



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE ÀS INCAPACIDADES FÍSICAS
PROVOCADAS PELA HANSENÍASE

LÍVIA KALINE DE ABREU

CAJAZEIRAS-PB

2013

LÍVIA KALINE DE ABREU

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE ÀS INCAPACIDADES FÍSICAS
PROVOCADAS PELA HANSENÍASE**

Monografia de Conclusão de Curso de Enfermagem apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, da Unidade Acadêmica de Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento

CAJAZEIRAS – PB

2013



A162a Abreu, Lívia Kaline de.
Atuação do enfermeiro frente as incapacidades físicas
provocadas pela hanseníase / Lívia Kaline de Abreu. -
Cajazeiras, 2013.
62f. : il. color.

Não disponível em CD.
Monografia (Bacharelado em enfermagem) Universidade
Federal de Campina Grande, Centro de Formação de
Professores, 2012).
Contem Bibliografia e Anexos.

1. Hanseníase. 2. Incapacidades físicas. 3. Atenção
primária a saúde. I. Nascimento, Maria Mônica Paulino do.
II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de
Formação de Professores. IV. Título

CDU 616-002.73

LÍVIA KALINE DE ABREU

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE ÀS INCAPACIDADES FÍSICAS
PROVOCADAS PELA HANSENÍASE**

Monografia de Conclusão de Curso de Enfermagem apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem, da Unidade Acadêmica de Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

APROVADO EM: / /2013

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Esp. Maria Mônica Paulino do Nascimento
UAENF/CFP/UFCG
(Orientadora)

Prof^a. Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento
UAENF/CFP/UFCG
(Examinadora)

Prof^a. Ms. Eliane de Souza Leite
UAENF/CFP/UFCG
(Examinadora)

CAJAZEIRAS-PB

2013

Dedico esta monografia aos meus pais José Antônio e Vanilda, aos meus irmãos Rafaela e João Neto, e a toda minha família e amigos. Pelo AMOR, incentivo, dedicação e compreensão, para que fosse possível concretizar esse tão esperado sonho.

AMO VOÇÊS!
Dedico.

AGRADECIMENTOS

Nestas primeiras linhas venho agradecer a DEUS, o meu pai todo poderoso, por ter derramado sobre mim chuvas de bençãos, e me dado força, capacidade, além de iluminar todos os caminhos que eu trilhei até conseguir realizar esse sonho.

Aos meus pais, José Antônio e Vanilda, pelo AMOR, proteção, incentivo, dedicação e lição de vida, pois foi com vocês que aprendi todos os meus valores, muito obrigada por todos os esforços e foram muitos, que fizeram para fornecer a minha formação profissional como vocês tanto falam “a melhor herança que eu deixarei para os meus filhos”, e por estarem sempre ao meu lado nos momentos bons e nos mais difíceis, AMO MUITO VOCÊS!

Aos meus irmãos Rafaela e João Neto, pelo AMOR, carinho e risadas, mesmo após algumas desavenças, mais é pra isso que servem os irmãos, AMO VOCÊS!

A minha orientadora Maria Mônica Paulino do Nascimento, pelas informações transmitidas, dedicação e disponibilidade para que fosse possível a realização desse trabalho, minha muitíssima obrigada.

As professoras Aissa e Eliane, por terem aceitado fazer parte da minha banca, obrigada.

A todos os Professores e Mestres que passaram pela minha vida acadêmica, podem ficar certos que extrair o máximo de tudo que mim transmitiram, e da importância que tiveram para minha formação como futura enfermeira, sou muito grata a todos.

Aos meus amigos de infância, de colégio, principalmente do ensino médio, e as amigas que fiz nesses cinco anos de curso, ao qual sem a amizade, força, confidências e brincadeiras teriam sido bem pesadas suportar algumas tribulações, espero que vocês participem eternamente da minha vida, pois no meu coração já estão marcadas PRA SEMPRE!

Por fim, minha muito obrigada a todos que fizeram e fazem parte da minha vida e da minha linha do tempo, podem ter certeza que tudo que eu vivi com vocês contribuíram para a realização desse sonho.

ABREU, Lívia Kaline de. **Atuação do enfermeiro frente às incapacidades físicas provocadas pela hanseníase**. Trabalho de Conclusão de Curso [graduação]. Universidade Federal de Campina Grande. Curso de bacharelado em enfermagem. Cajazeiras-PB, 2013. 62p.

