

Embora, a Hanseníase seja amplamente descrita na literatura médica e histórica, o não conhecimento do processo etiológico da doença, a falta de métodos para o diagnóstico, fez com que várias outras doenças fossem confundidas com a Hanseníase. (OLIVEIRA; ROMANELLI, 1998 apud SANTOS, 2013).

A hanseníase, amplamente conhecida pela designação de lepra, parece ser uma das mais antigas doenças que acomete o homem e acredita-se que seja originária da Ásia (BRASIL, 1989; JOPLING; MC DOUGALL, 1991). Outros autores (BRASIL, 1989) também apontam a África como berço desta doença. Ainda hoje, discute-se se a hanseníase é de origem asiática ou africana (EIDT, 2004).

A Hanseníase é uma das mais antigas doenças da humanidade, a evidência sobre sua origem baseia-se em escritas de diferentes civilizações e em lesões encontradas em restos de ossos. A provável origem da doença se procede da Índia, que, juntamente com a África, pode ser considerada o berço da lepra. A doença era também conhecida dos antigos gregos, entre os quais era chamada de elefantíase (GOULART, 2009 apud FREITAS et al., 2009).

Doença milenar, conhecida desde os tempos bíblicos, descrita pela denominação de lepra. Conforme citação bíblica, havia casos de Hanseníase no Antigo Testamento. Em Levítico, capítulo 13, encontra-se toda orientação sobre a doença, seus sinais para identificação e cuidados em relação aos doentes, mas dificilmente se pode comprovar que se tratava de Hanseníase. É possível que se tratasse de manchas dermatológicas de outra etiologia. (GOULART, 2009 apud FREITAS et al., 2009).

Segundo Garmus (1995 apud FREITAS et al., 2009), os sacerdotes tinham a missão de diagnosticar, isolar e tratar a doença, visto que se relacionava com uma fraqueza oriunda de pecados e devia ser combatida através de sacrifícios, purificações e rituais que incluíam desde a queima de objetos pessoais até o contato direto do doente com o que se julgava puro, assim como um pássaro, a manjerona, a água ou a madeira de cedro.

Na visão dos medievais, as principais causas da disseminação da doença eram o contágio, a hereditariedade, o clima e a alimentação inadequada. Portanto, a Hanseníase teria se tornada endêmica devido a associações de fatores como as más condições de higiene, alimentação e moradia. Esses fatores tinham origem no rápido crescimento da população e sua concentração no confinado espaço das cidades medievais, favorecendo a promiscuidade e o aparecimento e desenvolvimento de várias doenças, inclusive da Hanseníase (FAUSTO, 2007 apud FREITAS et al., 2009).

Etiologia

O agente etiológico é a denominação do organismo responsável por causar determinada doença. No caso da hanseníase, o agente etiológico é a bactéria *Mycobacterium leprae*, também conhecida como Bacilo de Hansen. A bactéria em formato de bastão foi descrita pela primeira vez pelo médico norueguês Gerhard Armauer Henrik Hansen, em 1873. Essa bactéria foi considerada a primeira descoberta por causar doença no ser humano (KRELING, 2010).

A doença tem como agente etiológico o *Mycobacterium leprae*, “bactéria intracelular obrigatória, com período de incubação prolongado e de evolução crônica, que afeta principalmente pele e nervos periféricos” (MARTELLI et al., 2002 apud RIBEIRO, 2009).

O *M. leprae* é um bacilo álcool-ácido resistente e gram-positivo, em forma de bastonete. É um parasita intracelular, sendo a única espécie de micobactéria que infecta nervos periféricos, especificamente as células de Schwann. Este bacilo não cresce em meios de cultura artificiais, ou seja, não é cultivável in vitro (BRASIL, 2008).

Conforme afirma Beiguelman (2002) a identificação do *Mycobacterium leprae* como agente etiológico da hanseníase teve como corolário a pronta rejeição da teoria da transmissão hereditária dessa moléstia, que era, até a descoberta de Hansen (1874), sustentada por importantes estudiosos do século 19, como Danielssen e Boeck (1848).

Relata ainda Beiguelman (2002) que a descoberta do agente patogênico da hanseníase, entretanto, não afetou a aceitação, baseada em dados empíricos, de que a infecção pelo *M. leprae* e as manifestações dela decorrentes dependem muito da predisposição individual, que os clínicos antigos denominavam terreno.

Segundo Araújo (2003) 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

multibacilares são considerados a principal fonte de infecção, não obstante o papel dos paucibacilares na cadeia de transmissão já ter sido demonstrado.

A localização das lesões hansênicas no corpo dos pacientes (pele, mucosa nasal e nervos periféricos) sugere que o bacilo tenha preferência por temperaturas menores que 37° C. Isto pôde ser comprovado a partir de estudos realizados em camundongos imunodeficientes nos quais a infecção expande-se predominantemente para lugares mais frios do corpo do animal. Entretanto, evidências mais fortes vieram de estudos realizados por Shepard; a partir de inoculações em coxim plantar de camundongos, ele observou que para o melhor crescimento do bacilo, a temperatura média do tecido plantar deveria estar entre 27-30° C (MACIEIRA, 2000; OPROMOLLA, 2002 apud SANTOS, 2013).

Fisiopatologia

A hanseníase é uma infecção granulomatosa crônica, infectocontagiosa, que afeta principalmente pele e nervos periféricos (polineuropatia), podendo causar incapacidades quando não tratada na fase inicial da doença. É transmitida pelas vias aéreas superiores de pessoa a pessoa por meio do convívio de susceptíveis com doentes portadores do agente causador e que se encontram sem tratamento (KUMA et al., 2008).

O mesmo autor segue afirmando, quanto mais linfócitos, células brancas presentes no sangue e na linfa que atuam no sistema imunológico, existirem nas lesões de pele, menos bactéria existirá. As pessoas que apresentam resposta imunológica ao *M. leprae* baseada nos linfócitos T auxiliares do tipo 1 possuem poucas lesões na pele e poucas bactérias nas lesões. Já as pessoas que apresentam uma resposta imunológica baseada nos linfócitos T auxiliares do tipo 2 possuem maior número de lesões na pele e grande número de bactérias nas lesões. O motivo principal dessa diferença de resposta do organismo à bactéria ainda não é completamente conhecido (KUMA et al., 2008).

A lesão dos nervos das extremidades do corpo, que é a principal consequência da infecção por *M. leprae*, ocorre em todas as formas de

hanseníase. Essa lesão ocorre porque a bactéria invade as células de Schwann, células que envolvem os neurônios, formam a bainha de mielina e auxiliam na transmissão dos impulsos nervosos. Com isso, essas células são lesadas, assim como a bainha de mielina, retardando a transmissão dos impulsos nervosos, principalmente os de sensibilidade (KUMA et al., 2008).

Período de Incubação e Transmissão da Hanseníase

O homem é considerado a única fonte de infecção da hanseníase. A transmissão se dá por meio de uma pessoa doente (forma infectante da doença - MB), sem tratamento, que elimina o bacilo para o meio exterior infectando outras pessoas suscetíveis. Estima-se que 90% da população tenha defesa natural contra o *M. leprae*, e sabe-se que a susceptibilidade ao *M. leprae* tem influência genética (BRASIL, 2008).

É transmitida principalmente por meio do convívio com os doentes do tipo virchowiano ou dimorfo que ainda não foram diagnosticados e tratados (BRASIL, 2010).

Pode-se dizer que a hanseníase é basicamente uma doença cutânea, mas que pode afetar também os olhos, os nervos periféricos e, eventualmente, outros órgãos. Assim, destaca-se que a transmissão se dê pela secreção e pelo ar que saem das vias aéreas superiores e por gotículas de saliva (BRASIL, 2005).

Conforme relata Duarte; Cunha et al. (2012 apud Santos 2013), não se sabe ao certo se, em algum momento entre o contato com o bacilo e a enfermidade, o indivíduo assintomático se torna “bacilífero” e participa da cadeia de transmissão da hanseníase. Os mesmos ainda citam que, esclarecer que a infecção em indivíduos assintomáticos pode disseminar a doença é vital à formulação de ações estratégicas ao manejo do problema.

De acordo com Brasil (2002), o período de incubação da doença no organismo humano é de 2 a 7 anos, o aparecimento depende muito das manifestações clínicas e questões relacionadas ao bacilo.

Devido ao padrão de multiplicação do bacilo, a doença progride lentamente. Entre o contato com a pessoa doente e o aparecimento dos primeiros sinais pode levar em média 2 a 5 anos (BRASIL 2008).

Sintomatologia Clínica

Manifesta-se por lesões cutâneas e comprometimento dos nervos superficiais, causando dores ou espessamento dos nervos periféricos, diminuição ou perda de sensibilidade e/ou da força motora nas áreas com a inervação afetada (DUART, 2009 apud VIEIRA et al., 2012).

Sinais e Sintomas Dermatológicos

De acordo com Brasil (2002), a hanseníase manifesta-se através de lesões de pele que se apresentam com diminuição ou ausência de sensibilidade.

Apresenta-se com manchas pigmentares ou discrômicas onde estas resultam da ausência, diminuição ou aumento de melanina ou depósito de outros pigmentos ou substâncias na pele. Placa que por sua vez é lesão que se estende em superfície por vários centímetros. Pode ser individual ou constituir aglomerado de placas. Infiltração: aumento da espessura e consistência da pele, com menor evidência dos sulcos, limites imprecisos, acompanhando-se, às vezes, de eritema discreto. Pela vitropressão, surge fundo de cor café com leite. Resulta da presença na derme de infiltrado celular, às vezes com edema e vasodilatação (BRASIL, 2002).

Sinais e Sintomas Neurológicos

A hanseníase manifesta-se, além de lesões na pele, através de lesões nos nervos periféricos (BRASIL, 2002).

O mesmo autor relata que essas lesões são decorrentes de processos inflamatórios dos nervos periféricos (neurites) e podem ser causados tanto pela ação do bacilo nos nervos como pela reação do organismo ao bacilo ou por ambas. Elas manifestam-se através de: dor e espessamento dos nervos

periféricos; perda de sensibilidade nas áreas inervadas por esses nervos, principalmente nos olhos, mãos e pés; perda de força nos músculos inervados por esses nervos principalmente nas pálpebras e nos membros superiores e inferiores (BRASIL, 2002). O autor segue afirmando que a neurite, geralmente, manifesta-se através de um processo agudo, acompanhado de dor intensa e edema. No início, não há evidência de comprometimento funcional do nervo, mas, frequentemente, a neurite torna-se crônica e passa a evidenciar esse comprometimento, através da perda da capacidade de suar, causando ressecamento na pele.

Há perda de sensibilidade, causando dormência e há perda da força muscular, causando paralisia nas áreas inervadas pelos nervos comprometidos. Quando o acometimento neural não é tratado pode provocar incapacidades e deformidades pela alteração de sensibilidade nas áreas inervadas pelos nervos comprometidos (BRASIL, 2002).

Formas Clínicas

Forma Indeterminada

Pode ocorrer queda de pelos no local. Não há comprometimento de troncos nervosos e, por isso, não ocorrem alterações motoras ou sensitivas que possam causar incapacidades (PINHEIRO, 2012).

