



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADEMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

AMANDA CARLA SILVA FARIAS

**AÇÕES DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA CONTROLE DA
HANSENÍASE: REVISÃO INTEGRATIVA**

CUITÉ – PB

2016

AMANDA CARLA SILVA FARIAS

**AÇÕES DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA CONTROLE DA
HANSENÍASE: REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. M.^a Heloisy Alves de Medeiros

CUITÉ – PB

2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

F224a Farias, Amanda Carla Silva.

Ações dos enfermeiros da atenção primária para controle da hanseníase: revisão integrativa. / Amanda Carla Silva Farias. – Cuité: CES, 2016.

51 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2016.

Orientadora: Heloisy Alves de Medeiros.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Hanseníase. 4. Enfermagem de atenção básica. I. Título.

Biblioteca do CES

CDU 616-002.73

AMANDA CARLA SILVA FARIAS

**AÇÕES DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA CONTROLE DA
HANSENÍASE: REVISÃO INTEGRATIVA**

APROVADO EM ____/_____/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. MsC. Heloisy Alves de Medeiros

Orientadora (UFCG /CES/ UAENFE)

Prof^a. Msc. Édija Anália Rodrigues de Lima

Examinadora (UFCG /CES/ UAENFE)

Enf^a. Esp. Geuma Ângela Cavalcanti Marques

Examinadora (Enf^a ESF - CG)

*Agradeço à **Deus** pelo fim de mais essa etapa, pelos sonhos que se concretizaram. Porque dele, e por meio dele, e para ele são todas as coisas. Agradeço-te por nunca me deixar esquecer mesmo em meio aos desertos, que sou uma de suas favoritas.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à **Deus**, agradeço pela presença em todos os momentos. Grandes foram as lutas e sempre estivestes comigo.

Dedico toda a minha conquista aos meus pais, **Rita Ferreira Silva** e **Argemiro Santos Figueiredo**, vocês que sempre estiveram presentes em minha vida e que me encorajaram a continuar e assim vencer. A vocês, meus pais, meu muito obrigada!

Em especial ao meu querido avô, **Pio Rodrigues da Silva**, que também fez papel de pai para mim, e é por você que eu quero ser ainda mais e melhor.

Aos meus irmãos **João Roberto da Silva Figueiredo** e **Pedro Alan da Silva Figueiredo**, saibam que só foi possível chegar até aqui porque sabia que podia contar incondicionalmente com vocês.

Ao meu avô **João Figueiredo** e minhas avós **Arminda Ferreira Silva** e **Amália Rocha** (in Memoriam) grandes exemplos para as gerações que os sucedem.

Ao meu esposo, **Thales Pereira Medeiros** que compreendeu a minha ausência em momentos em que eu não poderia ter faltado; que enxugou minhas lágrimas quando o choro se fez inevitável. Que sempre me apoiou para concluir essa longa caminhada, que fez de meus sonhos seus próprios objetivos e de meus objetivos sua própria luta.

Minhas tias, **Alair Figueiredo Cambuí**, **Ivone Ferreira Silva** e **Ana Flávia Felix Farias**, obrigada por todo apoio durante a minha vida acadêmica.

Aos meus primos – amigos: **Laiane Silva Rosário**, **Érico Vinicius Figueiredo Cambuí**, **Clécia Fernandes**, pela amizade e o carinho.

Meus demais tios e primos, dos quais tanto gosto, muito obrigada pela atenção dispensada. A todos vocês, que compartilharam meus ideais, dedico a minha vitória com a mais profunda gratidão e respeito.

Aos meus sogros – padrinhos **Ivoneide** e **Railton**; cunhados **Thassio** e **Thayane** que me apoiaram com pequenas palavras e gestos ao longo do processo.

À minha grande amiga, **Dona Isaura** que sempre esteve presente em minha vida acadêmica, esta que me acolheu como uma filha, muito obrigada à você e toda à sua família pelo grande apoio.

Ao **Colégio Cláudio Abílio Aragão** e o querido professor e diretor **Jorge Rodrigues** (in Memoriam), pelo apoio em meus estudos, pela grande oportunidade de base educacional fundamental para minha formação, aos princípios e valores firmados como ser humano.

À minha orientadora Prof^ª **Heloisy Medeiros**, agradeço a condução nos primeiros e essenciais passos da minha formação. Grata pelo dinamismo, a confiança, o carinho, a compreensão, enfim, por compreender e incentivar a concretização desse trabalho.

À enfermeira **Janaína Almeida e toda equipe do PSF V** da cidade de Picuí, pelo acolhimento, por todas as experiências repassadas, todo carinho e por me inserir na rotina de sua comunidade que nos abraçou com muito carinho, meus agradecimentos.

À **Banca Examinadora, Professora Mestre Édija Anália Rodrigues de Lima e Enfermeira Especialista Geuma Ângela Cavalcanti Marques**, pela disponibilidade em participar deste trabalho e contribuir para o aperfeiçoamento do mesmo.

Um agradecimento muito especial aos meus queridos colegas de curso, que sempre me apoiaram nas obrigações acadêmicas, **Ana Quitéria, Ravan, Gilzimore, Vitória, Tamirys, Amanda, Elton e Milca**. Muito obrigada por todo apoio.

E finalmente, agradeço a todos que me ajudaram direta ou indiretamente para o desenvolvimento deste projeto. **MUITO OBRIGADA** à todos vocês!

RESUMO

FARIAS, A. C. S. **Ações dos enfermeiros da atenção primária para controle da hanseníase: revisão integrativa.** Cuité, 2016. 51 f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) (Bacharelado em Enfermagem) - Unidade Acadêmica de Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité-PB, 2016.

A hanseníase é uma doença datada de tempos antigos, quando não tratada adequadamente é incapacitante, deixando por vezes as pessoas acometidas com deformidades físicas, sendo um grave problema de saúde pública. Este estudo teve como objetivo geral sumarizar o conhecimento científico publicado em periódicos, entre janeiro de 2006 até o mês de abril de 2016 acerca das ações para controle da hanseníase realizadas pelos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a partir das bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do Banco de Dados da Enfermagem (BDENF) e a biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram utilizados os descritores “enfermagem, atenção primária, saúde da família” combinados ao descritor “hanseníase”, através do operador booleano AND para expandir as possibilidades de busca. Feita a seleção dos estudos, dezessete (17) artigos foram selecionados e incluídos ao trabalho. Os estudos revisados nas bases de dados foram caracterizados quanto ao autor, o ano, o periódico, as bases de dados ou biblioteca eletrônica e o tipo de estudo. Após leitura na íntegra também foram extraídas categorias temáticas acerca das limitações e possibilidades para a efetiva eliminação da hanseníase e o elenco de ações de enfermagem postas em prática para o controle da doença. Os estudos apontam que o profissional enfermeiro tem um papel essencial no processo de trabalho em hanseníase, já que por vezes é responsável por realizar o primeiro atendimento ao cliente hanseniano, como também é protagonista para escuta, valorizando as queixas e direcionando ações de educação em saúde. Alguns estudos mostram que processos educativos são fundamentais nos serviços de saúde, pois trabalhadores de saúde capacitados poderão oferecer à população uma assistência mais qualificada. Frente a essas comprovações foi observado, que para se obter o sucesso no controle da hanseníase é necessário um enfermeiro capacitado, ativo nas ações de controle. Sendo assim recomendamos a realização de novos estudos versando sobre metodologias para a capacitação da enfermeira na assistência a hanseníase na atenção primária.

Palavras – Chave: Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Hanseníase. Enfermagem de Atenção Primária.

ABSTRACT

Hansen's Disease (also known as leprosy) is known since old times, when not properly treated it can be incapacitating, leaving, sometimes, physical deformities, thus being a public health issue. This study had as general objective summarize the scientific knowledge published in periodic publications, from January 2006 until April 2016, about the actions taken in order to control the Hansen's Disease by the nurses from Health Family Strategy. This is an integrative review of the published literature, from databases of the Caribbean and Latin-American Literature in Health Science (LILACS) and Nursing Database (BDENF) and the electronic library Scientific Electronic Library (SciELO). The descriptors utilized were "nursing, primary care, family health" combined with "Hansen's Disease", through the boolean operator "AND" to expand possibilities in the research. With the studies' selection, seventeen (17) articles were selected and included in this work. The database's reviewed studies were characterized by author, year, published periodic, databases or electronic libraries and type of study made. After complete reading also were extracted thematic categories regarding limitations and possibilities of effective elimination of the Hansen's disease and the index of actions implemented by the nurses to management of the disease. The studies point that the nursing professional has an essential role in work process of Hansen's, since sometimes he is responsible for the first assistance of the diseased, also important in listening, valuing complaints and directing actions to the health education of the patient. Some studies show that educative processes are fundamental in health services, because capacitated health workers are capable of offering a more qualified assistance. Faced with these evidences it was observed that in order to obtain success in controlling of Hansen's Disease a capacitated nursing professional is required, that is also active in these actions to control. Therefore, we recommend the realization of new studies dealing with methodologies to capacitate nursing in the assistance of primary care of the Hansen's disease.

Keywords: Family Health. Primary. Health Care. Leprosy. Primary Care Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo geral	17
2.2 Objetivos específicos	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1.1 Tipos de hanseníase	18
3.2 Diagnóstico da hanseníase	20
3.2.1 Diagnóstico Clínico	20
3.2.2 Diagnóstico Laboratorial	20
3.2.3 Incapacidades ocasionadas pela hanseníase	22
3.3 Tratamento da hanseníase	24
3.4 Políticas Direcionadas aos Portadores de Hanseníase	25
3.5 Descentralização da Atenção a Hanseníase para Atenção Básica	26
3.5.1 Unidade de Referência	28
3.5.2 Notificação de Casos	28
4 PERCURSO METODOLOGICO	29
4.1 Tipo de Estudo	29
4.2 Etapas da Revisão Integrativa	29
4.2.1 Questão Norteadora	29
4.2.2 Critérios para Inclusão e Exclusão de Estudos	29
4.2.3 Procedimento para Coleta de Dados	30
5 RESULTADO E DISCUSSÃO	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICE	50

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 Descrição dos artigos selecionados conforme ano de publicação, título, objetivos e principais resultados.
- Quadro 2 Frequência dos artigos por periódico e qualis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição do número de artigos encontrados, pré-selecionados, excluídos e incluídos, de acordo com as bases eletrônicas de dados.

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 Distribuição dos artigos da revisão integrativa quanto ao local de consecução da pesquisa Maio. 2016.
- Gráfico 2 Distribuição dos artigos encontrados na revisão integrativa segundo o sexo do autor principal. Maio 2016.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica de Saúde
ACH	Ações de Controle de Hanseníase
CGD	Coefficiente Geral de Detecção
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HD	Hanseníase Dimorfa
HI	Hanseníase Intermediária
HT	Hanseníase Tuberculóide
HV	Hanseníase Virchowiana
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCH	Programa de Controle da Hanseníase
PCR	Cadeia da Polimerase
PNCH	Programa Nacional de Controle da Hanseníase
PQT	Poliquimioterapia
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SNL	Serviço Nacional de Leprosia
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
USF	Unidade de Saúde da Família

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença datada de tempos antigos, quando não tratada adequadamente é incapacitante, deixando por vezes as pessoas acometidas com deformidades físicas. É uma doença de caráter infectocontagioso, causada pelo *Mycobacterium leprae*, que se manifesta através de sinais e sintomas dermatoneurológicos (MORENO, ENDERS, SIMPSON, 2008).