RESUMO

Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, crônica, com tropismo por células do tecido cutâneo e células dos nervos periféricos. É considerada curável, embora se não realizado o tratamento precoce, pode evoluir com incapacidades físicas e deformidades permanentes. As áreas mais afetadas pelas incapacidades físicas são a face, principalmente olhos e nariz; mãos e pés. Tendo como objetivo geral, avaliar a atuação do enfermeiro frente ao portador com incapacidades físicas causadas pela hanseníase, e específicos, caracterizar os principais cuidados e intervenções realizados pelos enfermeiros no acompanhamento e tratamento das incapacidades físicas; e identificar as principais dificuldades dos enfermeiros da atenção primária no acompanhamento e tratamento dos portadores de incapacidades físicas. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratória descritiva com abordagem quantitativa, realizada no município de Cajazeiras, situado no alto sertão do estado da Paraíba. A amostra foi composta por 12 enfermeiros das Unidades de Saúde da Família deste município, seguindo os critérios de inclusão e exclusão. O instrumento utilizado para a coleta dos dados foi um questionário estruturado, constituído por questões de cunho sócio-demográficos, bem como as características profissionais dos participantes e perguntas sobre os objetivos do estudo. Os resultados mostram que o sexo feminino ainda predomina na enfermagem, sendo a maioria jovens-adultos, casados, com renda salarial de três salários mínimos, entre um e dez anos de formação, com título de especialista, vinculado ao serviço por contrato e que não participou de cursos ou treinamentos sobre hanseníase nos últimos dois anos. Em relação as atividades gerais do tratamento das incapacidades físicas, observou-se que a maioria não participou de cursos ou treinamentos sobre incapacidades, que o profissional que realiza a avaliação neurológica na USF é o enfermeiro, e que a frequência das avaliações são no momento do diagnóstico e na alta. Tratando-se do tratamento do nariz, dos olhos, das mãos, dos pés e das úlceras e neurites, a maior parte afirmou inspecionar, orientar a realizar lubrificação e limpeza, uso de proteção, exercícios para a manutenção do membro, o autocuidado, ajuda a escolher o calçado ideal, acompanha o processo inflamatório, faz o curativo, orienta o repouso do nervo afetado e realiza monitorização da função neural. Já nos casos de cuidados com a triquiase, de utilização de aparelho dorsoflexor e imobilização, a maior parte não atua nessas atividades. Quanto a outros tipos de ações realizadas pelos enfermeiros, foram referidas, tratamento das reações hansênicas, realização de grupo de apoio e autocuidados, ações educativas, orientações sobre cuidados nutricionais, encaminhamento para o serviço de fisioterapia e dermatologia, busca ativa dos pacientes, e solicitação de exames complementares para o acompanhamento das taxas. Em relação as dificuldades predominou os enfermeiros que confirmaram apresentar algum tipo. Diante desses resultados se faz necessário o desenvolvimento de ações eficazes, por parte dos gestores e profissionais enfermeiros que atuam na atenção primária em, promover e participar de capacitações, para a atuação e planejando de estratégias eficazes que possam melhorar as assistências prestadas aos portadores de incapacidades físicas.

Palavras-chave: Enfermagem de Atenção Primária. Hanseníase. Pessoas com incapacidades físicas.

ABREU, Livia Kaline de. **Nurse's role in the face of physical disabilities caused by leprosy.** Completion of course work [graduation]. Federal University of Campina Grande. Bachelor's degree in nursing. Cajazeiras-PB, 2013. 62p.