Tem como característica máculas hipocrômicas ou áreas circulares de pele aparentemente normal, com distúrbios de sensibilidade, não havendo comprometimento de troncos nervosos, não tendo, assim, ocorrência de incapacidades e deformidades (BOEHAT, 2010).

Figura 01 – Máculas Hipocrômicas



Fonte: Brasil, 2010.

Forma Tuberculóide (HT)

Essa forma caracteriza-se por máculas ou placas em pequeno número, forma e tamanhos variados, bem delimitados e de tom castanho, podendo ser cheias ou apresentando uma borda mais ou menos elevada e o centro plano e hipocrômico, com distúrbios acentuados de sensibilidade nas lesões e observando-se acometimento de troncos nervosos superficiais ou profundos bem como os comprometimentos neurológicos que são específicos para essa forma clínica (PINHEIRO 2012).

Figura 02 - Lesões de Forma Tuberculóide



Fonte: Brasil, 2010.

Forma Virchowiana

Caracteriza-se clinicamente pela disseminação de lesões de pele que podem ser eritematosas, infiltradas, de limites imprecisos, brilhantes e de distribuição simétrica. Pode haver infiltração difusa da face e de pavilhões

auriculares com perda de cílios e supercílios (madarose). Esta forma constitui uma doença sistêmica com manifestações viscerais importantes, especialmente nos episódios reacionais, onde olhos, testículos e rins entre outras estruturas podem ser afetados (BRASIL, 2010).

Figura 03 - Lesões da Forma Vichorwiana



Forma Dimorfa

Clinicamente oscila entre as manifestações da forma tuberculóide e as da forma virchowiana. Pode apresentar lesões de pele bem delimitadas, sem ou com raros bacilos, ao mesmo tempo que lesões infiltradas mal delimitadas, com muitos bacilos. Uma mesma lesão pode apresentar borda interna nítida e externa difusa (BRASIL, 2010).

Figura 03 – Lesões Forma Dimorfa



Fonte: Brasil, 2010.

Classificação Operacional

A organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza uma classificação baseada no número de lesões e na baciloscopia, assim descrita: Hanseníase Paucibacilar-PB com até cinco lesões de pele e baciloscopia negativa, correspondente às formas indeterminada e tuberculóide; e Hanseníase Multibacilar-MB com mais de cinco lesões, com baciloscopia positiva ou negativa correspondente a forma dimorfa, e com baciloscopia positiva correspondente a forma virchowiana (BRASIL, 2006).

Diagnóstico da Hanseníase

O diagnóstico precoce da hanseníase e o tratamento adequado previnem a evolução da doença, bem como as incapacidades físicas e sociais provocadas pela mesma (BRASIL, 2010).

Em sua firmação Brasil (2008), diz que:

O diagnóstico de caso de hanseníase na Atenção Básica de Saúde é essencialmente clínico por meio do exame dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos (sensitivo, motor e/ou autonômico). Os casos com suspeita de comprometimento neural sem lesão cutânea (suspeita de hanseníase neural pura) e aqueles que apresentam área(s) com alteração sensitiva e/ou autonômica sem lesão cutânea evidente deverão ser encaminhados para unidades de saúde de maior complexidade para confirmação diagnóstica. (BRASIL, 2008, p. 70).

Partindo da afirmação acima Brasil (2010), complementa dizendo que o diagnóstico da hanseníase é realizado através do exame clínico. O exame clínico é o exame físico do paciente, quando são buscados os sinais dermatológicos da doença. O exame baciloscópico, ou baciloscopia, é um exame laboratorial que fornece informações sobre a presença do bacilo *Mycobacterium Leprae* nas lesões suspeitas.

Diagnóstico Diferencial em Relação a Outras Doenças Dermatológica

Existem doenças que provocam lesões de pele semelhantes às lesões características da hanseníase, e que podem ser confundidas com as mesmas (BRASIL, 2002). O mesmo autor afirma ainda que lesões de pele

características da hanseníase são: manchas esbranquiçadas ou avermelhadas, lesões em placa, infiltrações e nódulos.

As principais doenças de pele que fazem diagnóstico diferencial com hanseníase são:

- ✓ Pitiríase Versicolor (pano branco) - micose superficial que acomete a pele, e é causada pelo fungo *Pityrosporum ovale*. Sua lesão muda de cor quando exposta ao sol ou calor (versicolor). Ao exame dermatológico há descamação furfurácea (lembrando farinha fina). Sensibilidade preservada (BRASIL, 2002).
- ✓ Eczemátide - doença comum de causa desconhecida, ainda é associada à dermatite seborreica, parasitoses intestinais, falta de vitamina A, e alguns processos alérgicos (asma, rinite, etc.). No local da lesão, a pele fica parecida com pele de pato (pele anserina: são as pápulas foliculares que acometem cada folículo piloso). Sensibilidade preservada.
- ✓ Tinha do corpo - micose superficial, com lesão hipocrômica ou eritematosa, de bordos elevados. Pode acometer várias partes do tegumento e é pruriginosa. Sensibilidade preservada.
- ✓ Vitiligo - doença de causa desconhecida, com lesões acrômicas. Sensibilidade preservada.

Figura 04 - Pitiríase Versicolor



Fonte: Brasil, 2010.

Figura 05 – Vitiligo



Fonte: Brasil, 2010.

Figura 06 - Esclerose tuberosa



Fonte: Brasil, 2010.

Diagnóstico Diferencial em Relação a Outras Doenças Neurológicas

Existem doenças que provocam lesões neurológicas semelhantes e que podem ser confundidas com as da hanseníase. Portanto, deve-se fazer o diagnóstico diferencial da hanseníase em relação a essas doenças. (BRASIL, 2002).

As lesões neurológicas da hanseníase podem ser confundidas, entre outras, com as de:

- ✓ Síndrome do túnel do carpo;
- ✓ Neuralgia parestésica;
- ✓ Neuropatia alcoólica;
- ✓ Neuropatia diabética;
- ✓ Lesões por esforços repetitivos (LER).

Tratamento

O primeiro avanço no tratamento da hanseníase ocorreu na década de 40, com o desenvolvimento da dapsona, o único fármaco até então conhecido, que deteve a doença (BOECHAT et al., 2012).

Conforme relata Brasil (2010), o tratamento específico da hanseníase, indicado pelo Ministério da Saúde, é a Poliquimioterapia padronizada pelo OMS, conhecida como Poliquimioterapia-padrão OMS (PQT/OMS). A PQT destrói o bacilo, tornando-o inviável, isto é, incapaz de infectar outras pessoas, rompendo assim a cadeia epidemiológica da doença. Evita a evolução da hanseníase, prevenindo incapacidades e deformidades físicas, levando o paciente à cura.

O autor segue afirmando ainda que a PQT é constituída pela combinação de medicamentos, com a administração associada: a rifampicina, a dapsona e clofazimina. A administração associada de medicamentos evita a resistência medicamentosa.

Existem esquemas-padrão de tratamento poli quimioterápico específicos para os casos paucibacilares (com associação dos dois medicamentos) e para os casos multibacilares (com associação de três medicamentos). Para pacientes que apresentam contra indicação formal ou intolerância a um dos medicamentos do esquema-padrão, são indicados esquemas alternativos. A alta por cura é dada após a administração do número de doses preconizadas pelo esquema terapêutico indicado (BRASIL, 2010).

Conforme descrito por Boechat et al (2012), Os pacientes classificados como PB recebem a combinação de rifampicina e dapsona, conhecida como poliquimioterapia paucibacilar (PQT-PB). Enquanto os pacientes classificados como MB recebem a combinação tríplice de rifampicina, dapsona e clofazimina, conhecida como poliquimioterapia multibacilar (PQT-MB).

Episódios Reacionais

Segundo Foss (2003), a hanseníase tem evolução crônica e insidiosa, podendo ser interrompida por episódios agudos, denominados Reações Hansênicas. Esses episódios reacionais, caracterizados por reação inflamatória

súbita, podem ocorrer em qualquer forma clínica da doença, excluindo a inicial-HI, porém são mais frequentes em pacientes com as formas HV, HDV, HD e HDT.

Com base nas afirmações de Foss (2003), considerando que os episódios reacionais podem ocorrer durante ou após o tratamento poliquimioterápico, que é constituído pela associação de três drogas com diferentes graus de atividade antimicobacteriana: rifampicina, dapsona e clofazemina, o aparecimento dessas reações está, também, associado à resposta terapêutica e à capacidade de resposta imunológica do paciente (FOSS, 2003).

- ✓ REAÇÃO REVERSA (RR) ou REAÇÃO TIPO 1: envolve, geralmente, as formas dimorfas (HD, HDT e HDL) e pode, eventualmente, ocorrer na HT e, raramente, na HV. O quadro clínico caracteriza-se por sinais de inflamação aguda, tais como dor, eritema, infiltração e edema de lesões pré-existentes, às vezes acompanhadas de novas lesões (FOSS, 2003).
- ✓ ERITEMA NODOSO HANSÊNICO (ENH) ou TIPO 2: envolve as formas HD, HDV e HV, reconhecidas como multibacilares, porque os pacientes apresentam grande número de bacilos. ENH tende a ocorrer durante a poliquimioterapia, quando as lesões cutâneas estão em involução, entretanto, existem casos em que a reação tipo ENH é a primeira manifestação precedendo o diagnóstico de hanseníase, ou ainda ocorre após o tratamento específico (FOSS, 2003).

Prevenção de Incapacidades Físicas e Autocuidado ao Portador de Hanseníase

Com base nas afirmações de Vermond (1997), do ponto de vista de saúde pública, a hanseníase não conta com possibilidade de prevenção primária, como ocorre com a poliomielite ou outras doenças infecciosas, uma vez que a vacina para a hanseníase ainda se encontra no terreno experimental e, até o momento, sem futuro garantido. Entretanto, os esforços das políticas de saúde concentraram-se quase que exclusivamente no diagnóstico precoce e no seu tratamento.

De fato, esta estratégia visava à interrupção da cadeia de transmissão, o que, do ponto de vista epidemiológico, é correto. Mas, como a incapacidade se encontra muito próxima do diagnóstico, a possibilidade de sua instalação é mais ligada ao tempo do que às ações médicas de controle. Para o autor é urgente corrigir esta distorção, elevando as ações de prevenção de incapacidades ao seu lugar de direito e necessidade, isto é, iniciá-las no momento do diagnóstico da doença (VERMOND, 1997).

Para determinar o grau de incapacidade física deve-se realizar o teste da sensibilidade dos olhos, mãos e pés. É recomendada a utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein (6 monofilamentos: 0.05g, 0.2g, 2g, 4g, 10g e 300g) nos pontos de avaliação de sensibilidade em mãos e pés e do fio dental (sem sabor) para os olhos. Considera-se grau um de incapacidade ausência de resposta ao filamento igual ou mais pesado que o de 2g (cor violeta) (BRASIL, 2008).