Antes conhecida como lepra, morfeia e mal-do-sangue, essa doença carrega um estigma até hoje por consequência da sua história, devido na antiguidade, alguns anos antes de Cristo, já ser considerada uma doença contagiosa, mutilante e incurável. Seus portadores foram discriminados, sofreram abandono e eram excluídos do convívio social, isolados nos chamados leprosários (LUNA, et al, 2010).

Aproximadamente 233 mil casos da doença foram registrados mundialmente em 2012, 16 países registraram acima de 1.000 casos. O continente americano registrou aproximadamente 17% de todos esses casos, o Brasil foi o responsável por 93% dos casos. Apesar do Brasil registrar decréscimos nos números de detecção de casos novos de hanseníase, em 2012 foram registrados 33.303 casos, as regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste se destacaram como as mais endêmicas (OLIVEIRA, 2013).

Nos Estados da região Nordeste, mesmo com a redução do coeficiente de prevalência de hanseníase em Alagoas (recentemente foram 1,1 casos/10 mil habitantes), Bahia (1,9 casos/10 mil habitantes), Ceará (1,1 casos/10 mil habitantes), Maranhão (5,7 casos/10 mil habitantes), Paraíba (1,5 casos/10 mil habitantes), Pernambuco (2,7 casos/10 mil habitantes), Piauí (3,5 casos/10 mil habitantes) e Sergipe (1,2 casos/10 mil habitantes), de acordo com os números os Estados da região Nordeste requerem intensificar as ações para eliminação da doença, devido apresentar um padrão de média endemicidade. Em relação ao Rio Grande do Norte, apesar da significativa redução do coeficiente de prevalência de hanseníase, que atualmente é de 0,74 casos/10 mil habitantes, o Estado ainda exige uma intensificação das ações para abolição da doença em alguns municípios que ainda não alcançaram o nível de eliminação (OLIVEIRA, 2013).

Por meio da distribuição espacial, segundo inquérito epidemiológico do Ministério da Saúde (MS) e Secretária de Vigilância em Saúde (SVS), verificam-se áreas silenciosas ou de baixa endemicidade em todas as regiões geográficas do Estado da Paraíba. Dos 223 municípios, 129 (59%) não notificaram casos em 2010, 14 municípios são classificados como hiperendêmicos, mas apenas 3 destes diagnosticaram mais de 10 casos. Cajazeiras (no Sertão

Paraibano) com coeficiente de detecção 107,8 casos/100 mil habitantes, Campina Grande (no Agreste Paraibano) com 20,8 casos/100 mil habitantes e a capital João Pessoa (Litoral Paraibano) com 11,3 casos/100 mil habitantes são os municípios paraibanos com maior incidência, sendo prioritários para o combate a hanseníase. No entanto, observa-se queda significativa no coeficiente geral de detecção (CGD) na Paraíba, de 2,3 casos/100 mil habitantes ao ano, nos últimos dez anos (BRASIL, 2015; OLIVEIRA, 2013).

O CGD da Paraíba em 2010 foi de 17,4 casos/100 mil habitantes e para os menores de 15 anos de 4,1 casos/100 mil habitantes, padrão de elevada magnitude. As medidas de vigilância são voltadas ao aumento do percentual de exame de contatos que em 2010 foi precário, com 37,2%. O principal indicador de avaliação da qualidade da atenção é o percentual de cura dos casos diagnosticados, com resultado de 77,8% (BRASIL, 2015).

Apesar da sensível melhora nos dados, a hanseníase continua a ser um problema de saúde pública nacional, nos últimos anos a doença fez parte das prioridades do MS, que busca a descentralização do atendimento ao paciente acometido pela doença visando o diagnóstico e tratamento precoce por meio do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) (MORENO ENDERS, SIMPSON, 2008).

Em fevereiro de 2016 o Ministério da Saúde publicou resolução com as novas diretrizes para eliminação da hanseníase, como forma de reafirmar a necessidade de padronizar as ações nos serviços de saúde. O controle da hanseníase foi descentralizado para a atenção primária, sendo de competência desses profissionais o diagnóstico e tratamento dos casos, bem como investigação de novos casos na comunidade. Apenas exceções, os casos de incapacidade física que necessitam de técnicas complexas, devem ser referenciados para a atenção secundária ou serviços gerais de reabilitação (BRASIL, 2016).

A nova conformação da atenção a hanseníase na atenção básica, demonstra um maior comprometimento político e maior envolvimento da comunidade, explorando os meios de comunicação para promover informações sobre os serviços de poliquimioterapia (PQT) gratuitos para a cura da doença (ANDRADE, 2000).

Nesse sentido mostra-se necessário um acesso simples e ágil para que aconteça diagnóstico precoce da doença, sem que venha ocorrer alterações da aparência e incapacidade físicas, e tratamento mais próximo do paciente, para que este seja iniciado o mais rápido possível e as taxas de abandono venham a reduzir (BRASIL, 2015).

Em meio a todos os aspectos positivos para o tratamento de paciente acometido, bem como para a prevenção das pessoas que convivem com portadores da doença, a descentralização deve promover, através do Programa de Controle da Hanseníase (PCH) uma capacitação para

os profissionais de saúde que atuam na atenção básica, favorecendo um diagnóstico cada vez mais precoce, além do tratamento oportuno (MORENO, ENDERS, SIMPSON, 2008). A crítica se faz a não uniformidade de capacitações nas diversas regiões do país, ficando ainda latente o despertar do conhecimento sobre a hanseníase para alguns profissionais de saúde da estratégia de saúde da família.

Apesar da existência de estratégias terapêuticas disponíveis para o combate à hanseníase, há um fator que implica a necessidade de investigar o real motivo para o surgimento de novos casos, os quais dificultam a eliminação da doença, que é o caso da subnotificação (SILVA, 2014).

Embora se tenha avançado muito na questão do tratamento farmacológico oferecido, que é um ponto fundamental para o controle e interrupção da transmissão da hanseníase, quebrando a cadeia epidemiológica, o país ainda não atingiu a meta de eliminação, e um dos fatores para a permanência da doença são os casos não diagnosticados, responsáveis pela manutenção de fontes de contágio na população. Essa insuficiência de diagnósticos pode se dar por conta da falta de capacitação dos profissionais, ou por negligência dos profissionais de saúde não procurarem investigar mais fundo seu território (ARANTES, 2010).

Frente a essa problemática surgiu a seguinte questão norteadora para este estudo: Quais as ações desenvolvidas pelos enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família (ESF) para assistência e controle da hanseníase?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Sumarizar o conhecimento científico publicado em periódicos de Enfermagem, entre os anos de 2006 e 2016, acerca das ações para o controle da hanseníase realizadas pelos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os estudos revisados nas bases de dados quanto ao autor, o ano, o periódico, as bases de dados ou biblioteca eletrônica e o tipo de estudo.
- Identificar as ações de enfermagem para o controle da hanseníase.
- Identificar as limitações e possibilidades para a efetiva eliminação da hanseníase.
- Distribuir os artigos da revisão integrativa quanto ao local de consecução da pesquisa.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Etiologia da doença

A hanseníase constitui uma doença infectocontagiosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, uma bactéria intracelular obrigatória, tem evolução lenta e se manifesta especialmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos, causando lesões na pele e nervos periféricos, principalmente nos olhos, mãos e pés. O *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen tem tempo de multiplicação lento que dura em média de 11 a 16 dias, com afinidade por células cutâneas e por células dos nervos periféricos, que se instala no organismo da pessoa infectada, podendo se multiplicar, pode ter um período de incubação de dois a sete anos (BRASIL, 2015).

O bacilo de Hansen tem alta infectividade e baixa patogenicidade, isto significa que contamina muitas pessoas, no entanto, poucas adoecem. O homem é reconhecido como única fonte de infecção (reservatório), apesar de que tenham sido identificados animais naturalmente infectados (SANTOS, 2008).

A transmissão da hanseníase acontece por meio do contato direto com pessoas acometidas com o tipo virchowiano ou dimorfo que ainda não foram diagnosticados ou não iniciaram tratamento, devido esses indivíduos possuírem carga bacilar suficiente para favorecer a transmissão (SANTOS, 2008).

O bacilo é eliminado para o meio externo pelas vias áreas superiores (mucosa nasal e orofaringe), infectando outras pessoas suscetíveis. Estima-se que apenas uma parcela da população que entra em contato com a bactéria manifeste a doença, que ataca, maiormente a pele e os nervos periféricos, mas também se manifesta de forma sistêmica, comprometendo articulações, olhos, testículos, gânglios e outros órgãos (CURI, 2010).

3.1.1 Tipos de hanseníase

a) **Hanseníase indeterminada (HI):** a lesão inicial se expressa como uma área de hipostesia, podendo ser uma lesão visível ou não. A manifestação cutânea mais comum é o surgimento de uma ou algumas máculas de hipopigmentadas a discretamente eritematosas, e mais secas do que a pele circunjacente, medindo geralmente poucos centímetros de diâmetro. De acordo com Souza (1997), é um estágio inicial e transitório da hanseníase, podendo ser

encontrado em indivíduos de resposta imune não definida diante do bacilo, principalmente em crianças.

A hanseníase indeterminada pode evoluir com cura espontânea, desenvolver-se de forma lenta, ou, ainda, involuir, reaparecendo tardiamente, com características clínicas definidas, dentro das características da doença, de acordo com sua capacidade de resposta imune ao *M. leprae* (OPROMOLLA, 2003).

b) Hanseníase tuberculóide (HT): neste tipo o bacilo tem um grau de resistência muito grande. Essa forma é caracterizada por máculas ou placas em pequeno número, forma e tamanho variados, são bem delimitadas e de tom castanho, podendo ser cheias ou apresentando um bordo mais ou menos elevado e o centro plano e hipocrômico. Há alterações acentuadas de sensibilidade nas lesões e pode levar ao acometimento de troncos nervos superficiais ou profundos, mas, geralmente, em pequena porcentagem de casos (SOUZA, 1997).

Nessa forma clínica existe comprometimentos neurológicos específicos. A baciloscopia é negativa e a histopatologia revela granulomas tuberculóides que, às vezes, tocam a epiderme, destroem filetes nervosos e os bacilos são visíveis apenas em cortes seriados. Grande parte dos casos é autolimitada, tem cura espontaneamente. Para o tratamento em massa da hanseníase, os casos tuberculóides e indeterminados são considerados como paucibacilares (OMOPROLLA, 2003).

c) Hanseníase virchowiana (HV): trata-se de forma multibacilar, reconhecida por corresponder ao pólo de baixa resistência, dentro do espectro imunológico da doença. Se manifesta em indivíduos que apresentam imunidade celular debilitada para o *Mycobacterium leprae*. A HV pode evoluir a partir da forma indeterminada ou se apresentar como esse tipo desde o início (ARAÚJO, 2003).