ABSTRACT

Leprosy is an infectious disease, chronic, with tropism for cells of the dermal tissue and peripheral nerve cells. It is considered curable, although if not treated early, it can evolve with permanent disabilities and deformities. The areas most affected by physical disabilities are the face, especially eyes and nose, hands and feet. Aiming to broadly assess the performance of the nurse in the care of people with physical disabilities caused by leprosy, and specific, characterizing the main care and interventions performed by nurses in the monitoring and treatment of physical disabilities, and identify the main difficulties of primary care nurses monitoring and treatment of people with physical disabilities. This is a descriptive exploratory research study with a quantitative approach, performed in the city of Cajazeiras, located in the hinterland of the state of Paraíba. The sample consisted of 12 nurses from the Family Health Units of this municipality, following the criteria of inclusion and exclusion. The instrument used for data collection was a structured questionnaire consisting of questions about socio-demographic and professional characteristics of the participants and questions about the study objectives. The results show that females still predominate in nursing, mostly young adults, married, with wage income of three minimum wages, between one and ten years of training with specialist title, linked to the service contract and not participated in courses or training on leprosy in the past two years. Regarding the general activities of the treatment of physical disabilities, it was observed that the majority did not participate in courses or training on disability, the professional who performs a neurological assessment at USF is the nurse, and the frequency of evaluations are at the time of diagnosis and on. As regards the treatment of nose, eyes, hands, feet and ulcers and neurites, most said inspect, guide the conduct lubrication and cleaning, use of protection, exercises for maintaining limb, self-care, help choose the ideal footwear, accompanies the inflammatory process, makes the dressing guides the rest of the affected nerve and conducts monitoring of neural function. In cases of trichiasis care, utilization and immobilization device dorseflexor, most do not work in these activities. As for other types of actions performed by nurses, were referred to treatment of leprosy reactions, conducting group support and self-care, educational, guidance on nutritional care, referral to physiotherapy service and dermatology, active search of patients, and request additional tests to monitor rates. Regarding the difficulties prevailed nurses who confirmed to present some kind. From these results it is necessary to develop effective actions on the part of managers and nurses working in primary care, promote and participate in training for the operation and planning of effective strategies that can improve the assistance provided to people with physical disabilities.

Keywords: Nursing Primary Care. Leprosy. People with physical disabilities.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Ações realizadas pelos enfermeiros das UBS no acompanhamento e tratamento das incapacidades físicas.....	37
GRÁFICO 2: Dificuldades para realizar as ações necessárias do tratamento das incapacidades.....	38

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Apresentação dos dados sócio-demográficos e profissionais.....	28
TABELA 2 – Atividades gerais do tratamento das incapacidades físicas.....	31
TABELA 3 – Atividades desenvolvidas no tratamento do nariz.....	32
TABELA 4 – Atividades desenvolvidas no tratamento dos olhos.....	33
TABELA 5 – Atividades desenvolvidas no tratamento das mãos.....	34
TABELA 6 – Atividades desenvolvidas no tratamento dos pés.....	35
TABELA 7 – Atividades desenvolvidas no tratamento das úlceras e neurites.....	36

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.: Antes de cristo

BAAR: Bacilo Álcool-ácido Resistente

BCG: Bacillus Calmette-Guérin

CEP: Comitê de Ética e Pesquisa

CNS: Conselho Nacional de Saúde

ESF: Estratégia de Saúde da Família

HD: Hanseníase Dimorfa

HI: Hanseníase Indeterminada

HT: Hanseníase Tuberculóide

HV: Hanseníase Vichorwiana

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MB: Multibacilar

MORHAN: Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

PB: Paucibacilar

PQT: Poliquimioterapia

PSF: Programa Saúde da Família

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USF: Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	15
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS, EIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DA HANSENÍASE.....	15
2.2 INCAPACIDADES FÍSICAS NO CONTEXTO DA HANSENÍASE.....	20
2.3 AÇÕES DA ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO TRATAMENTO DAS INCAPACIDADES.....	23
3 METODOLOGIA	25
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	25
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	25
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	26
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	26
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	26
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	27
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	27
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICE(S).....	49
ANEXO(S).....	58

1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença de caráter infeccioso e crônico de grande importância para a saúde pública, relacionada à sua magnitude e seu alto poder incapacitante, atingindo predominantemente a faixa etária economicamente ativa. Acomete com mais frequência pele e nervos periféricos, embora se manifesta também como uma doença sistêmica comprometendo olhos, articulações, gânglios, testículos, dentre outros órgãos. Seu alto potencial incapacitante está diretamente relacionado à capacidade de penetração do *Mycobacterium leprae* na célula nervosa e seu poder imunogênico (BRASIL, 2008).

A eliminação da hanseníase em algumas regiões tem sido difícil de ser alcançada, devido a complexidade da doença. Sabe-se que o *Mycobacterium leprae* é considerado de baixa patogenicidade, pois poucos dos indivíduos infectados desenvolvem a patologia, porém, não se sabe ao certo se, em algum momento entre o contato com o bacilo e a enfermidade, o indivíduo assintomático se torna "bacilífero" e participa da cadeia de transmissão. Promover o esclarecimento de que a infecção em assintomáticos pode disseminar a doença é vital para formulação de ações estratégicas ao manejo do problema (DUARTE et al., 2012).