A principal forma de prevenir a instalação de incapacidades físicas é o diagnóstico e tratamento precoces. A prevenção de deficiências (temporárias) e incapacidades (permanentes) não deve ser dissociada do tratamento PQT/OMS, necessitando ser desenvolvida durante o acompanhamento do caso e estar integrada às ações na rotina dos serviços. A prevenção das incapacidades físicas é realizada por meio de técnicas simples e orientação do paciente para a prática regular de autocuidados (BRASIL, 2008).

De acordo com Brasil (2008), as principais ações de autocuidado são:

- ✓ Orientar que o paciente examine os olhos diariamente, observar se há ciscos, limpar cuidadosamente com soro fisiológico para umedecer;
- ✓ Orientar que o paciente observe dentro do nariz, limpe com soro fisiológico, inspirando e expirando o soro, não tire casquinha pois pode provocar ferida ou aumento da lesão;
- ✓ No cuidado com as mãos e braços, orientar repouso dos membros afetados, evitar movimentos repetidos, evitar carregar coisas pesadas e procurar o serviço de saúde;
- ✓ No cuidado com os pés, orientar repouso; andar somente o necessário, andar calçado e ir à unidade de saúde, o uso de sapatos adequados e

ter com os pés os mesmos cuidados que tem com as mãos, para prevenir feridas;

- ✓ Cuidado com os ferimentos; orientar o paciente a descobrir a causa do ferimento e se proteger; imobilizar os dedos machucados, não andar descalço, usar sapatos confortáveis de preferência costurados;

Profilaxia e Ações de Controle

O Ministério da Saúde definiu como princípios norteadores do Plano de Eliminação da Hanseníase no Brasil: intervenções constantes e continuadas para assegurar a redução da ocorrência dos casos; atividades de eliminação da hanseníase, desempenhadas e financiadas exclusivamente com recursos do SUS, incluindo para os casos novos: diagnósticos, tratamento poliquimioterápico PQT/OMS; vigilância epidemiológica por meio do exame dos comunicantes; educação do paciente, da família e da comunidade; prevenção de incapacidades/deficiências, reabilitação e encaminhamento das complicações segundo os níveis de complexidade da assistência, bem como o acompanhamento dos casos prevalentes até a cura (BRASIL, 2006).

No mesmo ponto de vista para controle, uma das ações que podem ser aplicadas como método de profilaxia é o uso do sistema de informação.

O sistema de informação é um componente fundamental da vigilância epidemiológica da hanseníase, subsidiando-a nas tomadas de decisão de planejamento das atividades de controle da doença, bem como na operacionalização (ação) e na avaliação dessas atividades. Portanto as informações geradas por esse sistema são úteis para o diagnóstico e análise da situação de saúde da população, e para o processo de planejamento, operacionalização e avaliação das atividades de controle da hanseníase (BRASIL, 2010).

Papel dos Profissionais da ESF no Atendimento ao Paciente Portador de Hanseníase

Atribuições do Médico

Segundo Brasil (2008), as principais atribuições do médico da Estratégia Saúde da Família são:

- ✓ Avaliação do estado de saúde do indivíduo através da consulta médica;
- ✓ Realização e interpretação de testes complementares de diagnóstico;
- ✓ Colheita do material para baciloscopia;
- ✓ Diagnóstico, classificação do caso e prescrição do tratamento, indicando o esquema terapêutico apropriado, conforme normas estabelecidas, enfatizando as doses supervisionadas;
- ✓ Diagnóstico, avaliação do grau de incapacidade, e a conduta pertinente a cada caso;
- ✓ Avaliação clínica dermatoneurológica e laboratorial periodicamente;
- ✓ Indicação de alta;
- ✓ Prescrição do tratamento das reações hansênicas;
- ✓ Realização de ações de natureza educativa junto ao indivíduo, família e comunidade;
- ✓ Participação nas ações que compõem a mobilização da comunidade e a participação social da mesma nas atividades de controle da hanseníase;
- ✓ Participação na supervisão e avaliação das atividades de controle da hanseníase;
- ✓ Participação no fortalecimento da integração do controle da hanseníase aos serviços básicos de saúde.

Atribuições do Enfermeiro

Segundo Brasil (2008), as principais atribuições do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família são:

- ✓ Aplicação de tratamento com ênfase nas doses supervisionadas;
- ✓ Identificação e encaminhamento dos pacientes com reações hansênicas;
- ✓ Tratamento não medicamentoso das reações hansênicas;

- ✓ Avaliação do grau de incapacidade física;
- ✓ Prescrição e/ou execução de técnicas simples de prevenção de incapacidades;
- ✓ Avaliação do estado de saúde do indivíduo através da consulta de enfermagem;
- ✓ Controle de doentes e contatos;
- ✓ Execução de ações básicas de investigação e vigilância epidemiológica priorizando grupos e categorias de risco;
- ✓ Execução de visita domiciliar conforme prioridades;
- ✓ Realização de ações de natureza educativa junto ao indivíduo, à família e à comunidade;
- ✓ Desenvolvimento de ações que incluem a mobilização da comunidade e a participação social da mesma nas atividades de controle da hanseníase;
- ✓ Colheita de material para exames complementares;
- ✓ Identificação de casos suspeitos de hanseníase através de exames clínico-dermato-neurológicos e avaliação oftalmológica e nasal para diagnóstico e condutas de enfermagem;
- ✓ Realização e interpretação de testes complementares de diagnóstico.

Atribuições do Técnico de Enfermagem

Segundo Brasil (2008), as principais atribuições do técnico de enfermagem da Estratégia Saúde da Família são:

- ✓ Identificação através de sinais e sintomas de casos de hanseníase e encaminhamento para confirmação diagnóstica e tratamento oportuno;
- ✓ Identificação das incapacidades físicas;
- ✓ Desenvolvimento de ações de natureza educativa;
- ✓ Aplicação de técnicas simples de prevenção e tratamento das incapacidades físicas;
- ✓ Realização de visita domiciliar conforme prioridades estabelecidas;
- ✓ Colheita de material para baciloscopia, teste de Mitsuda e teste de histamina;
- ✓ Preparo e esterilização de material;

- ✓ Prevenção, busca de faltosos e abandonos.

Atribuições do Agente Comunitário de Saúde

Segundo Brasil (2008), as principais atribuições do agente comunitário de saúde da Estratégia Saúde da Família são:

- ✓ Realizar busca de faltosos e comunicantes;
- ✓ Fazer supervisão da dose medicamentosa, em domicílio;

Intervenções do Enfermeiro no Controle da Hanseníase na ESF

Para Vieira et al. (2012), a Atenção Básica de Saúde (ABS) está cada vez mais acolhendo os portadores desta patologia. Como a ESF é composta por uma equipe mínima de saúde, e como o tratamento para a hanseníase requer medidas que devem ser compartilhadas por todos os profissionais de saúde, nada melhor do que cuidar do cliente neste âmbito.

Nesta perspectiva, a figura da enfermagem está sendo cada vez mais necessária no acompanhamento de clientes portadores de hanseníase e na busca de diagnóstico de casos na área que atua. É por meio da consulta de enfermagem que o enfermeiro pode observar os sinais e sintomas da hanseníase e encaminhar os casos suspeitos para o dermatologista ou requisitar exames para a confirmação, como também realizar o acompanhamento do tratamento mensalmente, seja no Hospital ou na ESF. (VIEIRA et al., 2012).

Dentre as afirmações do mesmo autor, podemos observar que:

As consultas de enfermagem precisam estar embasadas no diálogo com os clientes e acompanhantes, pois através do diálogo a enfermagem escuta sobre o desabafo dos pacientes sobre sua vida e enfermidades as quais estejam ou possam vir a ser acometidos, além de ser possível compreender os seus comportamentos, podendo está intervindo para modificar conhecimentos e hábitos equivocados dos mesmos, como também fornecer apoio psicológico. E quando se trata da consulta com portadores de hanseníase, esta escuta e posteriormente intervenção é bastante importante para a adesão ao tratamento da doença. Relata ainda que pessoas acometidas pela hanseníase têm necessidade de expor os seus sentimentos, de falar sobre a doença e relatar suas experiências com os profissionais de saúde, na busca de amenizar seu sofrimento. (VIEIRA et al., 2012, p.7).

Diante disso, nota-se que a consulta de enfermagem é uma atividade independente e tem como objetivo propiciar condições para melhorar a qualidade de vida do cliente. O enfermeiro é o mediador da realização da educação em saúde, e este tem como intuito fortalecer o usuário e seus familiares para a compreensão, enfrentamento e convívio enquanto durar o tratamento da hanseníase (VIEIRA et al., 2012).

Assegura-se então, que o Enfermeiro deve estar comprometido com o atendimento aos usuários, oferecendo-lhe uma assistência contínua, composta de um conjunto de ações e serviços (SANTOS, 2012).

Seguindo o que afirma o Ministério da Saúde, a implantação de ações de controle da hanseníase em todas as unidades de saúde da rede básica hoje se apresenta como uma das soluções para o alcance da meta de eliminação. Esta implantação tem custo muito reduzido, pois não necessita de alta complexidade e os medicamentos e imunobiológicos são fornecidos pelo governo, sendo de responsabilidade dos municípios, assessorados pelos Estados, o planejamento, execução e avaliação das ações de controle, conduzindo a uma nova realidade na qual os municípios assumam efetivamente a gerência do controle da hanseníase, a seu nível (BRASIL, 2000).

Diante disso, com objetivo de inovação na estratégia de busca ativa de novos casos, propõem-se ao município de Paulo Ramos - MA, uma análise por parte da gestão juntamente com a Secretaria Municipal, nas atividades que estão sendo executadas para o controle da hanseníase no município, visando uma possível melhoria na situação e com isso:

- ✓ Rever o planejamento nacional de controle da hanseníase adaptando-o, a real situação da ESF, organizando os serviços de saúde em uma demanda mais adequada para a execução das ações de enfermagem, avaliar após cada campanha como estão sendo realizadas essas atividades, se o objetivo proposto foi realmente alcançado pela equipe.
- ✓ Criar novas estratégias tais como, oferecer continuamente um treinamento específico aos profissionais que trabalham na equipe, elaborar um projeto que abranja novas ações de busca ativa nas visitas domiciliares, envolvendo nessa estratégia de busca, líderes de

comunidade e oferecer a estes, um treinamento básico, pois os mesmos conhecem bem a real necessidade dessa população.

MATERIAIS E MÉTODOS – A Pesquisa

Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, fundamentando-se numa pesquisa bibliográfica, seguida de uma pesquisa de campo, com abordagem quantitativa conduzida dentro dos preceitos éticos através do termo de consentimento.

Todas as ciências caracterizam-se pela utilização de métodos científicos; em contrapartida, nem todos os ramos de estudo que empregam estes métodos são ciências. Dessas afirmações podemos concluir que a utilização de métodos científicos não é da alçada exclusiva da ciência, mas não há ciência sem o emprego de métodos científicos (MARCONI e LAKATOS, 2003).

Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde do Município de Paulo Ramos-MA.

Instrumentos da Coleta de Dados

Para o presente estudo elaborou-se o perfil epidemiológico dos casos notificados e aplicação do questionário com perguntas fechadas aos Enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família.

População e Amostra

Participaram dessa pesquisa 07 Enfermeiros que atuam nas Unidades Básica de Saúde do município de Paulo Ramos-MA.