Tem evolução crônica, que caracteriza-se pela infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas das vias aéreas superiores, olhos, testículos, nervos, podendo afetar, ainda, os linfonodos, o fígado e o baço. Na pele, apresenta-se pápulas, nódulos e máculas. A infiltração é difusa e mais acentuada na face e nos membros. A pele torna-se luzidia, com aspecto apergaminhado e tonalidade semelhante ao cobre. Há rarefação dos pêlos nos membros, cílios e supercílios. A queda de pêlos nesse local chama-se madarose. A infiltração da face, incluindo os pavilhões auriculares, com madarose e manutenção da cabeleira, forma o quadro conhecido como fácies leonina. O comprometimento nervoso ocorre nos ramúsculos da pele, na inervação vascular e nos troncos nervosos (ARAÚJO, 2003).

d) Hanseníase dimorfa (HD) ou "borderline": as lesões cutâneas nesses casos são geralmente numerosas e lembram muitas vezes as que são observadas nos tuberculóides e nos

virchovianos, com tonalidade ferruginosa e indefinição dos seus limites. Os casos típicos dimorfos exibem pápulas, um aspecto bizarro ao tegumento. Pacientes acometidos com esse tipo de hanseníase exibe placas muito características, que apresentam uma área central circular de pele hipocrômica ou de aparência normal, bem delimitada, e que se difunde na periferia, perdendo os seus limites gradual e imprecisamente na pele que a circunda - são as lesões "esburacadas" ou em "queijo suíço". Quando confluem, dão à pele um aspecto reticulado (SOUZA, 1997).

Os nervos periféricos são comprometidos com frequência e esse comprometimento é intenso e extenso. E relativamente comum a ocorrência de lagofalmo bilateral, mais lesões cúbito - medianas nas mãos e paralisia dos peroneiros. A baciloscopia é sempre positiva nos dimorfos e a histopatologia mostra granulomas com células epitelióides, linfócitos e células gigantes, naqueles casos em que as lesões são semelhantes às dos tuberculóides, e infiltrados mistos com poucos linfócitos, e células espumosas com lipídios nos demais (OMOPROLLA, 2003).

3.2 Diagnóstico da hanseníase

Para um diagnóstico correto, é necessário o entendimento absoluto do conceito da hanseníase, o que possibilita a relação entre o curso clínico evolutivo e a extensão do comprometimento cutâneo neural, característicos de cada forma clínica da doença. A partir deste conhecimento, são aplicadas classificações, que auxiliam a compreensão, e norteiam a terapêutica (SILVA, 2014).

3.2.1 Diagnóstico Clínico

Esse tipo de diagnóstico tem como base os sinais clínicos e os sintomas próprios da doença, é realizado por exame físico do paciente em busca de sinais dermatológicos da doença, que são lesões ou áreas com alteração de sensibilidade, e o comprometimento ou lesões dos nervos periféricos (BRASIL, 2004). Baseia-se nos aspectos das lesões cutâneas, variando em número, extensão, definição de margens e simetria de distribuição (SILVA, 2014).

3.2.2 Diagnóstico Laboratorial

De acordo com (PEREIRA, 2006) nenhum exame laboratorial é suficiente para diagnosticar ou classificar a hanseníase. Ultrassonografia e ressonância magnética auxiliam no diagnóstico da forma neural pura e neurite. Eletro-neuromiografia é útil no acompanhamento das reações. Intradermoreação de Mitsuda, baciloscopia e histopatologia, geralmente, permitem diagnosticar e classificar a forma clínica. Sorologia, inoculação, reação de

imunistoquímica e reação em cadeia da polimerase (PCR) são técnicas utilizadas principalmente em pesquisas (DE FARIA, 1990; LASTÓRIA, 2012)

Intradermorreação: na intradermorreação de Mitsuda, é injetado na derme o antígeno lepromina. Se surgir uma pápula igual ou maior que 5 mm, após quatro semanas, indica positividade. Anuncia o grau de imunidade celular, que auxilia na classificação da forma clínica, porém, não faz diagnóstico. É positiva nos pacientes tuberculoides, quando há boa resposta imunocelular, é negativa nos virchowianos, assim, determinando uma essa resposta deficiente, mostra graus variáveis de positividade nos dimorfos (PINHO, 1998).

Baciloscopia: a baciloscopia de raspado dérmico de lesão, é realizado nos lóbulos das orelhas e cotovelos, pelo método de Ziehl-Neelsen, avalia os índices baciloscópico e morfológico. Índice baciloscópico consiste no número de bacilos numa escala logarítmica entre 0 e 6+, é positiva nos multibacilares, servindo como auxílio para no diagnóstico, e nos paucibacilares é normalmente negativa. No índice morfológico (percentual de bacilos íntegros em relação ao total dos bacilos examinados) verifica viabilidade bacilar. Os íntegros (viáveis) são totalmente colorados em vermelho e só aparecem nos casos sem tratamento ou recidivas. Os que aparecem fragmentados são observados em pacientes tratados, e apresentam pequenas falhas na parede e os granuloses, grandes falhas mostrando, respectivamente, fragmentos ou pontos corados em vermelho (BRASIL, 2015).

Histopatologia: o exame histopatológico é realizado usando as colorações de hematoxilina-eosina e Faraco-Fite, que confirma bacilos álcool-ácido-resistentes. No grupo indeterminado é observado infiltrado inflamatório inespecífico, com predomínio de linfócitos, perianexial e perineural, os bacilos nesse caso são ausentes ou raros. Na forma tuberculoide há granulomas tuberculoides, estendendo-se da derme profunda à camada basal, são constituídos por células epitelioides e gigantes multinucleadas de Langhans, e rodeados por linfócitos, existe frequentemente firas nervosas destruídas, os bacilos são ausentes ou raros. A forma Virchowiana observa-se granulomas histiocitários, com alteração lipídica formando células espumosas vacuolizadas (células de Virchow), são ricas em bacilos, formando globias, os linfócitos são escassos (PINQUIER, 2011; PIRIS, 2010).

Sorologia: dentre os antígenos usados para pesquisa sorológica de anticorpos anti-*Mycobacterium leprae*, o glicolípido fenólico-1 é o destaque, ele é específico do bacilo. Induz à produção de anticorpos IgM, que são medidos por ensaio imunoenzimático. A apresentação dos anticorpos reflete a carga bacilar, com títulos elevados nos multibacilares e baixos ou ausentes nos paucibacilares. No monitoramento da terapêutica a persistência pode representar

resistência terapêutica e o aumento em pacientes tratados pode indicar recidiva (MOURA et al, 2008; HUSSAIN, 1990).

Reação de imunoistoquímica: a reação de imunoistoquímica, é empregado anticorpos contra antígenos do *Mycobacterium leprae*, é o método mais sensível e específico que os métodos convencionais, auxilia no diagnóstico da hanseníase inicial ou paucibacilar. Os anticorpos anti-BCG são usados por apresentar reação cruzada com o *Mycobacterium leprae* (LASTÓTIA, 2012).

Inoculação: como o *mycobacterium leprae* ainda não é cultivado em meios artificiais, ele pode ser inoculado em coxim plantar de camundongos, tatus de nove bandas e ratos atímicos (LEVY, 2006).

Identificação molecular de *Mycobacterium leprae*: a Reação de Imunoistoquímica e PCR detecta, quantifica e determina a viabilidade do *Mycobacterium leprae*. Amplifica sequências do genoma bacilar, assim, identificando o fragmento de ácido desoxirribonucleico ou ribonucleico amplificado. É específico e sensível e pode ser realizada em várias amostras (GOULART, 2008).

No momento do diagnóstico de hanseníase e do estado reacional é indispensável a avaliação da integridade da função neural e o grau de incapacidade física. Para determinar o grau de incapacidade física é realizado o teste da sensibilidade dos olhos, das mãos e dos pés. Recomenda-se 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. Na falta de estesiômetro ou monofilamento lilás, deve-se fazer o teste de sensibilidade de mãos e pés com a ponta da caneta esferográfica. Considera-se grau um de incapacidade a ausência de resposta ao monofilamento igual ou mais pesado que o de 2 g (cor violeta), ou não resposta ao toque da caneta (GOULART, 2008).

3.2.3 Incapacidades ocasionadas pela hanseníase

O elevado potencial incapacitante da hanseníase está inteiramente relacionado ao poder imunogênico do *Mycobacterium leprae*. Os nervos mais agredidos são: nervo trigêmeo (V par craniano), nervo facial (VII par craniano), nervo ulnar, nervo mediano, nervo radial, nervo fibular comum e nervo tibial (OMOPROLLA, 2003).

A ação do bacilo no organismo, somada ao processo inflamatório, é responsável por neurites que repercutem sobre a função neural autônoma, sensitiva e/ou motora. Quando as neurites acometem o indivíduo, que permanece sem o tratamento apropriado, o processo pode

se cronificar, produzindo, assim, as incapacidades físicas características da doença (OMOPROLLA, 2003).

Na época medieval as populações tinham grande pavor da hanseníase devido suas características, como as deformidades. Nesse tempo já era encontrado registros de sinais da doença como nódulos, mutilação, mão em garra e queda de cabelo. A hanseníase, quando não realizado o diagnóstico ou tratamento adequado, acaba evoluindo para incapacidades e deformidades físicas, estas podem ocasionar problemas como a diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, sendo responsáveis também pelo estigma e preconceito que incidem sobre os portadores (CUNHA, 2002; LANA et al, 2004).

As deformidades causadas pela hanseníase podem ainda ser classificadas de dois tipos: primária e secundária. As deformidades classificadas em primárias são diretamente causadas pela reação tecidual à infecção pelo *M. leprae*, é uma reação direta da doença e incluem face leonila, ginecomastia, desabamento nasal, mão em garra, logoftalmo, além de paralisias e perdas sensitivas. As deformidades secundárias ocorrem como resultado do dano às partes anestésicas do corpo, se desenvolveram subsequentemente as deformidades primárias tais como úlceras plantares, amputação de dedos e úlceras corneanas (ITOH & MATHEW, 1994; YAWALKAR, 2002).

O acometimento de certos órgãos, por consequência da hanseníase, leva à uma mudança na vida do paciente que pode ser definitiva ou significativa. Pode ocorrer uma desfiguração típica, como a perda de extremidades devido à lesão óssea ou a face leonina (o rosto fica semelhante ao de um leão, com grossos nódulos cutâneos) (SAAB, 2006; MARTINS, 2009).

O comprometimento da laringe pode levar a alterações na fonação e respiração, os rins quando acometidos podem entrar em falência, determinando a insuficiência renal. O comprometimento ósseo leva à destruição do septo nasal com desabamento do nariz, determinando o nariz de sela. Em relação aos testículos, seu comprometimento pode levar à esterilidade, impotência e alteração dos caracteres sexuais secundários (ginecomastia e redistribuição de pelos corporais), acarretando mudanças acentuadas no comportamento dos pacientes de sexo masculino (SAAB, 2006; MARTINS, 2009)

Muitas das deficiências e deformidades geradas pela hanseníase são resultados direto ou indireto da lesão neural, ainda que nem todo comprometimento neural cause incapacidades clinicamente significativas. As fibras periféricas motoras, quando lesadas causa a diminuição ou abolição da resposta muscular, causando como consequência paralisia ou atrofia do músculo. Todas essas alterações distinguem o risco do paciente com hanseníase de desenvolver complicações como ferimentos repetidos em áreas anestésicas, úlceras plantares, rachaduras de

pele devido ao ressecamento e deformidades físicas como a mão em garra, mão caída e pé caído (DUERKSEN & VIRMOND, 1997; STUMP, 2004).