Conforme o Ministério da Saúde, no ano 2011, o Brasil apresentou uma taxa de prevalência de 1,54 casos para cada 10.000 habitantes, correspondendo a 29.690 casos em tratamento. No mesmo ano, no país foram detectados 33.955 casos novos de hanseníase, correspondendo a um coeficiente de detecção geral de 17,6/100 mil habitantes (BRASIL, 2012).

Segundo Monteiro et al. (2013), o Brasil foi o segundo país com o maior número de casos em 2012 apresentando aproximadamente 93% dos casos das Américas, e no ano de 2011, foram diagnosticados 2.165 (7,1%) casos novos com grau 2 de incapacidade.

Incapacidade foi definida por Gonçalves, em 1973, como toda alteração anatômica ou fisiológica num indivíduo, impedindo ou dificultando, de forma total ou parcial, permanente ou temporário, qualquer atividade e/ou convivência sociais normais. Quando não ocorre o diagnóstico e o tratamento precocemente, a hanseníase pode evoluir com diferentes graus e tipos de incapacidades físicas (ALVES et al., 2010).

Dentre as diretrizes básicas que tem como objetivo a redução da morbi-mortalidade por hanseníase no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se destacar a atenção integral ao portador da moléstia, sendo garantida pela hierarquização dos serviços e através do cuidado em equipe multiprofissional (DUARTE et al., 2009).

O tratamento da hanseníase, além de interromper a cadeia de transmissão, combate os altos níveis de estigma e isolamento social, pois, ao promover a cura, ajuda a prevenir as incapacidades físicas, no entanto, quando as mesmas já estiverem instaladas os profissionais de saúde devem promover a reabilitação física e social do doente, assim como potencializar ao máximo as capacidades ainda existentes.

Diante deste contexto, o estudo propõe como objetivo geral: avaliar a atuação do enfermeiro frente às incapacidades físicas provocadas pela hanseníase; e como específicos: caracterizar os principais cuidados e intervenções realizados pelos enfermeiros no acompanhamento e tratamento das incapacidades físicas; e identificar as principais dificuldades dos enfermeiros da atenção primária no acompanhamento e tratamento dos portadores de incapacidades físicas.

A escolha pelo estudo justifica-se pela atuação no projeto de monitoria da disciplina Enfermagem Clínica II, pelo maior contato com portadores da hanseníase, como também durante os estágios curriculares, através do qual foi observado carências no acompanhamento e nas intervenções prestadas aos usuários com incapacidades físicas.

Portanto a relevância do estudo se dá pela importância de refletir sobre a necessidade de um bom acompanhamento e tratamento das incapacidades físicas que acometem a pessoa portadora de hanseníase, bem como a necessidade de enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde capacitados, e apresentando subsídios para a realização e o aperfeiçoamento das técnicas e procedimentos ofertados aos usuários, para assim alcançar resultados satisfatórios no tratamento ofertado.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E CLÍNICOS DA HANSENÍASE

Hanseníase, lepra, morfêia, mal de Hansen ou mal de Lázaro é uma patologia notória desde os tempos bíblicos, registrada em inúmeros textos de 500 anos a.C. na Índia, no sudeste asiático, na China e nos países da África. Na Europa a doença pode ter iniciado através das tropas de Alexandre, o Grande, por volta de 300 anos a.C., e alcançou altos níveis durante a Idade Média, provavelmente devido ao fluxo de portadores durante as Cruzadas. No século XVI, foi trazida para a América pelos imigrantes europeus e também pelos escravos africanos. No Brasil o primeiro documento que certifica a existência da doença é de quatro de dezembro de 1697, onde a Câmara do Rio de Janeiro solicita a Portugal a instalação de um “lazareto”, na Igreja da Conceição (OPROMOLLA et al., 2011).

Conforme Boti et al. (2008), a evolução da ciência não foi o bastante para acabar com os estigmas relacionados à doença, mesmo após a descoberta do agente causador, no entanto, foi possível atestar que trata-se de uma afecção de caráter infecto-contagioso, pois até então era interpretada como castigo divino, onde se fazia necessário o isolamento e abandono. É uma doença de notificação compulsória que acomete principalmente a população economicamente ativa, ocasionando altos custos, relacionados ao tratamento, reabilitação e pela perda de anos produtivos (PENNA et al., 2011).