Coleta de Dados

Os dados resultantes foram coletados no período de janeiro a fevereiro de 2015, a partir da aplicação de questionário. Antes dessa aplicação foi realizada uma reunião com a Secretária de Saúde e a Coordenadora do programa de hanseníase do município de Paulo Ramos – MA, para fins de esclarecimento dos objetivos da pesquisa.

No ato foi entregue o ofício assinado pela diretora do curso de Enfermagem do CESB/UEMA solicitando a realização da pesquisa. Após, houve a liberação da Secretaria de Saúde para a execução da pesquisa.

Análise dos Dados

Após o levantamento, todos os dados foram armazenados. E os resultados coletados dos questionários aplicados foram analisados, descritos e apresentados através de tabelas e gráficos elaborados no programa Microsoft Office Excel 2010.

CrITÉRIOS de Inclusão

Foram incluídos todos os Enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família e que aceitaram participar da pesquisa no município de Paulo Ramos – MA.

Aspectos Éticos e Legais

Para a realização da pesquisa os sujeitos do estudo foram esclarecidos do objetivo da pesquisa e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), sendo que este assegura o sigilo da identidade dos participantes. O termo segue as exigências formais contidas na resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

RESULTADOS E DISCUSSÃO: A Pesquisa

Este capítulo tem como objetivo detalhar e organizar os dados coletados no transcorrer da pesquisa. Na primeira parte temos uma tabela com o perfil epidemiológico dos casos notificados e na segunda parte os gráficos referentes ao questionário aplicado aos profissionais enfermeiros.

A apresentação dos resultados e discussões tem como base a demonstração de informações contidas na literatura especializada sobre o tema em estudo e as dificuldades encontradas pelos profissionais do município onde se deu a pesquisa de campo conforme questionário aplicado aos mesmos.

Tabela 1 - Perfil Epidemiológico de Casos Notificados.

ANO	PAUCIBACILAR	MULTIBACILAR	TOTAL DE NOTIFICAÇÃO
2009	4	13	17
2010	7	24	31
2011	7	12	19
2012	11	15	26
2013	12	34	46
2014	10	21	31

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Paulo Ramos – MA, 2015.

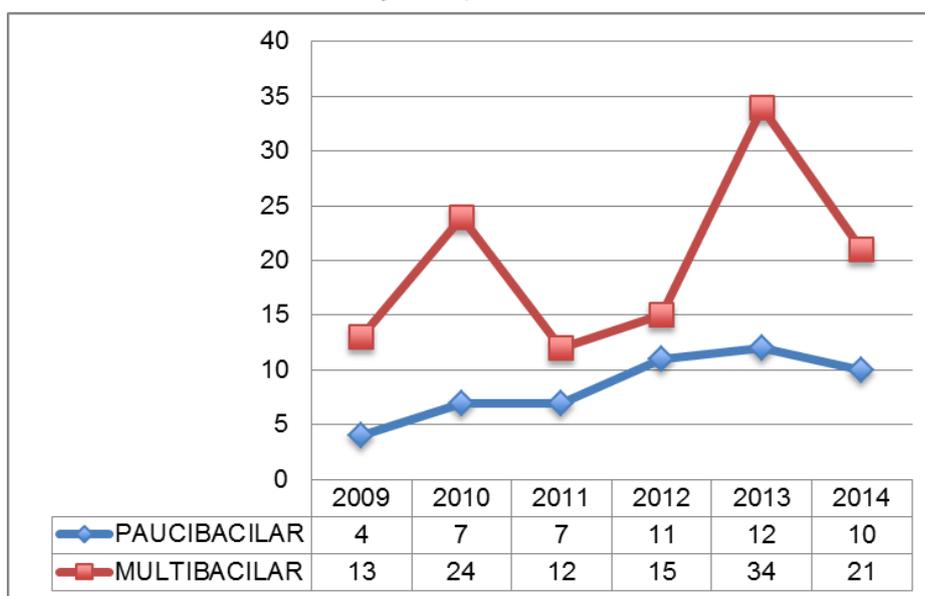
O Brasil está entre os 12 países que registraram 90% dos casos no mundo, ocupando o primeiro lugar em incidência e prevalência entre os três países que ainda não eliminaram a doença no mundo (ARANTE et al, 2010 apud SANTOS 2014).

Na Tabela 1, percebe-se o aumento de notificação dos casos de hanseníase, revelando uma incidência que requer uma investigação contínua,

para fins de uma detecção precoce e controle na transmissão da doença no município.

Com o levantamento dos dados epidemiológicos procurou-se verificar quais foram os métodos usados na descoberta desses novos casos. O que pode ser observado nos relatos por parte dos profissionais em relação ao aumento dessa incidência alarmante, foi que o município, é uma região com endemia oculta, e que por meio de campanhas informativas conseguiram atrair a população para a realização de consulta de enfermagem, dando êxito à investigação de novos casos, detectando precocemente a hanseníase.

Gráfico 01 – Classificação Operacional da Hanseníase.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Paulo Ramos-MA, 2015.

Analisando o Gráfico 1, percebe-se o aumento de notificação dos casos de hanseníase na classificação multibacilar, com uma visível alteração no decorrer dos anos. Tal situação apresenta-se com esses números devido à ocorrência de uma campanha informativa sobre a hanseníase. O que leva a crer que uma avaliação sobre a situação ainda não é tão precisa, pois não se sabe realmente se os casos notificados são uma incidência ou uma prevalência oculta no município.

Para que a eliminação da hanseníase seja mantida de maneira eficaz conforme meta descrita no plano nacional, são necessários estudos que

explorem melhor a endemia ao longo dos anos adotando outros recursos que não só indicadores epidemiológicos preconizados pelo Ministério da Saúde (PEDRO et al., 2010).

Tabela 2 - Perfil dos Enfermeiros Entrevistados.

CATEGORIA	Nº	%
Gênero		
Masculino	1	14%
Feminino	6	86%
Idade (Faixa Etária)		
20 -30	3	43%
31-40	4	57%
Tempo de Exercício na ESF (anos)		
01-04	3	43%
05-08	4	57%
Formação Específica na Área		
Sim	6	86%
Não	1	14%
Conhecimentos Adquiridos na Área		
Capacitação Específica	3	43%
Capacidade Específica e Local de Trabalho	3	43%
Graduação	1	14%
TOTAL	7	100%

Fonte: Elaboração da Autora, 2015.

A Tabela 2 mostra que os enfermeiros do estudo totalizam 06 (seis) do gênero feminino e 01 (um) do gênero masculino, observa-se que a faixa etária de 31 a 40 anos prevalece. Exercem a profissão na Unidade de Estratégia de Saúde da Família em média de cinco a oito anos. Seis enfermeiros declararam

possuir formação específica na área de hanseníase, enquanto apenas um não possui formação sobre hanseníase. Em relação aos conhecimentos na área, três profissionais declararam ter adquiridos em capacitação específica, três em capacitação e local de trabalho, e um profissional adquiriu na graduação. A diferenciação desses dados mostra a importância da situação, tendo em vista que, quanto maior for a experiência, melhor será a qualidade da assistência oferecida em relação ao processo de suspeição diagnóstica.

Isso se torna significativo, pois, suspeitar da doença e ter cuidados competentes aos portadores de hanseníase, implica ter amplos conhecimentos sobre a patologia e como lidar com aspectos psicossociais vivenciados diariamente pelos portadores.

Conforme relata Pereira et al. (2008 apud Neiva, 2010) a capacitação dos profissionais que realizam assistência em hanseníase constitui um dos resultados esperados com o desenvolvimento do Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase, estabelecido pelo Ministério da Saúde a fim de sustentar a eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública nos municípios.

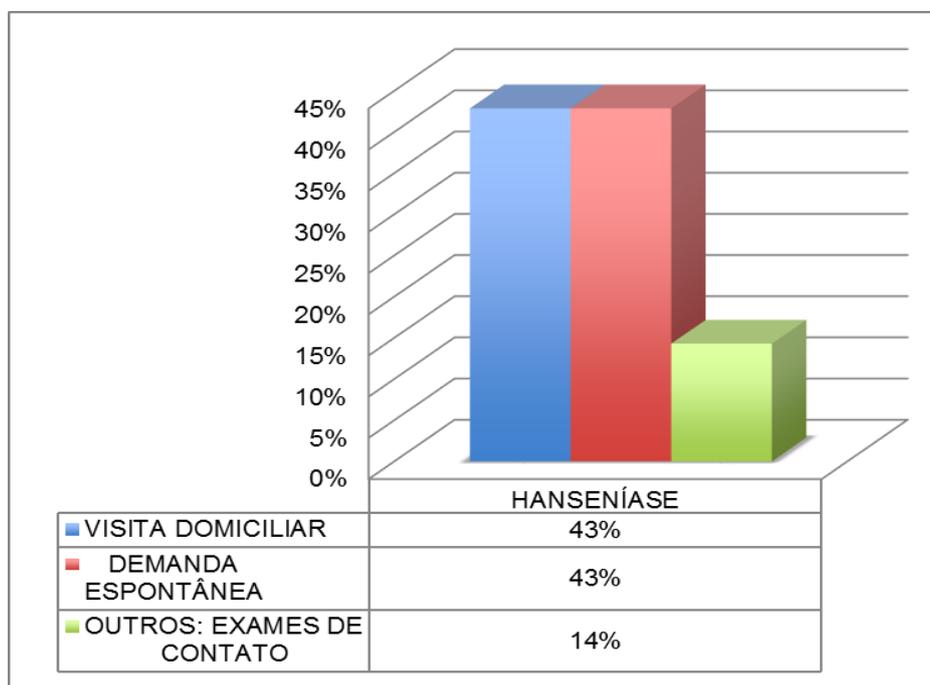
De acordo com Brasil (2007 apud Filho et al., 2010), os profissionais que atuam na ESF, devem estar atentos para a realização da suspeição diagnóstica da hanseníase. Todos devem estar capacitados a identificar os sinais e sintomas da doença, sendo na comunidade em geral ou em grupos.

Seguindo este raciocínio Pereira et al. (2008 apud Neiva, 2010), afirma que as ações educativas são fundamentais para os serviços de saúde, apesar de atividades como capacitações e curso de longa duração muitas vezes apenas pontuarem certos assuntos, em vez de realizarem uma abordagem crítica dos problemas encontrados na prática profissional diária.

Analisando o Gráfico 2, percebe-se que a importância das ações de enfermagem, como a visita domiciliar, declarada por 43% dos profissionais entrevistados, é um ponto positivo, porém a demanda espontânea 43%, como modo de entrada do paciente na ESF demonstra um ponto negativo no trabalho de detecção precoce da hanseníase. Em relação ao exame de contato, ação de enfermagem indispensável na suspeição diagnóstica de um caso de hanseníase, porém exercida somente por 14% dos profissionais entrevistados,

como mostra a pesquisa, que levanta uma considerável análise de como está sendo realizadas essas atividades para a detecção precoce.

Gráfico 2 - Modo de entrada mais frequente do paciente com hanseníase na ESF.