A forma mais eficaz de reduzir o risco de incapacidade consiste na detecção precoce no tratamento adequado do maior número possível de casos. A prevenção da incapacidade está relacionada com todas as medidas destinadas a impedir a aparição da deficiência (prevenção primária), a limitar ou anular a incapacidade gerada pela deficiência (prevenção secundária) e a prevenir a transição da incapacidade para a invalidez (prevenção terciária). Cada caso detectado precocemente e tratado por PQT, é menos um caso com risco de desenvolvimento de incapacidade no futuro (LECHAT, 1999; BALIÑA & VALDEZ, 1996).

3.3 Tratamento da hanseníase

A história da hanseníase na saúde pública brasileira é marcada por condutas autoritárias com o intuito de excluir a doença do meio social, com o propósito de curar a sociedade por meio do confinamento compulsório dos doentes dentro de hospitais colônias. Antes da construção destas instituições os portadores da doença eram discriminados e perseguidos. A construção dos hospitais colônias ocorreu no século XVIII, por meio de doações feitas por religiosos e pela sociedade civil com o intuito de proteger a população considerada sadia daquela diagnosticada com hanseníase (MARZLIAK et al, 2008; SILVA, 2014).

No Brasil iniciou-se por volta de 1929 a política de isolamento compulsório dos doentes. Conforme relata Marzliak et al (2008) o governo conseguiu controlar a endemia em meados do XX, com a política.

Com a estratégia de isolamento, ao mesmo tempo em que se criava uma estrutura sustentável. Tal modelo se apoiava em um tripé, amparada no funcionamento do leprosário, preventório e dispensatório ratificados como política oficial do Serviço Nacional de Lepra. Dentro desse modelo, o infectado deveria ser tratado no leprosário, o comunicante (aquele com indicativos de manifestação da doença) no dispensário e os filhos dos infectados, no preventório (NÓBREGA, 2010).

Para o tratamento emprega-se a PQT, com esquemas baseados na classificação operacional. Para paucibacilares, são 6 doses, incluindo 1 dose de rifampicina 600 mg/mês e dapsona 100 mg/dia. Para multibacilares, são 12 doses, acrescentando clofazimina, 1 dose de 300 mg/mês e 50 mg/dia. No caso de contraindicação de alguma droga emprega-se esquemas substitivos. As drogas alternativas são ofloxacin e/ou minociclina. Em casos excepcionais, recomenda-se a administração mensal do esquema ROM (rifampicina, 600 mg, + ofloxacin,

400 mg, + minociclina, 100 mg), 6 doses nos paucibacilares e 24 nos multibacilares (BRASIL,2015).

São frequentes os efeitos adversos aos medicamentos, sendo os principais: anemia hemolítica, hepatite, meta-hemoglobinemia, agranulocitose, síndrome pseudogripal, síndrome da dapsona, eritrodermia, dermatite esfoliativa e plaquetopenia. Os efeitos adversos mais graves estão relacionados ao uso da dapsona, e geralmente ocorrem nas primeiras seis semanas. Após o tratamento regular, ocorre alta por cura, independentemente da negatificação baciloscópica. As recidivas são raras, ocorrendo após cinco anos (BRASIL,2015).

3.4 Políticas Direcionadas aos Portadores de Hanseníase

O primeiro documento que comprova a presença da hanseníase no Brasil data de 4 de dezembro de 1697, no qual a Câmara do Rio de Janeiro pede a Portugal a instalação de um lazareto na Igreja da Conceição, devido ao grande número de hansenianos na cidade (OMOPROLLA, 2003).

Já no final de 1919, o presidente Epitácio Pessoa propôs ao Congresso Nacional a organização e criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Isso por consequência da visão de Belisário sobre a relação entre doença, política e sociedade no Brasil e também o papel do governo federal na condução de políticas de saneamento e saúde pública. Foi assim começou a ser gestado o modelo centralizado de tratamento do hanseniano (OMOPROLLA e LAURENTI, 2011).

A internação compulsória da hanseníase perdurou durante décadas na legislação do país. No começo do século XX a doença passou a integrar a lista das “doenças de notificação compulsória”. E em 1920, com o surgimento do DNSP, foi criada uma legislação específica que determinou a internação compulsória de todas as pessoas diagnosticadas, diante da situação, em dez anos foram construídos dezessete leprosários em diferentes estados. Na década de cinquenta somava-se 40 instituições espalhadas pelo país, a grande maioria foi inaugurada na Era Vargas (CUNHA, 2005; CURI, 2010).

Alguns anos depois, a I Conferência Nacional de Saúde, em 1941, teve como um dos seus temas centrais a luta contra a hanseníase. Ainda no mesmo ano, o Decreto-lei nº 3171 reorganizou o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde. O organograma de 1942 desse departamento revelou uma estruturação voltada para doenças específicas, que naquele momento incluía a hanseníase, organizadas por serviços nacionais. Nesse contexto foi criado o Serviço Nacional de Leprosia (SNL), órgão de orientação técnica,

coordenação e controle das atividades públicas e privadas relativas à lepra (OMOPROLLA e LAURENTI, 2011).

No 6º Congresso Internacional de Lepra, realizado em Madri, em 1953, defendia-se a questão do isolamento, que deveria ser seletiva e incluir medidas de propaganda e educação sanitária de forma a prevenir o contágio. Foi no 7º Congresso Internacional de Lepra realizado em Tóquio, em 1958, que se realizou o combate às leis de exclusão, sobretudo o isolamento. Foi definido que o isolamento não tinha influencia alguma no tratamento, cura e avanços da doença. No Brasil, ainda no mesmo ano, pela primeira vez, os medicamentos foram priorizados como medida básica de profilaxia da hanseníase. Mas só apenas com decreto federal 968 foi revogado em 1976 e a matéria intitulada “política de controle da hanseníase” foi regulamentada pela Portaria nº 165/BSB, de 14/05/1976, que determinou o fim do isolamento seletivo dos pacientes e o atendimento passou a ser ambulatorial (OMOPROLLA, 2002).

Em 1975, no Governo Geisel, o Ministério da Saúde do Brasil adotou o termo “hanseníase”, gradualmente, a nova terminologia também foi aceita pelos demais serviços médicos e em 29 de março de 1995, pela Lei federal nº 9.010, tornou-se obrigatório o uso da terminologia hanseníase em substituição ao termo “lepra” em todos os documentos oficiais (OMOPROLLA e LAURENTI, 2011).

Frente as grandes discussões e mudanças que decorriam na política de saúde nacional, a Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária elaborou os “Projetos de Intervenção para o quinquênio 1986-1990”. Esses projetos, no ponto de vista da reforma sanitária, visaram à descentralização e integração do programa na rede de serviços de saúde, à implementação e à sistematização de todas as ações de controle, de acordo com a complexidade dos serviços de saúde, com o apoio dos organismos internacionais. Aproveitou-se o momento político para implantar e programar o tratamento com a PQT nas unidades de saúde, de acordo com a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS) (SILVA, 2014).

No sentido de auxiliar os portadores de hanseníase em 24 de maio de 2007, o então presidente Lula havia assinado a Medida Provisória nº373, que autorizou a “concessão” de uma “pensão especial, mensal, vitalícia e intransferível, às pessoas atingidas pela hanseníase e que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios em hospitais-colônia, até 31 de dezembro de 1986” (SILVA, 2014).

3.5 Descentralização da Atenção a Hanseníase para Atenção Básica

Com a descoberta da PQT para o tratamento da hanseníase, surgiu a necessidade de uma classificação mais apurada que possibilitasse a correta colocação do paciente no esquema

terapêutico, tendo em vista as diferenças na associação dos quimioterápicos e duração do tratamento. Essa atenção mais apurada passou a ser realizada na atenção básica (AB). Dessa forma, o MS elaborou em 2000 o Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH), que tem como um dos seus objetivos promover a ampliação da cobertura das ações com descentralização e prioridade a sua inclusão na atenção básica (BRASIL, 2010).

Na atenção básica a saúde (ABS) compreende-se atividades que estão relacionadas ao cuidado aos portadores de hanseníase, como planejamento/programação do cuidado (faz-se levantamentos epidemiológicos, processo saúde/doença, condições de vida relacionados aos problemas de saúde e materiais necessários para realização do cuidado); execução do cuidado (está relacionado com promoção de saúde, prevenção de enfermidade e recuperação e reabilitação da saúde); acompanhamento e avaliação do cuidado (é realizado a organização e programação do serviço, interação da equipe por meios de comunicação, implementação do sistema de informação para avaliação epidemiológica e operacional das ações de controle das doenças (FREITAS, 2008).

A ABS acolhe a cada dia mais portadores da hanseníase, com tratamento adequado realizado pela equipe mínima de saúde que compõe a unidade de saúde da família (USF). Nesse aspecto, a enfermagem tem um papel fundamental no acompanhamento de pacientes acometidos pela hanseníase, e na busca de novos casos na área que atua. É através da consulta de enfermagem que pode-se observar os sinais e sintomas da hanseníase e encaminhar os casos suspeitos para um dermatologista ou requisitar exames para a confirmação, como também realizar o acompanhamento do tratamento mensalmente. Nesse sentido a enfermagem também fica responsável pela notificação no sistema de informação de agravos de notificação (SINAN) (FREITAS, 2008).

Atualmente a integração dos programas de controle da hanseníase na ABS é considerada a melhor estratégia para eliminação da doença, para o diagnóstico precoce e melhoria na qualidade do atendimento ao portador da hanseníase, facilitando o acesso ao tratamento, a prevenção de incapacidades e a diminuição do estigma e da exclusão social (FEENSTRA, 2002).

Porém, ainda se observa por parte de alguns profissionais de saúde a adoção de uma postura de distanciamento e alegam que a hanseníase é uma doença que deve ser atendida por especialistas. Essa tal postura influencia na capacidade de realização dos serviços de saúde das ações de controle de hanseníase (ACH) (LANA, 2004).

3.5.1 Unidade de Referência

Os casos que apresentam mais de um nervo comprometido, desde que devidamente documentado pela perda ou diminuição de sensibilidade, é tratado nos centros de referência como multibacilar, sendo oferecidos tratamentos alternativos, por meio de dermatologista ou clínico com experiência em hanseníase. Realiza-se também técnicas auxiliares para o diagnóstico, acompanhamento e seguimento dos pacientes pós-alta, ou em outras unidades de saúde sob supervisão dos centros de referência. Tais esquemas só devem ser utilizados quando for comprovada a impossibilidade de utilizar as drogas de esquema padrão (BRASIL, 2016; OMS, 2000).

3.5.2 Notificação de Casos

É considerado um novo caso de hanseníase um indivíduo que nunca recebeu tratamento específico para a doença. A descoberta de caso de hanseníase é feita por meio da detecção ativa (investigação epidemiológica de contatos, e exame de coletividade, como inquéritos e campanhas) e passiva (demanda espontânea e encaminhamento). É uma doença de notificação compulsória em todo o território nacional e de investigação obrigatória. Cada caso diagnosticado deve ser notificado na semana epidemiológica de ocorrência do diagnóstico, utilizando a ficha de notificação e investigação do SINAN, nos três níveis de atenção à saúde. A notificação deve ser enviada ao órgão de vigilância epidemiológica hierarquicamente superior, permanecendo uma cópia no prontuário. As fichas de notificação de casos devem ser preenchidas por profissionais das unidades de saúde onde o paciente foi diagnosticado (BRASIL, 2015).