Segundo Mendonça et al. (2008), a hanseníase trata-se de uma infecção granulomatosa crônica, que por sua vez acomete sobretudo pele e os nervos periféricos, caracteriza-se por apresentar alta infectividade e baixa patogenicidade, sendo mais de 95% dos indivíduos naturalmente imunes. Pode ser conceituada como associação de duas doenças: a primeira como uma infecção crônica ocasionada pela ação do bacilo, que induz resposta imune elevada nos acometidos; e a segunda, como uma neuropatia periférica que se inicia pela infecção em conjunto com os eventos imunológicos. O desenvolvimento da doença é influenciado por diversos fatores, referente à genética do hospedeiro, demandas ambientais, como o estado nutricional, a vacinação com *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG) e taxa de exposição ao *Mycobacterium leprae* ou outras micobactérias. A alteração da resposta imune está associada com a progressão de formas clínicas, onde caracteriza a ausência ou desenvolvimento da forma mais branda da doença, ou a forma clínica mais grave.

O agente causador foi retratado pelo norueguês Armauer Hansen, em 1873, como um bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), parasita intracelular com preferência pelas células de Schwann e pele. Considera-se o homem como o único reservatório natural do bacilo, apesar

de relatos de animais selvagens naturalmente infectados (tatus e macacos) (ARAÚJO et al., 2003).

Ainda segundo Araújo et al. (2003), a transmissão da doença se dá através das vias aéreas superiores, que constituem a principal porta de entrada e de eliminação do bacilo, uma solução de continuidade, eventualmente, pode ser porta de entrada da infecção; já secreções como leite, esperma, suor e secreção vaginal, podem eliminar bacilos, mas não contribuem na disseminação da infecção.

A hanseníase apresenta o período de incubação de dois a sete anos em média, embora haja registros de períodos mais curtos, sete meses, como também mais longos, 10 anos. Os doentes paucibacilares (PB), não apresentam relevância na transmissão, em virtude da carga bacilar baixa; já os multibacilares (MB), constituem a fonte de transmissão, enquanto o tratamento não for iniciado. Em consequência do longo período de incubação, a infecção é pouco evidenciada em menores de 15 anos, contudo, nas áreas endêmicas, a exposição precoce, em focos domiciliares, aumenta a ocorrência de casos nessa faixa etária (BRASIL, 2009).

Em 2012, o coeficiente de prevalência de hanseníase no Brasil foi de 1,51 casos para cada 10 mil habitantes, foram diagnosticados 33.303 casos novos e, 2.246 casos, que representa (7%), foram em menores de 15 anos. No mesmo ano, os maiores coeficientes de detecção por região geográfica foram verificados nas regiões Norte e Centro-Oeste, com 42,3 e 40,1 casos novos por 100 mil habitantes, respectivamente; no Nordeste, com 25,8 casos novos por 100 mil habitantes e no Sul e Sudeste, com 4,8 e 6,6 casos novos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2013). A Paraíba apresentou em 2011 um coeficiente de detecção de 17,15 por 100 mil habitantes, com 646 casos novos. O Estado procura intensificar o desenvolvimento de ações na tentativa de eliminar a hanseníase, por apresentar um padrão de média endemicidade. Com relação aos menores de 15 anos, o coeficiente de prevalência foi estimado em 4,1 casos por 100.000 habitantes, um número significativamente elevado (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde (MS) tem como meta a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública até 2015, chegando o coeficiente de um caso por cada 10.000 habitantes, para alcançar essa meta lançou o Plano Integrado de Ações Estratégicas para Eliminação da Hanseníase e outras doenças, esse plano tem como base o aumento da detecção precoce e a cura dos casos diagnosticados (BRASIL, 2012).

A doença manifesta-se com os principais sinais e sintomas: manchas hipocrômicas, acastanhadas ou avermelhadas, com alterações ou ausência de sensibilidade, pápulas,

infiltrações, tubérculos, nódulos, diminuição ou queda de pêlos, falta ou ausência de sudorese local. As lesões em nível de nervos são decorrentes de neurites (inflamações nos nervos periféricos), caracterizando a presença de: dor e espessamento dos nervos periféricos, diminuição e perda de sensibilidade nas áreas dos nervos afetados e, diminuição e perda da força muscular (BRASIL, 2008).