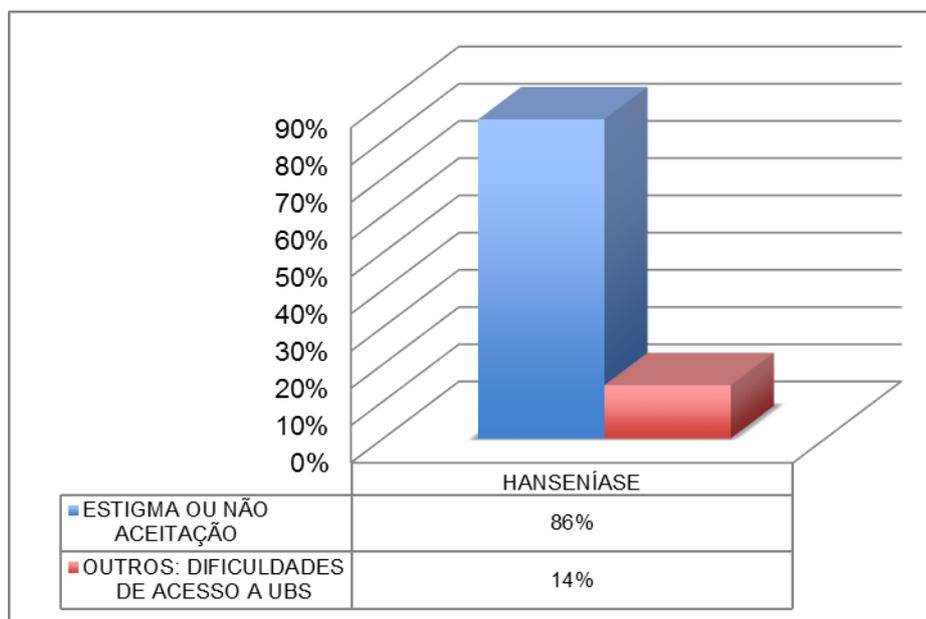


Fonte: Elaboração da Autora, 2015.

A investigação epidemiológica do caso de hanseníase, através da vigilância dos contatos intradomiciliares do doente, compreende a busca sistemática de novos casos de hanseníase entre as pessoas que convivem com o doente, a fim de se adotar medidas de prevenção em relação à doença: o diagnóstico e o tratamento precoces (BRASIL, 2010).

O Gráfico 3, refere-se às dificuldades encontradas pelos profissionais quanto a detecção precoce de um caso de hanseníase. 86% dos profissionais entrevistados afirmaram ser, o estigma ou não aceitação por parte do paciente como a maior dificuldade. Apenas 14% afirmaram que a dificuldade de acesso a Unidade Básica de Saúde é o maior problema para a detecção precoce.

Gráfico 3 - Dificuldades encontradas para a detecção precoce de casos de hanseníase na ESF

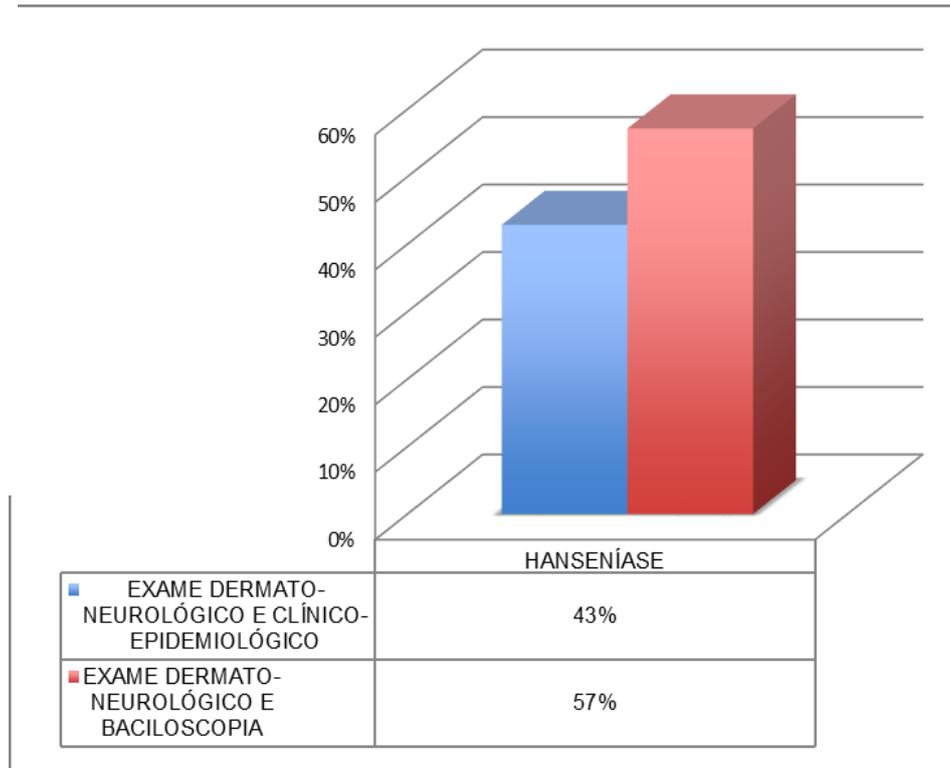


Fonte: Elaboração da Autora, 2015.

Na hanseníase, o estigma é um fenômeno real, que afeta a vida dos indivíduos nos seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e econômicos e representa o conjunto de fatores como crenças, medos, preconceitos, sentimento de exclusão que atinge os portadores da moléstia (BAIALARDI, 2007). Com base na afirmação da autora, e nos dados da pesquisa, o que se pode analisar, entre as inúmeras dificuldades encontradas na investigação de novos casos, é a presença marcante da não aceitação do diagnóstico de hanseníase pelo portador e muitas vezes pelos familiares.

O árduo trabalho do profissional enfermeiro, na educação continuada, com informações sobre transmissão, tratamento e cura da doença, são atividades constantemente realizadas durante as consultas de enfermagem. Porém não suficientes em relação a aceitação da doença por parte dos portadores, o que leva o campo de pesquisa encontrar-se na situação de alta incidência.

Gráfico 4 - Métodos utilizados na identificação de um caso de hanseníase - considerado mais de uma opção.



Fonte: Elaboração da Autora, 2015.

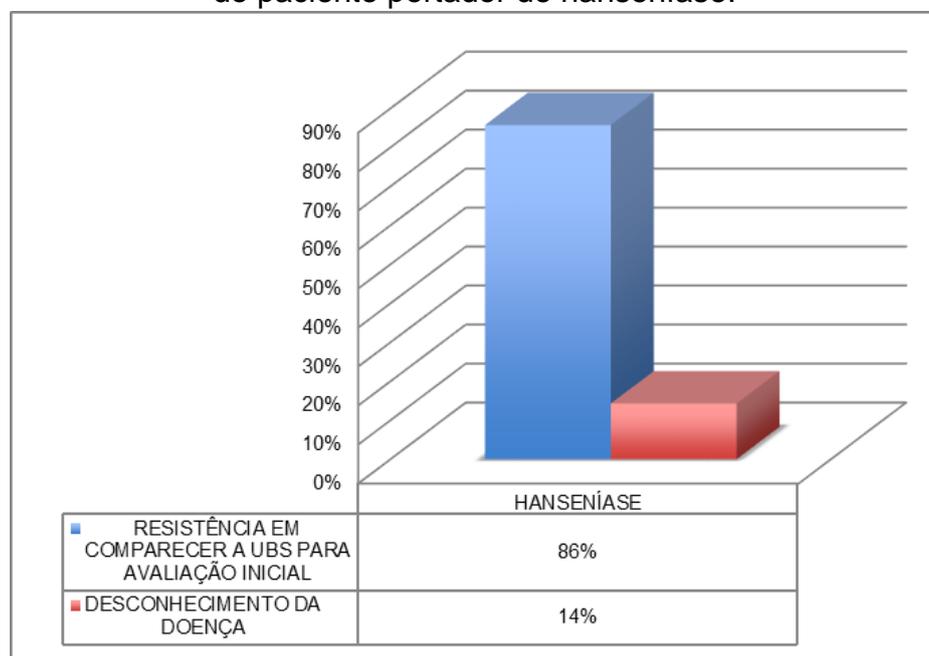
Os dados do Gráfico 4, referem-se aos métodos utilizados pelos profissionais na identificação de um caso. 43% dos profissionais entrevistados afirmaram que trabalham com a realização do exame dermatoneurológico e clínico-epidemiológico durante a avaliação de uma suspeição. 57% dos profissionais usam o método de exame dermatoneurológico e baciloscopia para identificar um novo caso.

Segundo Brasil (2008), é atribuição do profissional enfermeiro, identificar sinais e sintomas da Hanseníase e encaminhar os casos suspeitos para a unidade de saúde. Portanto, a suspeição diagnóstica de enfermagem em Hanseníase é a aplicação da consulta de enfermagem no levantamento de sintomas dermatológicos e posterior encaminhamento para o diagnóstico médico.

É por meio da consulta de enfermagem que o enfermeiro pode observar os sinais e sintomas da hanseníase e encaminhar os casos suspeitos para o dermatologista ou requisitar exames para a confirmação, como também realizar o acompanhamento do tratamento mensalmente, seja no Hospital ou na ESF (VIEIRA et al., 2012).

Com base nessas afirmações, leva-se a considerar que um profissional enfermeiro, com treinamento específico na área de hanseníase, tem muito a contribuir para o diagnóstico dessa doença.

Gráfico 5 - Dificuldades encontradas no controle dos contatos intradomiciliares do paciente portador de hanseníase.



Fonte: Elaboração da Autora, 2015.

O gráfico 5, analisa as dificuldades encontradas pelos profissionais em relação ao controle dos contatos intradomiciliares. Quando questionados quais desafios eram encontradas, 86% dos entrevistados declararam ser a resistência dos contatos em comparecer a UBS. 14% dos entrevistados afirmaram ser o desconhecimento da doença por parte dos familiares.

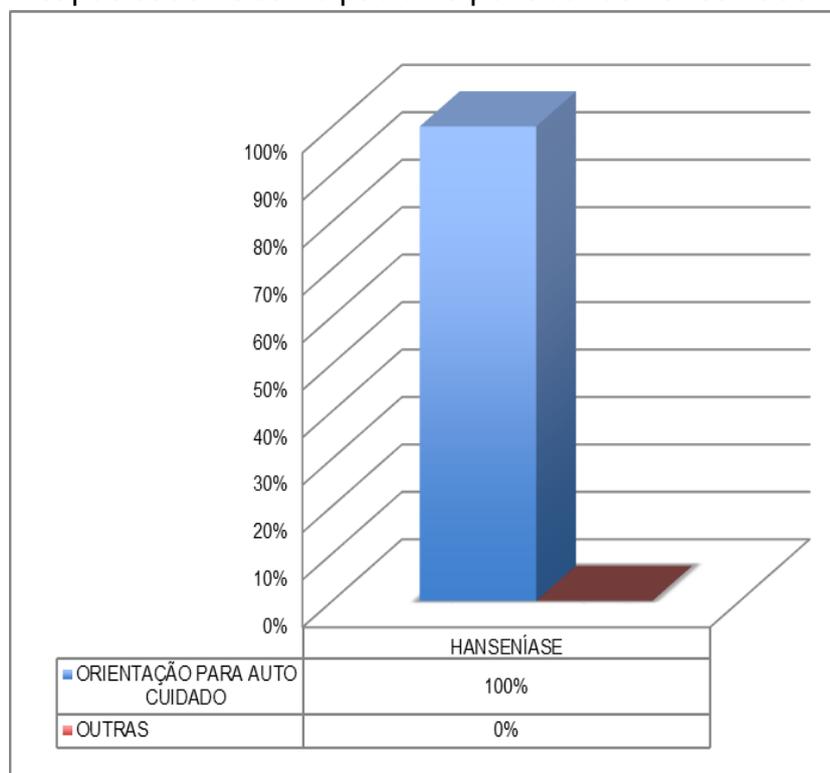
Nas afirmações de Brasil (2006), o Ministério da Saúde, estima que, para cada caso da doença, existem em média quatro contatos que convivem no mesmo domicílio. Este mesmo órgão define como contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente, nos últimos cinco anos.