4 PERCURSO METODOLOGICO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura baseada em evidências científicas referente à produção do conhecimento sobre ações de enfermagem para controle da hanseníase na atenção primária à saúde. Esse tipo de estudo viabiliza a análise de pesquisas científicas a partir de estudos publicados em base de dados, permitindo a caracterização e divulgação do conhecimento produzido (SOUZA, 2014; MENDES, 2008).

Esse método de pesquisa tem como propósito traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em estudos anteriores sobre um tema apontado. A revisão integrativa possibilita a síntese, a partir de vários estudos já publicados, possibilitando conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

4.2 Etapas da Revisão Integrativa

Para a síntese desta revisão integrativa foram percorridas algumas fases. A primeira fase consistiu na elaboração da questão de pesquisa do tema delimitado para a construção do estudo e, posteriormente, a definição dos descritores para a pesquisa dos estudos nas bases de dados, na segunda etapa foi estabelecido critérios para exclusão e inclusão, na terceira etapa foi realizado a identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, na quarta fase foi efetivado categorização dos estudos selecionados, quinta fase realizou-se análise e interpretação dos resultados, e na sexta e última fase concretizou-se a apresentação da síntese do conhecimento (MENDES, 2008; BOTELHO, 2011).

4.2.1 Questão Norteadora

O estudo foi guiado pela seguinte questão: Quais as ações desenvolvidas pelos enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família (ESF) para assistência e controle da hanseníase? O que têm-se produzido cientificamente sobre a temática no Brasil?

4.2.2 Critérios para Inclusão e Exclusão de Estudos

A seleção dos estudos a serem excluídos ou incluídos na revisão integrativa é uma tarefa de grande importância, pois é um indicador crítico para avaliar o poder de credibilidade das conclusões. A omissão desse procedimento pode ser a principal ameaça para a validade da

revisão. É importante que as decisões de exclusão e inclusão dos estudos sejam documentadas na descrição da metodologia (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Neste sentido foram incluídos na pesquisa artigos que versassem sobre as condutas dos profissionais de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família frente ao controle da hanseníase, publicações nacionais, no idioma português, ter tempo de publicação dos últimos dez anos (janeiro de 2006 a abril de 2016); artigos disponibilizados na íntegra em periódicos indexados. Foram excluídos artigos indisponíveis na íntegra, artigos repetidos, artigos que não versassem sobre o tema, além de monografias e teses, bem como os que estavam em língua estrangeira.

4.2.3 Procedimento para Coleta de Dados

A coleta foi realizada no mês de abril de 2016, para a identificação dos estudos, foi utilizada busca on-line de artigos, consultando as bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do Banco de Dados da Enfermagem (BDENF) e a biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO). Inicialmente foram utilizados os descritores “enfermagem, atenção primária, saúde da família”; e combinados ao descritor “hanseníase”, através do operador booleano AND para expandir as possibilidades de busca.

O primeiro cruzamento foi utilizado “hanseníase” AND “enfermagem” nas bases LILACS e BDENF, e biblioteca virtual SciELO. Na LILACS foi encontrado um total de 101 estudos e utilizados apenas três. BDENF um total de 75 estudos e utilizados cinco. Na SciELO a busca resultou 60 artigos e foi utilizado quatro. Utilizou-se no segundo cruzamento “hanseníase” com “atenção primária”. Foi encontrado na LILACS um número de 46 artigos e utilizado apenas um. BDENF foram descobertos 13 artigos, sendo aproveitado dois artigos. SciELO o total foram 20 artigos e nenhum foi aplicado. No terceiro cruzamento buscou “hanseníase” com “saúde da família” e 77 foi o número de artigos encontrados na LILACS, sendo aproveitados apenas dois artigos. Na BDENF localizou 17 artigos, na SciELO 21 e nenhum foi utilizado. Conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição do número de artigos encontrados, pré-selecionados, excluídos e incluídos, de acordo com as bases eletrônicas de dados.

Descritores Pesquisados	Base de Dados	Número de Artigos Encontrados	Artigos Pré-Selecionados	Artigos Selecionados	Número de Artigos Excluídos	Número de Artigos Incluídos
Hanseníase AND Enfermagem	LILACS	101	36	8	5	3
	BDENF	75	28	10	5	5
	SciELO	60	40	8	4	4
Hanseníase AND Atenção Primária	LILACS	46	22	12	11	1
	BDENF	13	9	4	2	2
	SciELO	20	14	4	4	0
Hanseníase AND Saúde da Família	LILACS	77	30	12	10	2
	BDENF	17	7	2	2	0
	SciELO	21	18	7	7	0
TOTAL		430	204	67	50	17

Fonte: Dados de pesquisa, 2016

Após a fase de pré-seleção, onde foram aplicados os critérios de inclusão com exclusão de sessenta e sete (67) artigos, na última de seleção ainda foram excluídos cinquenta (50) artigos por se repetirem nas bases de dados. Feita a seleção dos estudos, o passo seguinte foi a leitura dos 17 artigos selecionados e o preenchimento do instrumento validade por Ursi (2005) (apêndice A) o qual considerou os seguintes aspectos para organização dos estudos: identificação do estudo, autor (es), periódico publicado, ano da publicação, objetivos específicos, características metodológicas, resultados e conclusões.

5 RESULTADO E DISCUSSÃO

Para melhor apresentação dos dados oriundos deste estudo dividimos a apresentação dos resultados e discussão em: I - Dados quantitativos referentes a revisão integrativa, II - Categorias temática extraídas da revisão integrativa.

I - Dados quantitativos referentes a revisão integrativa

Após o registro, os dados foram interpretados e discutidos por meio da análise temática. Foram incluídos ao final dezessete (17) estudos ao trabalho, estes foram organizados por ano no Quadro 1.

Quadro 1: Descrição dos artigos selecionados conforme ano de publicação, título, objetivos e principais resultados.

2007		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem	Avaliar o grau de incapacidade dos pacientes em tratamento e em alta.	Foi grande a porcentagem de pacientes com grau de incapacidade I e II, fato que corrobora o diagnóstico tardio dos casos. Destaca-se a necessidade de um processo permanente do autocuidado, associado à poliquimioterapia.
2008 (a)		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com hanseníase	Resgatar e avaliar contatos faltosos de doentes de hanseníase.	Foram encontrados 4 contatos com sintomas de hanseníase, e 1 foi confirmado (forma transmissível- Dimorfa).
2008 (b)		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Assistência de enfermagem ao portador de hanseníase: abordagem transcultural	Relatar a assistência de enfermagem prestada a uma paciente com hanseníase multibacilar, enfocando o cuidado de enfermagem transcultural.	Observou-se a adesão ao tratamento e a realização de autocuidado voltado para a hanseníase de forma culturalmente satisfatória.
2008 (c)		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase: proposta de instrumento para a aplicação do processo de enfermagem	Relatar a experiência da consulta de enfermagem junto aos portadores de hanseníase, realizada em unidade de atenção primária à saúde.	Possibilitou o levantamento das reais necessidades de saúde, a partir de um olhar ampliado do processo saúde-doença. Facilitou a atuação do enfermeiro na abordagem integral ao cliente.
2008 (d)		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS

Capacitação técnica VS. Comprometimento profissional: o real impacto no controle da hanseníase	Discutir a importância que vem sendo dada à capacitação no âmbito do programa de controle da hanseníase no estado de Alagoas.	O aspecto mais evidente que garantiu o melhor desempenho dos municípios relaciona-se ao comprometimento dos profissionais envolvidos, mais do que a sua participação em capacitações, incluindo-se, aí, o empenho, ou seja, a vontade política.
2008 (e)		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Consulta de enfermagem ao portador de hanseníase no território da estratégia da saúde da família: percepções de enfermeiro e pacientes	Identificar as dificuldades do enfermeiro para que ele possa refletir e criar estratégias para melhorar a qualidade da consulta; Identificar o acompanhamento de enfermagem aos portadores de hanseníase; Conhecer a percepção do cliente em relação à estrutura do atendimento e o acompanhamento de enfermagem;	Notou-se que na consulta de enfermagem busca-se criar um vínculo de confiança com cliente com o objetivo do mesmo receber as informações sobre seu tratamento, bem como sobre de incapacidades; As dificuldades afirmadas pelas enfermeiras, elas estão relacionadas às condições de organização dos serviços de saúde o que acarreta uma alta demanda;
2008 (f)		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Avaliação das capacitações de hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família	Avaliar treinamentos a partir da opinião de médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família.	O estudo indica que os profissionais avaliaram os treinamentos positivamente quanto à sua implementação e ao objetivo de capacitá-los para a detecção da doença.
2008 (g)		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Organização dos serviços de saúde na eliminação da hanseníase em municípios do estado de São Paulo	Analisar as ações de controle de hanseníase desenvolvida em nove municípios do Estado de São Paulo.	Verificou-se que a prevalência apresenta declínio e a detecção permanece estável; As ações de prevenção de incapacidade física, educação em saúde e a busca ativa são pouco desenvolvidas;
2009 (a)		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Prática de enfermagem na condição crônica decorrente de hanseníase	Compreender como se efetiva a prática do atendimento de enfermagem na prevenção da hanseníase e suas complicações.	Evidenciou a relevância da prática de atendimento de enfermagem para os serviços de saúde; Observou-se que essa prática é realizada de forma compartilhada com os demais membros da equipe de saúde, apontando para uma nova forma de atuar da enfermagem na qual há a possibilidade de ampliar a compreensão das necessidades de saúde das pessoas e propiciar a integralidade da atenção em saúde;
2009 (b)		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS

Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária	Analisar o instrumento de consulta de enfermagem utilizado no atendimento de portadores de hanseníase; Identificar as principais necessidades de saúde e as ações de enfermagem propostas;	Concluiu que o instrumento foi potente na identificação de necessidades das diversas esferas que se relacionam ao processo saúde-doença, facilitando intervenções conjuntas com a equipe multiprofissional, contribuindo para a prevenção de agravos, especialmente das incapacidades físicas, com a melhoria da saúde dos indivíduos, bem como com a educação em saúde e seus familiares.
2010		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional	Compreender o significado das atividades de educação em saúde no Programa de Controle da Hanseníase (PCH) e discutir com o conceito de educação em saúde se relaciona com esta prática.	Os significados evidenciaram as atividades educativas fundadas nas normas do (PCH) e na tradição de que educação em saúde é transmitir informações necessárias ao cuidado e adesão ao tratamento.
2011 (a)		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Trajetória histórica do controle e do cuidado da hanseníase no Brasil	Descrever a trajetória histórica do controle da hanseníase no Brasil e analisar a participação do enfermeiro nas ações de controle e cuidado da hanseníase no Brasil.	Concluiu-se que mesmo com a cura, a doença é um problema de saúde pública e motivo de discriminação.
2011 (b)		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Ações de controle da hanseníase: tecnologias desenvolvidas nos municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais	Conhecer a especificidade dos serviços de saúde e quais estratégias são empregadas por esses serviços para fazer frente ao processo de controle da hanseníase como problema de saúde pública.	Os resultados apontam que os municípios realizam as ações da doença que são preconizadas pelo Ministério da Saúde; Algumas estratégias para controle da endemia na microrregião foram tecnologias desenvolvidas nos municípios;
2011 (c)		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família	Analisar a organização tecnológica do processo de trabalho em hanseníase, empreendido pelos profissionais de saúde que atuam nos serviços da microrregião de Almenara, Minas Gerais.	Foi verificado que os médicos ainda mantêm uma assistência curativa e individual; os enfermeiros dominam todo o processo de trabalho em hanseníase; e os agentes comunitários de saúde realizam ações educativas, a busca de suspeitos dermatológicos, de contatos e faltosos.
2012		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Controle dos contatos intradomiciliares de hanseníase em equipes de saúde da família	Avaliar as ações de controle dos contatos intradomiciliares de hanseníase desenvolvidas pelas equipes de saúde da família do Distrito Sanitário II de Recife, e descrever a relevância dessas ações, os obstáculos para realização das mesmas e as estratégias	As ações de controle dos contatos intradomiciliares têm importância reconhecida pelos profissionais das Estratégias de Saúde da Família (ESF), no entanto, essas vêm enfrentando alguns obstáculos, como o não comparecimento dos usuários à unidade de saúde e

	que possam superá-los a partir da perspectiva dos profissionais de saúde.	dificuldades para realização de atividades educativas.
2014		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
O estigma em hanseníase e sua relação com as ações de controle	Analisar o estigma em hanseníase sob perspectiva de profissionais da saúde e gestores e sua relação com as ações de controle em municípios da microrregião de Araçuaí.	Concluiu-se que o fraco desenvolvimento da atenção primária das ações de controle, o distanciamento por parte dos profissionais de saúde e a falta de conhecimento da população quanto aos sinais e sintomas da doença contribuem para o diagnóstico tardio, o que favorece a manutenção das percepções negativas da população à hanseníase.
2015		
TÍTULO	OBJETIVOS	PRINCIPAIS RESULTADOS
Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre hanseníase: ações de controle e eliminação	Avaliar o conhecimento e a prática de enfermeiros da atenção primária de saúde quanto às ações de controle e eliminação de hanseníase.	Os dados coletados revelam que os profissionais de saúde possuem conhecimento suficiente sobre a Política Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase (PNCEH) e que as principais ações preconizadas foram executadas, porém, a notificação de casos suspeitos ou confirmados e a reinserção social do doente não foram citadas.

Fonte: Dados de pesquisa, 2016

O Quadro 1 apresenta dezessete (17) artigos, como o ano de publicação, a partir de 2007 à 2015, apreende diferentes percepções sobre as ações de controle da hanseníase realizadas pelos enfermeiros na atenção primária. A maioria dos estudos são do ano de 2008, porém ano a ano temos novas publicações sobre a temática, o que demonstra a relevância e a necessidade de novos estudos sobre o tema.

A metodologia empregada na maioria dos estudos selecionados que versaram sobre a temática, teve uma abordagem qualitativa, infere-se que o emprego desse tipo de metodologia se deve a busca de se compreender a prática de atividades no âmbito da atenção à hanseníase vivenciada pelos profissionais de saúde. Segundo Silva (2010) a investigação qualitativa opera por meio do método que investiga a experiência, no sentido de compreendê-la, e não explicá-la, importa ver o fenômeno da forma como ele se mostra na experiência vivida pelos sujeitos, os significados que os fenômenos têm para quem os vivencia e que sentidos tais significado apontam no existir humano.

Também se destacam entre os resultados do quadro 1, a necessidade do vínculo enfermeiro e paciente e capacitação profissional, para que facilite o processo saúde-doença. Foi

ênfatisado aqui as ações e as limitações dos enfermeiros da estratégia de saúde da família em realizar o diagnóstico e tratamento dos portadores de hanseníase.

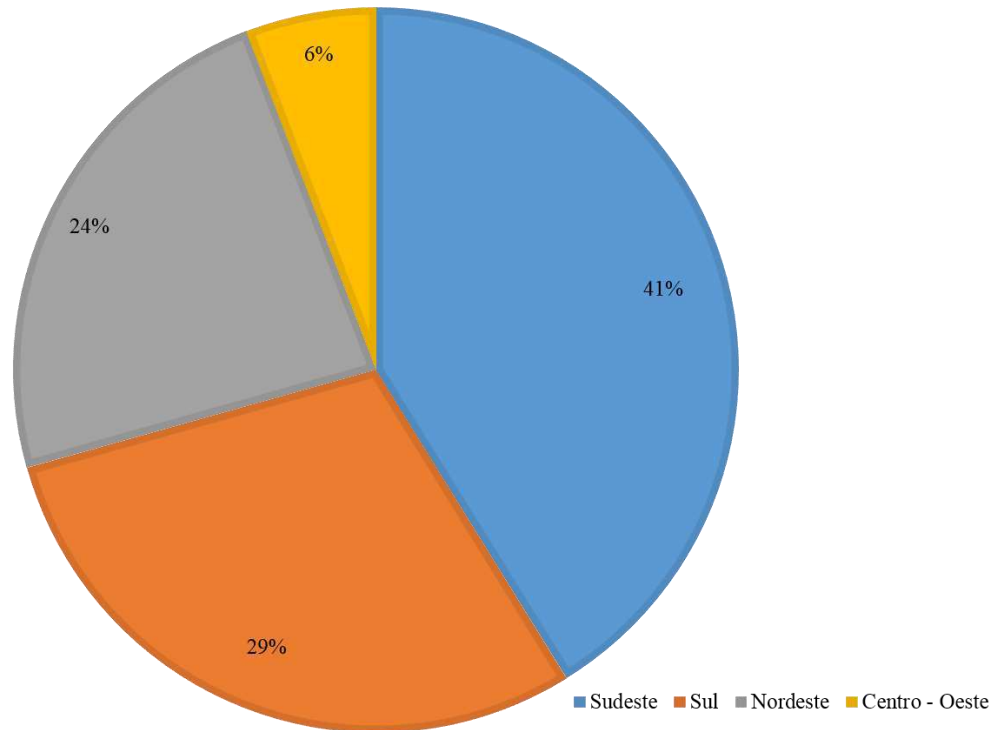
Quadro 2: Frequência dos artigos por periódico e qualis

Periódicos	Qualis	Frequência
Revista Latino Americano de Enfermagem	A1	1
Revista Brasileira de Enfermagem	A2	10
Texto Contexto Enfermagem		
Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	B1	1
Caderno de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro	B2	2
Revista APS		
Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria	B3	3
Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro		
História da Enfermagem: Revista Eletrônica		

Fonte: Dados de pesquisa, 2016

O Quadro 2 demonstra a frequência dos artigos por qualis. O Qualis é um sistema usado para classificar a produção científica, no que se refere aos artigos publicados, é utilizado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Ministério da Educação (MEC), para fim de estratificação da qualidade da produção intelectual dos programas de pós-graduação. A estratificação da qualidade dessa produção se realiza de forma indireta. Sendo assim, o qualis afere a qualidade dos artigos e de outros tipos de produção, a partir da análise da qualidade dos veículos de divulgação, ou seja, periódicos científicos e anais de eventos. Esses veículos são enquadrados em estratos indicativos da qualidade - A1, o mais elevado; A2; B1; B2; B3; B4; B5; C (com peso zero) (BRASIL, 2015). Nesta revisão observou-se que a maioria dos artigos foram publicados em revistas de qualis A2, o que demonstra a seriedade no rigor metodológico e relevância da temática para o meio científico.

Gráfico 1 - Distribuição dos artigos da revisão integrativa quanto ao local de consecução da pesquisa. Maio. 2016.

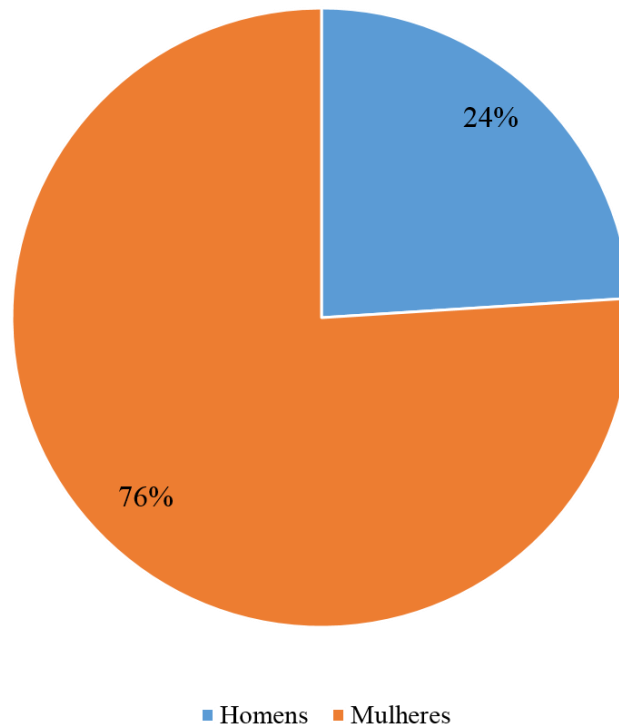


Fonte: Dados de pesquisa, 2016

Até o século XX, o número de instituições voltadas para a ciência no Brasil era muito limitado e foi no final dos anos de 1960, com a edição do Plano Estratégico de Desenvolvimento Nacional, que a questão científica e tecnológica surgiu como presença constante no planejamento nacional (LETA, 2003).

Mesmo com o forte crescimento numérico das instituições de ensino superior nas últimas décadas no Brasil, os dados apontam uma distribuição desigual pelo país. A região Sudeste absorve 59% dos estabelecimentos, a Sul, 13%, a Nordeste, 13%, a Centro-Oeste, 11% e a região Norte abriga apenas 4% das instituições (MARTINS, 2000). Apesar de observarmos (gráfico 1) que a maior parte dos estudos foi realizado nas regiões Sudeste (41%) e Sul (29%), vemos o crescimento de estudos na região Nordeste, região muito vulnerável ao adoecimento por hanseníase, mostrando a preocupação dos pesquisadores com a moléstia (OLIVEIRA, 2013).

Gráfico 2 - Distribuição dos artigos encontrados na revisão integrativa segundo o sexo do autor principal. Maio 2016.



Fonte: Dados de pesquisa, 2016

Nos artigos encontrados observamos o número de quarenta e cinco (45) mulheres como coautoras, entre estes 13 (76%) tinham como autor principal mulheres. Foi nos anos de 1980 e 1990 que as mulheres brasileiras aumentaram sua participação nas instituições de ensino superior. É possível identificar uma tendência de crescimento na fração de mulheres que estão assumindo posições de pesquisadores e pesquisadores-líderes nos grupos de pesquisa, indicando uma maior inclusão delas no sistema não apenas como estudantes, mas como atores de maior reconhecimento e maior qualificação (LETA, 2003; LOPES, 2005).

II - Categorias temáticas extraídas da revisão integrativa.