A classificação operacional se baseia no número de lesões, em pacientes com até cinco lesões cutâneas a classificação enquadra-se como paucibacilar (PB), enquanto os com mais de cinco lesões são classificados como multibacilar (MB). De acordo com a classificação de Madri, definido no Congresso Internacional de Lepra VI, em 1953, a hanseníase é apresentada em quatro formas clínicas: hanseníase indeterminada (HI), hanseníase tuberculóide (HT), ambas de caráter PB; e as MB, hanseníase borderline ou dimorfa (HD) e hanseníase virchowiana (HV) (CAVALCANTE et al., 2012).

A HI é considerada a primeira manifestação clínica da doença e, a depender de vários fatores pode ocorrer evolução para cura ou para outras formas. As lesões que caracterizam essa forma clínica são as manchas hipocrômicas, com alteração da sensibilidade, ou apenas áreas de hipoestesia na pele, geralmente encontra-se alteração somente em nível de sensibilidade térmica, podem se localizar em qualquer área, e em pequena quantidade. Não há comprometimento de nervos e a pesquisa de BAAR na linfa mostra-se negativa (ARAÚJO, 2003).

Conforme Galvan (2003), a forma tuberculóide não é contagiante, tem como principal característica a presença de placas avermelhadas bem delimitadas, com alteração da sensibilidade térmica, tátil e dolorosa, hipo ou anestésica, há o comprometimento de nervos, favorecendo o surgimento de deformidades.

A hanseníase dimorfa faz intermédio entre os pólos tuberculóide e virchowiano caracteriza-se principalmente por lesões em placa do tipo “queijo suíço”, onde a parte central é visualmente preservada. Apresenta inúmeras lesões e os resultados laboratoriais de diagnóstico podem ser positivo ou negativo (LOPES, 2006).

Segundo Foss (1999), o desenvolvimento da forma virchowiana se dá pelo grande déficit da resposta imunológica, de evolução insidiosa, acomete além do tecido cutâneo, mucosas, órgãos internos e troncos nervosos. Na pele pode aparecer um quadro de infiltração difusa, nódulos, pápulas e alopecia. As lesões se localizam em todo o corpo e são ricas em bacilos, é a forma de maior importância no aspecto epidemiológico.

É considerado quadro de hanseníase quando o indivíduo apresenta um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: lesões de pele com alteração da sensibilidade, espessamento de nervos periféricos, e baciloscopia positiva para o bacilo de Hansen (BRASIL, 2007).

De acordo com o MS o diagnóstico é essencialmente clínico, realizado através da análise histórica do paciente e do exame dermatoneurológico, com o intuito de identificar as lesões cutâneas, áreas com alterações de sensibilidade e comprometimento de nervos periféricos. Na busca de identificar de lesões neurológicas, são examinados os olhos, nariz, membros superiores e inferiores, inspecionando, e realizando a palpação dos nervos periféricos, avaliação da força muscular e amplitude dos movimentos. Os exames laboratoriais são utilizados como complementares, a baciloscopia da linfa e a biópsia da lesão, onde o resultado positivo classifica como MB, embora o resultado negativo não exclua o diagnóstico da doença (BRASIL, 2007; BRASIL, 2008; BRASIL, 2010).

Todo paciente diagnosticado de hanseníase deve ser informado no momento da consulta que seguindo o tratamento de forma correta obterá cura total. O tratamento denominado poliquimioterapia (PQT) é realizado em ambiente ambulatorial e disponível de forma gratuita. O esquema foi padronizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1982, adotado pelo MS a partir de 1986, tem como objetivo obter a cura do indivíduo doente, prevenir e tratar incapacidades, além do controle da endemia (GUSSO; LOPES, 2012).