Após confirmação de um caso de hanseníase, uma das atividades realizadas é a investigação epidemiológica, que é feita por meio da vigilância dos contatos intradomiciliares dos doentes, pois os familiares são as pessoas

mais expostas à infecção e, por isso, as que têm também maiores riscos de contrair a doença.

A situação encontrada no campo de pesquisa atual, a qual refere-se a resistência em comparecer a ESF para uma avaliação dermatoneurológica, também é afirmada por Ferreira (2013) na pesquisa realizada entre os anos de 2004 e 2006, quando o autor constata que os principais motivos que levaram à não realização do exame dermatoneurológico foram: trabalho, falta de informação e omissão. Fato que atualmente condiz com a real situação do município.

Gráfico 6 - Condutas utilizadas quando detectada alguma forma de incapacidade física no paciente portador de hanseníase.



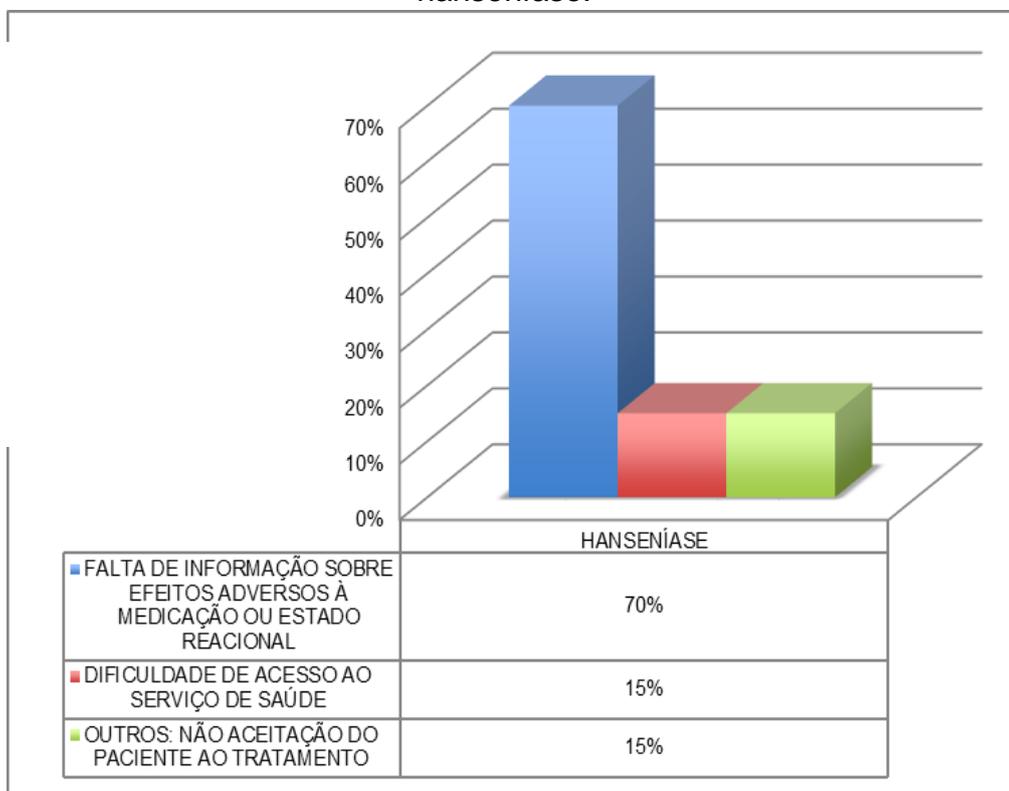
Fonte: Elaboração da autora, 2015.

Como representado no Gráfico 6, a pesquisa demonstra que 07 (sete) referente ao total, ou seja, 100% dos profissionais entrevistados utiliza como conduta quando detectada forma de incapacidade física, a orientação para o autocuidado. Esses dados levantam uma considerável hipótese de que os profissionais exercem com competência, a atividade relacionada ao autocuidado conforme preconiza o ministério da saúde.

Com base nas afirmações de Brasil (2008), as orientações sobre técnicas de autocuidados deverão fazer parte da rotina de atendimento aos pacientes e suas famílias. Revisar mensalmente a realização destas técnicas para evitar a piora das consequências da lesão neurológica.

Segundo Duarte (2008 apud Vieira et al., 2012), a enfermagem deve valorizar o conhecimento dos clientes sobre sua patologia, estimulando-o a responder suas indagações, lhes fornecendo informações necessárias e verídicas sobre a doença, pois eles são os educadores e orientadores da comunidade em que habitam. Mas, para isso o profissional de saúde deve ter uma linguagem clara, facilitando a compreensão de informações por eles fornecidas.

Gráfico 7 - Principal motivo de abandono do paciente ao tratamento da hanseníase.



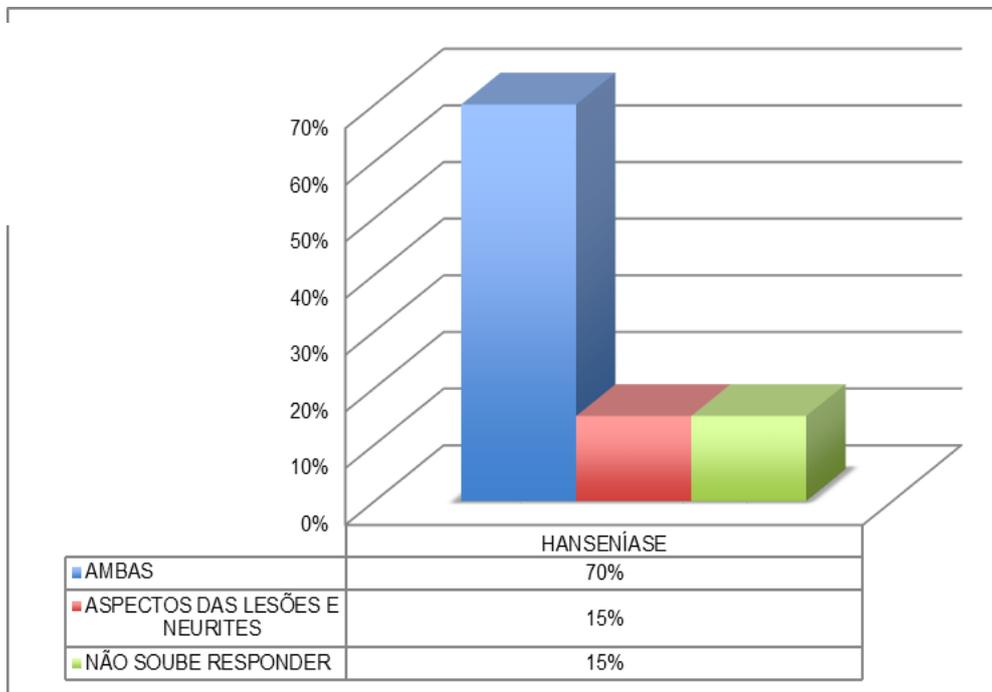
Fonte: Elaboração da Autora, 2015.

No Gráfico 7, observa-se a análise dos dados em relação ao principal motivo de abandono ao tratamento PQT. 70% dos profissionais entrevistados afirmaram ser a falta de informação sobre os efeitos adversos da poliquimioterapia PQT ou estado reacional.

Afirma Duarte (2008 apud Vieira et al., 2012), é na primeira consulta de enfermagem, a consulta de "Caso Novo", que ocorre todas as orientações sobre a hanseníase, seu tratamento e as formas de autocuidado. O autor relata que o tempo médio da consulta deveria variar de uma a duas horas, dependendo de fatores como: idade, escolaridade, incapacidades instaladas e necessidades manifestadas pelos clientes.

Para o autor, é evidente a “importância do esclarecimento dos pacientes quanto aos vários aspectos da hanseníase, a fim de que compreenda as manifestações clínicas que vivenciam e a importância da adesão ao tratamento”, além de estimular o autocuidado, fundamental na prevenção de incapacidades e manutenção de sua saúde (DUARTE apud VIEIRA et al., 2012).

Gráfico 8 - Clínica diferencial entre um estado reacional e uma recidiva.



Fonte: Elaboração da Autora, 2015.

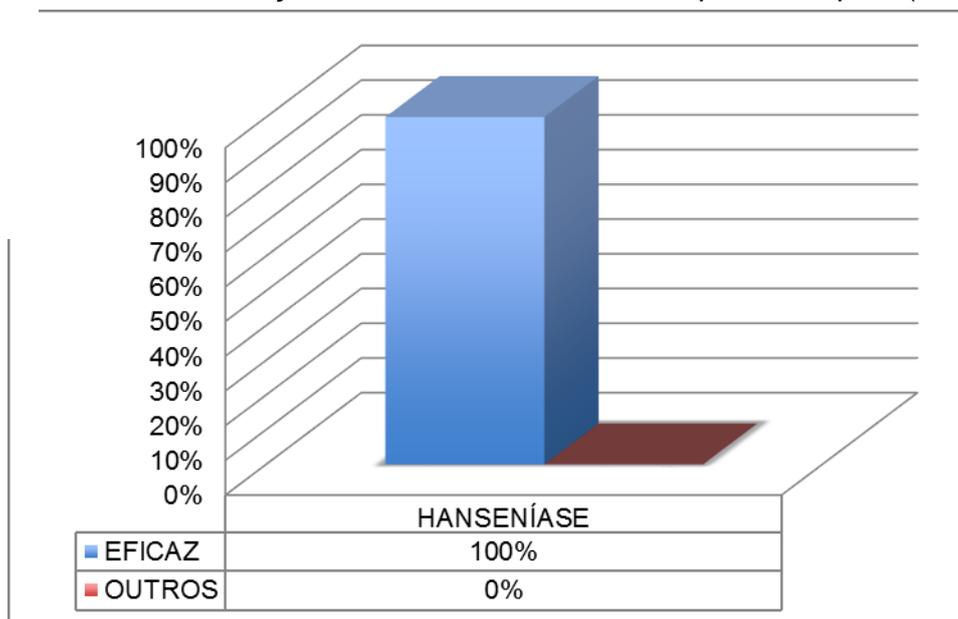
O Gráfico 8, analisa o percentual de respostas em relação a principal clínica diferencial entre um estado reacional e uma recidiva. 70% dos entrevistados responderam a alternativa, ambas. Essa opção refere-se, a aspectos das lesões e neurites, novas alterações de sensibilidade e novas lesões após um ano de alta por cura. Esse resultado chama a atenção para

uma breve análise da principal clínica diferencial, levando em consideração que o tempo de aparecimento do quadro reacional pode ser antes ou durante o tratamento, e estando relacionado com a maior chance de o paciente desenvolver incapacidades. Considera-se recidiva, quando o indivíduo que após ter recebido alta por cura, apresente sinais clínicos de atividade da doença. 15% declararam ser aspectos das lesões e neurites a principal clínica diferencial. 15% não soube responder.