Frente a leitura dos estudos inseridos na revisão integrativa, destacamos algumas temáticas prevalentes nos textos. Que serão apresentados conseguinte divididas em duas categorias:

CATEGORIA 1: Ações de Enfermagem para o Controle da Hanseníase

O enfermeiro é um profissional que faz toda diferença no fazer saúde no âmbito da atenção primária. Ele assume um papel de educador e coordenador de sua equipe, desenvolvendo ações mais ampliadas de vigilância (RODRIGUES et al, 2015; TRIERVEILER, 2011).

Para Lanza e Lana (2011) o envolvimento do enfermeiro na realização das ações de controle da hanseníase ampliou-se consideravelmente após a implantação da poliquimioterapia, devido o papel desses profissionais na supervisão da dose mensal e avaliação de incapacidades. Para os autores o profissional enfermeiro tem um papel essencial no processo de trabalho em hanseníase, já que é responsável por realizar o primeiro atendimento ao cliente hanseniano, como também tem o papel importantíssimo na escuta, na valorização das queixas e na educação em saúde.

Duarte et al (2008) e Silva et al (2009) reforçam que o atendimento ao cliente é um momento no qual o enfermeiro tem oportunidade de estimular o autocuidado; discutir as situações de risco e vulnerabilidade; como também investigar a presença de áreas anestésicas, presença de reações e situações de discriminação verbalizadas pelo paciente, considerando a integralidade e o direito do cliente. Silva Júnior et al (2008) evidenciou em seu estudo a importância do planejamento da assistência de enfermagem no momento do atendimento ao cliente, para que o serviço seja de visão crítica, holística e humanista.

Outro fator muito importante é busca ativa, ela é uma ferramenta que leva à identificação precoce de casos na comunidade, o aumento do número de casos, identifica os acometidos que abandonaram o tratamento e detecta a doença na fase inicial, contribuindo para que sejam reduzidas as incapacidades, a exclusão social e o estigma (RODRIGUES et al, 2015). Para a melhoria da organização e controle dos contatos de hanseníase Vieira et al (2008); Duarte, Ayress, Simonetti (2009) destacou a necessidade de intensificar a busca ativa, visando o diagnóstico precoce da doença, como também, a estimulação da participação dos clientes ao programa de controle da hanseníase.

Destaca-se, portanto, o papel central do enfermeiro nas ações de busca-ativa para diagnóstico precoce, identificação de casos de abandono e tratamento oportuno, colaborando portanto para diminuir o ciclo de adoecimento das populações.

CATEGORIA 2: Limites e possibilidades para a eliminação da Hanseníase

Nos estudos de Moura (2012), Lima et al (2008), Duarte et al (2009) e Sobrinho (2007), estes corroboram sobre a importância da capacitação dos profissionais de saúde, deixando claro que a saúde e educação precisam estar sempre presente nas orientações da enfermagem para seus usuários. Helene et al (2008) reforça deixando claro, que a capacitação desses profissionais torna-se instrumento fundamental para realizar as ações preconizadas pelo Programa de Controle da Hanseníase. O sucesso da estratégia de eliminação da hanseníase consiste em equipar os serviços de saúde e, mais ainda, preparar os profissionais para transformar o quadro epidemiológico dessa doença no país, proporcionando-lhes capacitação, utilizando técnicas de interação teórico-prática, ensino, serviço e comunidade como instrumentos metodológicos eficientes. E para que isso ocorra é necessário que haja um elo entre os trabalhadores, gestores e formadores, para assim, existir a descentralização e disseminação da capacidade pedagógica por dentro do serviço de saúde.

De acordo com Rodrigues et al (2015), os processos educativos são fundamentais nos serviços de saúde, pois trabalhadores de saúde capacitados poderão oferecer à população uma assistência mais qualificada, porém, esses profissionais devem buscar sempre conhecimento, sem necessariamente esperar a iniciativa dos gestores que, na maioria das vezes, não priorizam a educação continuada de suas equipes. Freitas et al (2008) reforça destacando que a formação profissional é de suma importância para continuar aprimorando a atenção prestada aos portadores de hanseníase.

Para Lima et al (2008), as capacitações são importantes, entretanto, não podem ser entendidas como a grande e única solução para o sucesso do programa de controle. É necessário um encaixe do compromisso profissional com os conhecimentos técnicos para o controle da hanseníase, favorecendo um cenário promissor.

Moreno, Enders, Simpson (2008) em seu estudo sobre a avaliação das capacitações de hanseníase concluiu que tudo leva a crer que não há um caminho mais seguro a percorrer a não ser o da educação em saúde.

Silva e Paz (2010) confirma a importância das capacitações dos profissionais de saúde, como também a forma de transmissão das mensagens de educação em saúde, realizadas por esses profissionais, para que sejam suficientes na incorporação das atividades da vida diária dos acometidos pela hanseníase.

Sendo assim, a educação permanente acerca da temática é uma possibilidade real para que avancemos na luta pela eliminação da hanseníase.

Outro fator muito importante que foi destacado no estudo de Lanza et al (2011) são as práticas de saúde em hanseníase, que são as tecnologias desenvolvidas dentro do próprio processo de trabalho e são historicamente e socialmente determinadas, pois ocorrem de formas distintas de acordo com o local e com as transformações que ocorrem na sociedade.

Diante do estudo de Duarte et al (2009) que teve por base o processo de enfermagem proposto por Horta, concluiu-se que os instrumentos de consulta de enfermagem abordem não apenas os aspectos físicos, mas também os psicossociais, econômicos, afetivos e culturais dos indivíduos, proporcionando uma assistência de enfermagem mais integralizada, no contexto da atenção primária.

Moura (2012) destaca em sua pesquisa alguns obstáculos que limitam a realização das atividades para controle da hanseníase, entre elas a falta de comparecimento dos usuários à unidade básica de saúde devido ao desconhecimento da doença, as atividades ocupacionais e o estigma, como também as questões organizacionais, a sobrecarga de trabalho foi considerada um obstáculo significativo.

Para Lana e Lanza (2011) outro aspecto que dificulta as ações de controle da hanseníase é a assistência curativa e individual dos médicos, pois acabam enfatizando o diagnóstico e a terapêutica, deixando de lado as atividades de sensibilização da comunidade.

O distanciamento por parte dos profissionais de saúde em relação à atenção a hanseníase, contribuem para a manutenção do estigma em hanseníase, levando à subnotificação ainda presente hanseníase (LANA et al, 2004).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na síntese dos resultados e discussões dos estudos selecionados nesta revisão integrativa, reafirmamos a importância do trabalho do enfermeiro nas ações de controle da hanseníase na atenção primária, devido seu frequente papel de educador e coordenador da equipe, como também por maior contato com o paciente, fortalecendo assim o vínculo.

Um outro fato que deve ser mencionado está relacionado a importância dos processos educativos permanentes na saúde, para desta forma, capacitar e preparar profissionais de enfermagem. Pois, para obter o sucesso no controle da hanseníase é necessário um enfermeiro capacitado, ativo nas ações de controle, além disso o conhecimento pode levar a uma diminuição do estigma. A identificação das causas que impedem o sucesso da estratégia da eliminação da hanseníase, devem ser compreendidos, pois, essas dificuldades envolvem tanto a comunidade, como os profissionais de enfermagem e a organização de seus serviços.

Diante do exposto, pode-se concluir que os objetivos propostos neste estudo foram alcançados, conseguimos identificar as ações e lacunas no processo de intervenção para controle da hanseníase. Diante dos resultados obtidos, recomenda-se a realização de novos estudos versando sobre a capacitação da enfermagem na atenção primária, pois, diversos aspectos sugerem outras discussões que poderão ajudar a guiar para um caminho de uma assistência qualificada para a população no Brasil. Neste país, destaca-se a grande extensão territorial e heterogeneidades na assistência à saúde, subsidiando assim a aplicação e validação de metodologias para capacitação dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, V. A descentralização das atividades e a delegação das responsabilidades pela eliminação da hanseníase ao nível municipal. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v.8, n. 1, p. 1-5, jan./jun. 2000. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/bps/v8n1/v8n1a07.pdf>
- ARANTES, C. K. et al. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 155-164, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n2/v19n2a08.pdf>.
- ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 36, n. 3, p. 373-82, mai./jun. 2003. Disponível em: <http://www.uff.br/tudosobrelepra/Artigo%204.pdf>.
- BALIÑA, L. M.; VALDEZ, R. P. La Lepra em la última década del sigilo XX. Actualizaciones Terapêuticas Dermatológicas, v.19, p. 1-150, 1996. Suplemento.
- BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, v. 5, n. 11, p. 121-36, Mai/Ago. 2011. Disponível em: <http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/viewFile/1220/906>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública**. Brasília. p. 58, 2016. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/hans/pdf/HANS16_Manual_Tecnico_Operacional.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase**. Brasília, p. 54, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_procedimentos_tecnicos_corticosteroides_hanseníase.pdf. Acesso em 18 de Jun. de 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de prevenção de incapacidades**. Brasília, p.107, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/MANPREV2000.pdf>. Acesso em 18 de Jun. de 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para o controle da hanseníase**. Brasília, p.89, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hanseníase.pdf Acesso em 10 de Jun. de 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de vigilância em saúde. **Manual de prevenção de incapacidades**. Brasília, p. 135, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_prevencao_incapacidades.pdf. Acesso em 13 de Jun. de 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relatório de situação**. Brasília, p. 39, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_nacional_vigilancia_saude_ma_5ed.pdf> Acesso em 17 de Jun. de 2015.

BRASIL, Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). 2015. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/component/content/article?id=2550:capes-aprova-a-nova-classificacao-do-qualis>.

CARAYON, A.; LANGUILLON, J. Lésions cutanées. In: CARAYON, A.; LANGUILLON, J. Précis de léprologie : clinique et thérapeutique de la lèpre en Afrique noire. Ed. 2. Paris: Masson, 1986. p. 62-101.

CURI, L. M. Excluir, isolar e conviver: um estudo sobre a lepra e a hanseníase no Brasil. 2010. 394 f. **Tese** (Doutorado em História) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte – MG. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/VGRO-8D8P6P>.

CUNHA, A. Z. S. Hanseníase, aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 235-42, maio. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10243>.

CUNHA, V. S. O isolamento compulsório em questão: Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941). 2005. 142 f. **Dissertação** (Mestrado História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro – RJ. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4004>.

DEFARIA, C. R.; SILVA, I. M. Diagnóstico eletromiográfico da lepra [Electromyographic diagnosis of leprosy]. **Arq Neuro-Psiquiatr**, v. 48, n. 4, p. 403-13. 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v48n4/02.pdf>.

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. **Rev Bras Enferm**, v. 61, 2009. Edição Especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a12>.

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 61, 2008, p. 767-73. Edição Especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a19v61esp.pdf>.

DUERKSEN, F.; VIRMOND, M. Cirurgia reparadora e reabilitação em hanseníase. Ed. Bauru, 1997. Disponível em: <http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/DUERKSEN,%20FRANK/pre-textuais/PDF/capa.pdf>.

FEENSTRA, P.; VISSCHEDIJK, J. O controle da hanseníase pelos serviços gerais de saúde – renascimento do conceito de integração. **Leprosy Rev**, 2002. p. 47-57. Edição especial.