O esquema é adotado de acordo com a classificação operacional, para os casos PB, consumo de seis blisters, com duração de seis a nove meses composto por: rifampicina, uma dose mensal supervisionada de 600mg (adulto) e 450mg (criança), e dapsona, uma dose mensal supervisionada com dose diária de 100mg (adulto) e 50mg (criança). Para os MB, consumo de doze blisters com duração de doze a dezoito meses tendo como esquema: rifampicina, dose mensal supervisionada de 600mg (adulto) e 450mg (criança); dapsona, dose mensal supervisionada e dose diária de 100mg (adulto) e 50mg (criança) e clofazimina, uma dose mensal supervisionada de 300mg (adulto) e 150mg (criança) com dose diária de 50mg (adulto) e 50mg em dias alternados (criança). Durante o tratamento não há necessidade de internação, sendo indicada apenas em casos de intercorrências, como os estados reacionais graves ou para a correção de deformidades físicas através de procedimentos cirúrgicos (BRASIL, 2002; BRASIL, 2007).

Nas situações como gravidez e aleitamento materno, não há contra-indicação a administração dos esquemas de tratamento PQT, algumas drogas são excretadas pelo leite, mas não causam efeitos adversos, sendo seguro tanto para a mãe como para o filho, embora os recém-nascidos possam vir a apresentar a pele hiperpigmentada devido a Clofazimina, após o

término do uso, com o tempo ocorre à regressão dessa pigmentação. Outra situação é a vigência de tuberculose e hanseníase, neste caso deve seguir o tratamento de ambas, sendo a rifampicina administrada 600 mg/dia, dose esta para tratar a tuberculose. Nos portadores da AIDS o esquema PQT padrão não deve ser modificado, a rifampicina na dosagem utilizada para o tratamento da hanseníase não afeta os inibidores de protease usado no tratamento de indivíduos com HIV/AIDS (BRASIL, 2002).

Quanto à prevenção, a vacina BCG vem mostrando proteção variável, quando em indivíduos vacinados ocorre o desenvolvimento da patologia, esta se manifesta em sua forma mais branda. Deve-se examinar e orientar todos os contatos intradomiciliares do paciente, os saudáveis, caso não tenham cicatriz vacinal, devem receber duas doses da vacina (BRASIL, 2010; GUSSO; LOPES, 2012). O MS orienta que os casos que precisam de acompanhamento pós-alta, são os pacientes que apresentam alguma intercorrência mesmo com a conclusão do tratamento PQT. Um caso de recidiva consiste naquele em que completa o tratamento PQT e que, após a cura, desenvolve novos sinais e sintomas da doença, mais comum quando o tratamento é feito de forma inadequada ou incorreta. Para estes casos deve ser iniciado novamente o tratamento, sendo fundamental que se faça uma nova avaliação, pois pode haver mudança na classificação operacional (BRASIL, 2008).

Conforme Teixeira et al. (2010), os portadores da hanseníase podem desenvolver quadros ou estados reacionais, principalmente, nas formas multibacilares, essas reações constituem um fenômeno de hipersensibilidade aguda mediante a presença do *Mycobacterium leprae*, que podem surgir antes, durante ou após o tratamento. As reações hansênicas são classificadas em dois tipos: reação hansênica tipo I ou reversa (indica aumento da imunidade celular) e a reação tipo II ou eritema nodoso (exacerbação da imunidade humoral).

A reação hansênica é um grande problema na compreensão dos pacientes referente à cura da doença, pois essa morbidade produz grande sofrimento além da possibilidade de acarretar incapacidade física (SOUZA, 2010).

As reações tipo I são caracterizadas por exacerbação das lesões pré-existentes e aparecimento de novas lesões (pápulas e placas eritematosas), além de episódios de neurite, com espessamento de nervos e dor à palpação e espontânea, pode vir acompanhado por febre, anorexia, mal estar geral e edema em mãos e pés. A reação reversa é classificada como emergência na hanseníase, requer tratamento rápido por apresentar alto risco de dano neural permanente. O tratamento da reação tipo I é feito com Prednisona (corticosteróide) em dose diária de 1 a 2mg/kg, a avaliação do estado reacional do indivíduo acometido deve ser realizada regularmente, para que possa fazer o desmame do medicamento (BRASIL, 2007;

REGO et al., 2007; SOUZA, 2010). Os quadros reacionais tipo II ocorrem de forma espontânea ou são desencadeados por infecções intercorrentes como anemia, estresse, puberdade, gestação, intervenção cirúrgica e uso de antibióticos, vitamina A e progesterona. As lesões são eritematosas, com tamanho variável, dolorosas e se localizam em diferentes regiões da pele. Alguns podem evoluir com febre, neurite, edema dos membros inferiores, danos hepático, artrite e pré-tibialgia. Seu tratamento é realizado com talidomida 100 a 400mg/dia, esse medicamento não é indicado para mulheres em idade fértil devido ser teratogênico (VALENTE et al., 2010).