O diagnóstico diferencial entre reação e recidiva deverá ser baseado na associação de exames clínico e laboratoriais, especialmente, a baciloscopia nos casos MB. Os casos que não responderem ao tratamento proposto para os estados reacionais deverão ser encaminhados a unidades de referência para confirmação de recidiva (BRASIL, 2008).

Frente a esses dados subtem-se, que a situação, caracteriza-se por falta de conhecimento dos profissionais em relação a patologia, e suas reações.

Gráfico 9 - Avaliação do Tratamento Atual Poliquimioterápico (PQT).

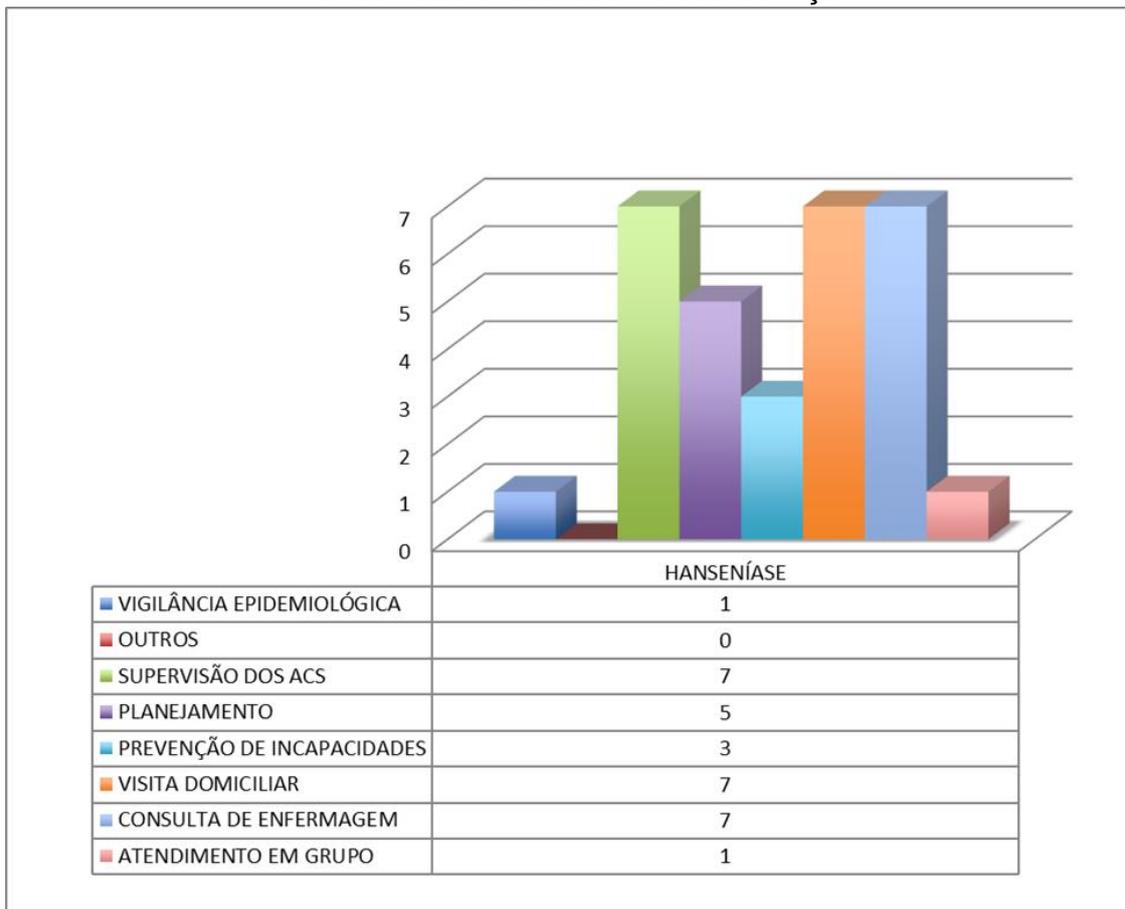


Fonte: Elaboração da Autora, 2015.

O Gráfico 9, mostra um resultado positivo em relação ao tratamento PQT por parte dos profissionais. 100%, total dos entrevistados afirmaram ser eficaz o tratamento da hanseníase. O ponto positivo dessa análise condiz com a afirmação de, (Brasil, 2010), o tratamento específico da hanseníase, indicado pelo Ministério da Saúde, é a Poliquimioterapia padronizada pelo OMS,

conhecida como Poliquimioterapia-padrão OMS (PQT/OMS). A PQT destrói o bacilo, tornando-o inviável, isto é, incapaz de infectar outras pessoas, rompendo assim a cadeia epidemiológica da doença. Evita a evolução da hanseníase, prevenindo incapacidades e deformidades físicas, levando o paciente à cura.

Gráfico 10 - As atividades principais relacionadas ao programa de controle da hanseníase executado no seu serviço.



Fonte: Elaboração da Autora, 2015.

O Gráfico 10, faz uma análise diferenciada em relação as atividades desenvolvidas pelos profissionais entrevistados. Como pode ser analisado existem inúmeras ações de enfermagem a serem executadas na ESF relacionadas a hanseníase. Com base nesse raciocínio, foi questionado aos profissionais enfermeiros quais delas eram executadas na rotina de seu trabalho. Os 07 (sete) profissionais realizam, supervisão dos ACS e consulta de enfermagem e visita domiciliar como ações de controle. 05 (cinco) dos profissionais entrevistados disseram realizar, além das anteriores o

planejamento para adesão ao tratamento da hanseníase. 03 (três) dos profissionais realizam, prevenção de capacidades como ação de enfermagem ao portador de hanseníase. Apenas 01(um) profissional, realiza atendimento em grupo. Fato de grande importância, que requer uma assistência precisa por parte do profissional enfermeiro, em relação às atividades realizadas para controle da hanseníase, foi a educação continuada cuja opção referia-se ao termo outros, onde nenhum dos profissionais entrevistados declararam realizar como atividade para controle da hanseníase.

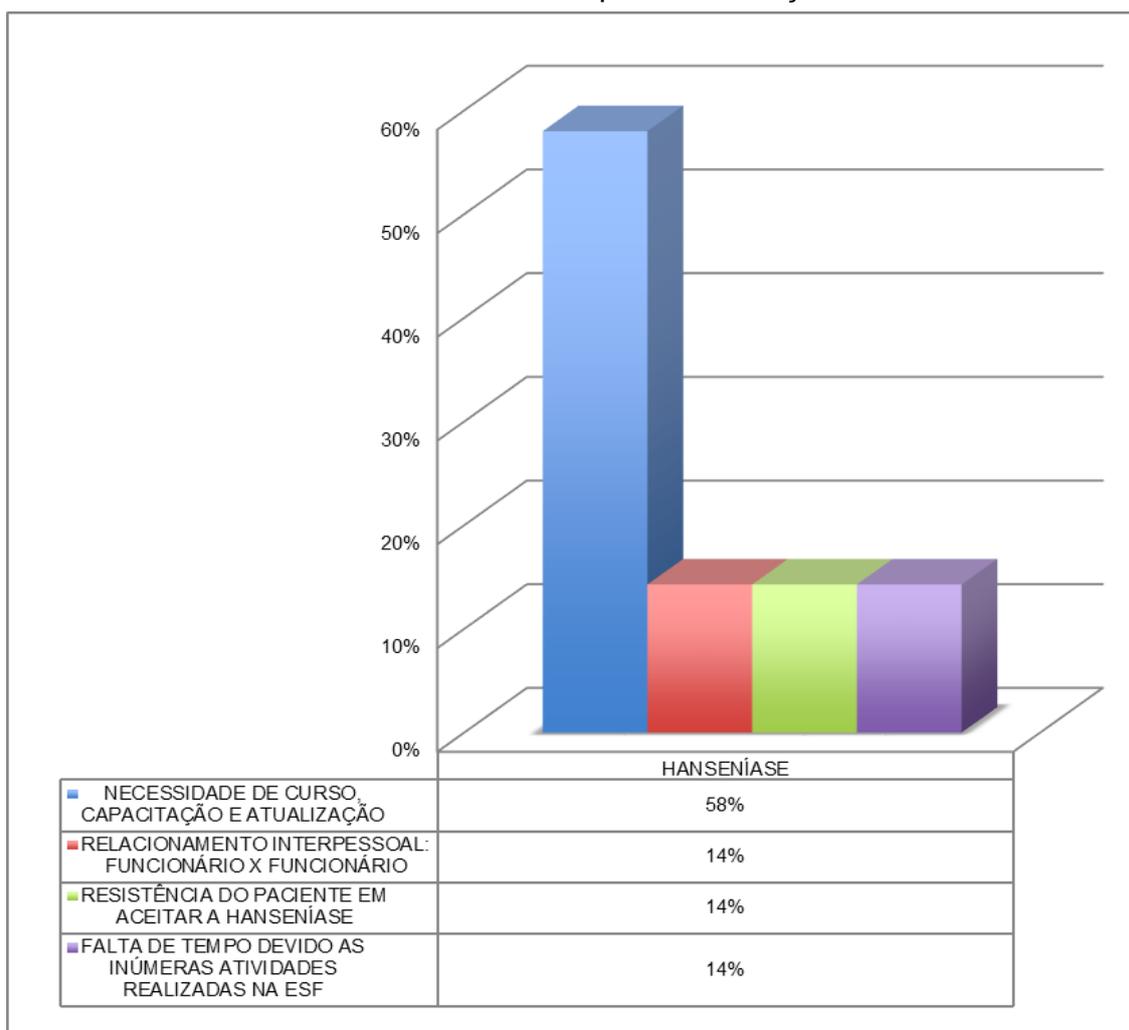
A despeito dos esforços visando ao esclarecimento da população sobre a hanseníase, são ainda frequentes nos serviços assistenciais a subutilização de materiais audiovisuais disponibilizados pela Gerencia de Dermatologia Sanitária (GDS), a falta de iniciativa para manter o suprimento de pôsteres/cartazes nas Unidades de Saúde e comunidades e o planejamento insatisfatório das ações de educação em saúde, nos âmbitos local e regional (SILVA et al., 2010).

Diante disso, observa-se uma grande falha por conta da coordenação no que se refere a esse item, levando em consideração que é de grande importância para seguir com um trabalho de controle da hanseníase.

Com a análise do Gráfico 11, pode ser observado que 58% dos entrevistados, afirmaram que a grande dificuldade encontrada para a execução das atividades de controle da hanseníase é a necessidade de curso de capacitação e atualização. 14% afirmaram ser relacionamento interpessoal: funcionário x funcionário, 14% falta de tempo devido a inúmeras atividades realizadas na ESF.