FREITAS, C. A. S. L. et al. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase no Território da Estratégia da Saúde da Família: percepções de enfermeiro e pacientes. **Rev Bras Enferm**, v. 61, 2008, p. 757-63. Edição Especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a17v61esp.pdf>.

GOULART, I. M. B.; GOULART, L. R. Leprosy: diagnostic and control challenges for a worldwide disease. **Arch. Dermatol. Res**, v. 300, n. 6, p. 269-90. 2008. Disponível em: http://www.credesh.ufu.br/sites/credesh.hc.ufu.br/arquivos/pesquisas_publicacoes/arquivos/Leprosy%20diagnostic%20and%20control%20challenges%20for%20a%20worldwide%202008.pdf

HELENE, F. L. M. et al. Organização de serviços de saúde na eliminação da Hanseníase em municípios do Estado de São Paulo. **Rev Bras Enferm**, v. 61, 2008, p. 744-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a15v61esp.pdf>.

HUSSAIN, R. et al. Quantitation of IgM antibodies to the M. leprae synthetic disaccharide can predict early bacterial multiplication in leprosy. **International Journal of Leprosy**, v. 58, n. 3, p. 491-502. 1990. Disponível em: <http://ila.ilsil.br/pdfs/v58n3a06.pdf>.

ITOH, M. O.; MATHEW, H. M. L. A epidemiologia das incapacidades físicas em sua relação com a medicina de reabilitação. In: KOTTKE, F, J. K.; LEHMANN, J. F. **Tratado de Medicina Física e Reabilitação de Krusen**. São Paulo: Manole, 1994. P. 213-230.

LANA, F. C. F. et al. Estimativa da prevalência oculta da hanseníase no Vale do Jequitinhonha - MG. **Rev. Min. Enferm**, v. 8, n. 2, p. 295-300, abr./jun. 2004. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/740>.

LANZA, F. M. et al. Instrumento para avaliação das ações de controle da hanseníase na Atenção Primária. **Rev. Bras. Enferm**, v. 67, n. 3, p. 339-46, Mai/Jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0339.pdf>.

LANZA, F. M. et al. Ações de controle da hanseníase: tecnologias desenvolvidas nos municípios do vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.** V. 1, n. 2, p. 164-175, Abr/Jun. 2011. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/82/136>.

LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v. 20, 2011, p. 238-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea30>.

LASTÓRIA, J. C.; ABREU, M. A. M. M. Hanseníase: diagnóstico e tratamento. **Diagn Tratamento**, v. 17, n. 4, p. 173-9. 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n4/a3329.pdf>.

LECHAT, M. F. Rationale for the preventive treatment for leprosy. **Int. J. Lepr. Other Mycobact Dis**, v. 67, n. 4, p. 63-6. 1999.

LETA, J. As mulheres na ciência brasileira: crescimento, contrastes e um perfil de sucesso. **Estudos Avançados**, v. 17, n. 49. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v17n49/18408.pdf>.

LEVY, L.; JI, B. The mouse foot-pad technique for cultivation of Mycobacterium leprae. *Lepr. Rev.*, v. 77, n. 1, p. 5-24. 2006. Disponível em: <https://www.lepra.org.uk/platforms/lepra/files/lr/Mar06/Lep005-024.pdf>.

LIMA, M. S. M et al. Capacitação técnica vs. comprometimento profissional: o real impacto no controle da hanseníase. *Cad. Saúde Coletiva*, v. 16, n. 2, p. 293-306. 2008. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2008_2/artigos/CSC_IESC_2008_2_11.pdf.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cadernos Pagu*, v. 24, p. 105-125, Jan/Jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n24/n24a06.pdf>.

LUNA, I. T. et al. Adesão ao tratamento da hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. *Rev. Bras. Enferm*, v. 63, n. 6, p. 983-90, nov./dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/18.pdf>.

MARTINS, C. B. O ensino superior brasileiro nos anos 90. *São Paulo em Perspectiva*, v. 14, n. 1. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spp/v14n1/9801.pdf>.

MARTINS, M. A. Qualidade de vida em portadores de hanseníase. 2009. 109 f. **Dissertação** (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande- MS. Disponível em: <http://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/8074-qualidade-de-vida-em-portadores-de-hanseníase.pdf>.

MARZLIAK, M. L. C. et al. Breve histórico sobre os rumos do controle da hanseníase no Brasil e no estado de São Paulo. *Hansen. Int*, v. 2, 2008. p. 39-44. Suplemento I. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/hi/v33n2s1/v33n2s1a05.pdf>.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a Incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, v. 17, n. 4, p. 758-64, Out/ Dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.

MONTEIRO, L. D. et al. Tendências da hanseníase no Tocantins, um estado hiperendêmico do Norte do Brasil 2001-2012. *Cad. Saúde Pública*, v. 31, n. 5, p. 971-980, mai. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n5/0102-311X-csp-31-5-0971.pdf>.

MORENO, C. M. C.; ENDERS, B. C.; SIMPSON, C. A. Avaliação das Capacitações de Hanseníase: opinião de médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família. Brasília, v. 61, 2008. p. 671-5. Edição especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a03v61esp.pdf>.

MOURA, R. S. et al. Sorologia da hanseníase utilizando PGL-I: revisão sistemática. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*, v. 41, 2008. P. 11-8. Suplemento II. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v41s2/v41s2a04.pdf>.

MOURA, T. H. M. et al. Controle dos contatos intradomiciliares de hanseníase em equipes de saúde da família. *Rev APS*, v. 15, n. 2, p. 139-147, Abr/Jun. 2012. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/1468/735>.

NÓBREGA, A. R. V. Trajetória de vida de exportadores de hanseníase com histórico asilar. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal – RN, 2010. Disponível em: <http://docplayer.com.br/2854951-Arieli-rodrigues-nobrega-videres-trajetoria-de-vida-de-ex-portadores-de-hansenase-com-historico-asilar.html>.

OLIVEIRA, V. G.; ASSIS, C. R. D.; SILVA, K. C. C. Levantamento epidemiológico da hanseníase no nordeste brasileiro durante o período de 2001-2010. **Scire Salutis**, v. 3, n. 1, Jan/Fev/Mar. 2013. Disponível em: <http://sustenere.co/journals/index.php/sciresalutis/article/view/ESS2236-9600.2013.001.0002>.

OPROMOLLA, D. V. A; BACCARELLI, R. Prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase. **Instituto Lauro de Souza Lima**: Bauru, 2003.

OPROMOLLA, P. A.; LAURENTI, R. Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 195-203. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n1/1764.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Guia para Eliminação da Hanseníase como problema de Saúde Pública. 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brazil_guide.pdf.

PENNA, G. O. et al. Doenças dermatológicas de notificação compulsória no Brasil. **An. Bras. Dermatol**, v. 86, n. 5, p. 865-77. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n5/v86n5a02.pdf>.

PINHO, J. R. R.; ANDRADE JUNIOR, H. F.; SCHENBERG, A. C. Os diferentes testes cutâneos existentes para acompanhamento de pacientes com hanseníase. **Hansen. Int**, v. 23, n. 1/2, p. 49-52. 1998. Disponível em: <http://www.ilsl.br/revista/imageBank/906-2646-1-PB.pdf>.

PINQUIER, L. Histopathology of leprosy. **Ann Dermatol Venereol**, Paris, 2011.

PIRIS, A.; LOBO, A. Z.; MOSCHELLA, S. L. Dermatopatologia global: a doença de Hansen - conceitos e desafios atuais. **J. Cutan. Pathol**, v. 37, 2010. p. 125-36. Suplemento I.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 4, p. 434-8. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>.

RODRIGUES, F. F. et al. Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre hanseníase: ações de controle e eliminação. **Rev. Bras. Enferm**, v. 68, n. 2, p. 297-304, Mar/Abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0297.pdf>.

SAAB, A. K. F. Aspectos psicossociais do paciente atingido pela hanseníase, com alterações visuais: um estudo de caso. **Dissertação** (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande - MS, 2006. Disponível em: <http://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/7842-aspectos-psicossociais-do-paciente-atingido-pela-hansenase-com-alteracoes-visuais-um-estudo-de-caso.pdf>.

SANTOS, G. G. et al. Aspectos estomatológicos das lesões específicas e não específicas em pacientes portadores da moléstia de Hansen. **In. Pesquisa Odontológica Brasileira**. v. 14, n.3, p.268-272, jul./set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pob/v14n3/v14n3a13.pdf>.

SILVA, F. R. F. et al. Prática de enfermagem na condição crônica decorrente de hanseníase. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n. 2, p. 290-7, Abr/ Jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200012.

SILVA JÚNIOR, F. J. G. et al. Assistência de enfermagem ao portador de Hanseníase: abordagem transcultural. **Rev Bras Enferm**, v. 61, 2008, p. 713-7. Edição Especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a10v61esp.pdf>.

SILVA, M. C. D.; PAZ, E. P. A. Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 14, n. 2, p. 223-29, Abr/Jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/02.pdf>.

SILVA SOBRINHO, R. A. et al. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. **Rev. Latino-am Enferm**, v. 15, n. 6, Nov/Dez. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_10.pdf

SILVA, T. M. S. Trajetória dos profissionais da saúde de um hospital colônia para hanseníase. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal – RN, 2014. Disponível em: http://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/14821/1/ThayseMSS_DISSERT.pdf.

SOBRINHO, R. A. S. et al. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. **Rev. Latino – am Enfermagem**, Nov/Dez. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000600011&script=sci_arttext&tlng=pt.

SOUZA, C. S. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. **Medicina**, p. 325-334, Jul./Set. 1997. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/1997/vol30n3/hanseniase_formas_clinicas_diagnostico_diferencial..pdf.

STUMP, P. R. et al. A dor neuropática em pacientes com hanseníase. **Internacional Journal of Leprosy**, v. 72, n. 2, p. 134-38, fev. 2004.

TRIERVEILER, J. et al. Trajetória histórica do controle e do cuidado da hanseníase no Brasil. **Rev. Eletrônica da Hist. Enferm**, v. 2, n. 1, p. 63-76, Jan/Jul. 2011. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-25620>.

VIEIRA, C. S. C. A. et al. Avaliação e controle de contatos faltosos de doentes com Hanseníase. **Rev. Bras. Enferm**, v. 61, 2008, p. 682-8. Edição Especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a05v61esp.pdf>.

VIDERES, A. R. N. Trajetória de vida de ex-portadores de hanseníase com histórico asilar. **Dissertação** (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós – Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal – RN, 2010. Disponível em:

http://www.repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/14717/1/ArieliRNV_DISSERT.pdf.

YAWALKAR, S.J. Hanseníase: para os profissionais médicos e paramédicos. Ed. 7. Switzerland: Basle, 2002.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Instrumento para coleta de dados

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

A. IDENTIFICAÇÃO

Título do artigo: _____

Autor (es): _____

Local de desenvolvimento da pesquisa: _____

Ano de publicação: _____

Fonte: _____

Base de dados: BDENF LILACS SCIELO

B. CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO

1. Tipo de publicação:

1.1. Pesquisa

- () Abordagem qualitativa () Revisão de literatura () Estudo Descritivo
 () Estudo descritivo-exploratório () Estudo prospectivo () Ensaio clínico randomizado
 () Estudo transversal () Outros _____

Título		
Objetivos	Resultados	Considerações finais