De acordo com Brasil (2008), a falta de capacitação proporciona um sentimento de impotência diante dos problemas enfrentados, refletindo negativamente na qualidade do atendimento prestado por estes profissionais ao portador de hanseníase. Faz-se necessário uma capacitação contínua nos serviços de saúde. Os profissionais que atuam na rede primária de saúde devem estar atentos para realizar a suspeição diagnóstica da hanseníase.

Gráfico 12 - Dificuldades encontradas para a execução dessas atividades.



Fonte: Elaboração da Autora, 2015.

Partindo do pressuposto acima, fica evidente que o município faça uma avaliação do trabalho realizado na ESF com a finalidade de melhorar o conhecimento dos profissionais que lidam diariamente com novos casos de hanseníase.

Ao se compreender as inúmeras atividades realizadas pelo profissional enfermeiro dentro da ESF, subtende-se que a grande preocupação por conta do profissional diante desse fato, seja a incapacidade de conhecimentos específicos para lidar com a suspeição diagnóstica da hanseníase em sua área de atuação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo buscou-se descobrir a real situação que vive o município de Paulo Ramos - MA, em relação às notificações de casos de hanseníase e os principais desafios encontrados pelos enfermeiros (as) que atuam na ESF.

Outro ponto que foi analisado com atenção foram os fatos que ocasionaram esse quadro de endemicidade no município; tendo em vista, que a possível ligação a uma incidência ou até mesmo a prevalência ainda oculta, é um obstáculo que torna difícil o trabalho da equipe para quebrar essa cadeia de transmissibilidade.

Com análise dos resultados observou-se a necessidade de atualização dos profissionais enfermeiros para que possam realizar a consulta de enfermagem ao portador de hanseníase dentro dos critérios preconizados pelo Ministério da Saúde, como também a ausência de uma educação continuada aos portadores e aos seus contatos intradomiciliares, estes são os principais desafios encontrados para um atendimento de qualidade.

Esses fatos comprometem a sistematização da assistência prestada aos portadores, demonstrando em forma de porcentagem o aumento do número de casos notificados tardiamente, o que implica dizer que o controle da hanseníase torna-se desfavorável ao grande empenho profissional.

Com o intuito de propor possíveis soluções para a equipe, baseando-se nos objetivos propostos pela pesquisa, considera-se fundamental trabalhar a necessidade do profissional enfermeiro (a) na detecção precoce da doença, de forma a fixar um plano assistencial eficiente aos portadores e realizar campanhas educativas como medida de prevenção.

Faz-se necessário, um maior comprometimento da gestão municipal facilitando de forma ampla e complexa treinamentos específicos aos profissionais; promovendo campanhas educativas sobre o assunto à

população; criando novas estratégias para detecção precoce de casos incentivando ações de saúde inovadoras frente aos portadores e seus familiares, especialmente no que tange a humanização.

Com isso, acredita-se que o comprometimento dos profissionais de saúde e gestão possibilita transformar a situação na região adscrita, tornando cada vez mais próxima a realidade de um êxito à detecção precoce, eliminando os focos de transmissão, e o controle da hanseníase no município.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Grossi Marcelo. **Hanseníase no Brasil**. Artigo de atualização maio – junho de 2003 Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG. 2003.

BAIALARD, Katia Salomão. **O Estigma da Hanseníase: Relato de uma Experiência em Grupo com Pessoas Portadora**. Hansen Int. 2007;32(1): 27-36.

BEIGUELMAN Bernardo. **Genética e Hanseníase**. Trabalho realizado com apoio do CNPq. 1 Departamento de Parasitologia, Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade de São Paulo. 2002, Ciência & Saúde Coletiva, 7(1): 117-128, 2002

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica**. - 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase: V Carta de Eliminação da Hanseníase. Plano nacional de eliminação da hanseníase em nível municipal 2006-2010**, Brasília, 2006.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o Controle da hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6ª ed. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2005.

BOECHAT, Nubia et al. **A Hanseníase e a sua Quimioterapia**. Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Tecnologia em Fármacos, Departamento de Síntese Orgânica, Mangueiras, 21041-250, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2012.

EIDT, Letícia Maria. **Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira**. Saúde soc. [online]. 2004, vol.13, n.2, pp. 76-88. ISSN 0104-1290

FIGUEREDO, Andréia Pinto Prevedello. **Hanseníase: do isolamento familiar ao social**. Monografia apresentada para obtenção do título de psicologia ao Centro Universitário Unirg. Gurupi Tocantins, 2012.

FILHO Rogério de Carvalho et al. **Hanseníase: Detecção precoce pelo enfermeiro na atenção primária**. Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG - V.3 - N.2 - Nov./Dez. 2010.

FOSS, Norma Tiraboschi. **Episódios reacionais na hanseníase. Simpósio: urgências e emergências dermatológicas e toxicológicas**. Divisão de Dermatologia. Departamento de Clínica Médica. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. São Paulo, 2003.

FREITAS, Márcia et al. Hanseníase e a suspeição diagnóstica de enfermagem. Trabalho de Conclusão de Curso (Para obtenção do grau de bacharel em enfermagem) - apresentado à Área de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2009.

KRELING, Patrícia Constantini. **Hanseníase**. 2010. Disponível em: <<http://pt-br.infomedica.wikia.com/wiki/Hanseníase>>. Acessado em 25 de Fevereiro de 2015, às 15:00.

KUMAR Robbins, et al. Patologia Básica. **Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento**. 21ª Edição – Artes Médicas – 208, 2003.

LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica 1** Marina de Andrade Marconi, Eva Maria Lakatos. - 5. ed. - São Paulo: Atlas 2003.

MATOS, Haroldo José de et al. **Epidemiologia da hanseníase em coorte de contatos intradomiciliares no Rio de Janeiro (1987-1991)**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1999, vol.15, n.3, pp. 533-542. ISSN 0102-311X. Medicina, Ribeirão Preto, 30: 358-363, jul./set. 2000.

Organização das Nações Unidas (ONU). **Guia de Brasil Para Eliminação da Hanseníase como Problema de Saúde Pública**. 1ª edição, Swtizerland, 2000.

PEDRO, Heloisa da Silveira Paro et al. **Hanseníase: comparação entre a classificação operacional no sistema de informação de agravos de notificação e o resultado da baciloscopia**. *Hansenol. int.* (Online) [online]. 2009, vol.34, n.2, pp. 13-19. ISSN 1982-5161.

SANTOS, João Silva. **Métodos de diagnóstico da Hanseníase**. Monografia apresentada ao Programa de Especialização em Análises Clínicas do ICS – Instituto de Ciências da Saúde Funorte/Soebrás, Cacoal, 2013.

_____, Lidiane Ferreira. **Circunstâncias Associadas ao Abandono do Tratamento da Hanseníase: Uma Revisão Sistemática**. Resumo, 2014.

SILVA, Alessandra Vidal et al. III Semana de Enfermagem do Huop. **Hanseníase e políticas de controle e eliminação da doença no brasil: uma revisão bibliográfica**. XIX Jornada cascavelense de enfermagem. Unioeste-Campus de Cacavel, 2010.

VIEIRA et al, **Consulta de Enfermagem ao portador de hanseníase em Hospital Referência do município de João Pessoa- PB**. Eixo temático: Vulnerabilidade social, UFPB, 2012.

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

Disponível em:

http://revista.fmrp.usp.br/1997/vol30n3/prevencao_incapacidades_hanseniase.pdf. Acessado em: 20 de maio de 2015.

AUTORES

DELVANE DA SILVA OLIVEIRA



Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão (2015), possui especializações nas áreas de Enfermagem do Trabalho (2019), Gestão da Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência (2019), Cuidados Intensivos em Enfermagem pela Faculdade Laboro (2019) e Saúde Estética Interdisciplinar Avançada (2020). Possui experiência profissional como Coordenadora do Programa de Hanseníase e Tuberculose (2017 a 2020); e Enfermeira Assistente da Estratégia Saúde da Família na cidade de Paulo Ramos-MA. Atualmente trabalha como enfermeira especialista em sala de urgência e emergência em um centro de saúde municipal.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3254201604171732>

MARIA BEATRIZ PEREIRA DA SILVA



Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (1986) e Mestrado Em Ciência da Educação pelo Instituto Pedagógico Latino Americano Icaribenho (2000). Doutorado em Ciências da Educação UNR-AR, Pós-Doutorado em Educação com Ênfase em Psicologia-UFLO-AR. Atualmente é professora assistente do CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE BACABAL. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Saúde Coletiva e Práticas Complementares, atuando principalmente nos seguintes temas: educação e saúde, da mulher, saúde do adulto e idoso.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3401188990895366>

PAULO HENRIQUE VIEIRA DE MACEDO



Graduado em Enfermagem Bacharel (2012) e Licenciatura em Filosofia (2015) pela Universidade Estadual do Maranhão. Mestrando em Ensino pela Universidade Vale do Taquari (UNIVATES). Tem experiência na docência, atuando como professor em Cursos Técnicos em Enfermagem; tutor do Curso de Licenciatura em Filosofia (EAD) da UEMA Campus Bacabal entre 2017-2020. Atualmente exerce a função de Supervisor de Estágio no Curso de Licenciatura em Filosofia da UEMANET; e é Professor regente nas cidades de Icatu - MA e Santa Inês -MA.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7664970406738016>

AUTORES

SEBASTIÃO MOREIRA MARANHÃO FILHO



Possui graduação em Farmácia Bioquímica pela Universidade Federal de Pernambuco (1975). Tendo a responsabilidade Técnica pelo funcionamento de Farmácia, Responsabilidade Técnica pelo Funcionamento de Laboratório de Análise e Clínica, Responsabilidade pela execução e produção de medicamentos existentes no mercado farmacêutico e responsabilidade técnica pelo controle de produção e tecnologia de alimentos. Em 2006 a 2007 foi Diretor Geral do Pronto Socorro Municipal de Bacabal-MA e Diretor Geral do Hospital Regional Laura Vasconcelos. Atualmente é professor titular da Universidade Estadual do Maranhão. É graduado e possui pós-graduação em Metodologia do Ensino Superior encontra-se apto para ministrar as disciplinas Parasitologia e Epidemiologia, Saúde Ambiental, Antropologia no Curso de Enfermagem na UEMA, onde por concurso público foi aprovado para tais aptidão. Coordenador/Colaborador no Projeto Mais Extensão - QUALIDADE DE VIDA E PREVENÇÃO DE CONDIÇÕES NEGLIGENCIADAS NA PERSPECTIVA DA MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO DE CONCEIÇÃO DE LAGO AÇU. Pro-Reitoria PROEXAE/UEMA/MA.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4042123648625245>

EMANUELLA PEREIRA DE LACERDA



Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão (2007). Especialização em Saúde da Família (2008), em Docência do Ensino Superior (2010), Gestão em Saúde (2016) e Nefrologia (2017). Têm experiência na docência do Ensino Superior no Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), no Campus UEMA Bacabal; e trabalhou como enfermeira em Unidades Básicas de Saúde no município de Bacabal.

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5938903400860283>