A evolução da hanseníase, na maioria das vezes, promove o surgimento de seqüelas, que se estendem por muitos anos ou persistem pra sempre, mesmo após a cura da infecção, levando o indivíduo a conviver com a debilidade e o comprometimento de parte de suas funções, conhecidos como incapacidades físicas, trazendo consigo problemas sociais e conseqüências psicológicas (MENDONÇA et al., 2008). Essas incapacidades físicas são prevenidas através do diagnóstico precoce da doença e, quando instaladas, merecem atenção especial por parte dos profissionais de saúde.

2.2 INCAPACIDADES FÍSICAS NO CONTEXTO DA HANSENÍASE

Conforme o MS, incapacidade se define como uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, onde há necessidade de fornecer equipamentos, adaptações, meios ou outros recursos especiais para que a pessoa portadora possa receber e transmitir informações necessárias ao seu bem-estar e ao desempenho da atividade a ser exercida (BRASIL, 2008). A ação do *Mycobacterium leprae* resulta em distúrbios de sensibilidade, sendo evidenciados pela diminuição ou ausência das sensibilidades dolorosa, térmica e tátil, podendo causar comprometimento da pele, das mucosas, dos nervos periféricos assim como também do aparelho visual, em pacientes com muitos bacilos, resultando em deformidades (ALVES et al., 2010).

Essas deformidades atribuem às pessoas uma imagem assustadora e de sofrimento levando ao isolamento, trazendo o sentimento de estigma e rejeição pela sociedade, podem ser observadas dificuldades tanto nas relações íntimas do indivíduo como nas relações sociais. Um importante movimento contribui e ajuda os acometidos para a superação dessa moléstia, o Movimento de reintegração das pessoas atingidas pela hanseníase (MORHAN), que entre outras coisas, realizam grupos de apoio que são fundamentais para essas pessoas vencerem os desafios (SANGI et al., 2009).

Cerca de 20% dos indivíduos atingidos pela hanseníase podem apresentar incapacidades físicas e deformidades permanentes, provocando significativo comprometimento na qualidade de vida (MENDONÇA et al., 2008; MARTINS et al., 2008). As deformidades e as incapacidades podem ser de caráter neurogênico, considerando as primárias: déficits sensitivos, autonômicos e motores; e secundárias: retrações, lesões traumáticas e infecções pós-traumas; e as de cunho inflamatórios (BRASIL, 2008).

Bernardes et al. (2009) retrata que, embora as incapacidades físicas representem significância, atualmente em relação aos números de pessoas que convivem com deficiências e incapacidades relacionadas à hanseníase deve ser revista, pois a avaliação neurológica simplificada que deve ser realizada em todos os acometidos pela doença devido a sua relevância para o prognóstico, não tem prioridade como rotina no atendimento, prejudicando a análise da real situação dos incapacitados no Brasil.

Na hanseníase, as lesões neurológicas se apresentam em todas as formas clínicas, onde na forma indeterminada, são acometidos apenas os ramúsculos, já nas outras formas, além das lesões ramusculares, o comprometimento característico é uma mononeurite múltipla. Onde na forma tuberculóide, o dano é intenso e pouco extenso; na dimorfa, é intenso e extenso; e na virchowiana, é pouco intenso e extenso, e o desenvolvimento das incapacidades geralmente é mais tardio (OPROMOLLA; URA, 2002).

Os nervos mais afetados que provocam a instalação das incapacidades são: nervo facial, trigêmeo, ulnar, mediano, radial, fibular comum e tibial posterior (BRASIL, 2008). Segundo Helene et al. (2001), a instalação das incapacidades físicas e das deformidades na pessoa acometida pela hanseníase está diretamente relacionada ao tempo em que foi realizado o diagnóstico e início do tratamento específico da patologia. Na face com excessão do lagofalmo e da alteração da sensibilidade da córnea que são conseqüências de uma lesão de nervo, a maioria das deformidades e incapacidades se dá diretamente pela ação do bacilo nas estruturas desta região. No nariz é bastante comum ocorrer obstrução, sangramento, perfuração da cartilagem e diversas deformidades de septo. Pode também haver comprometimento do tecido cutâneo da orelha (BRASIL, 2008).

Ainda segundo o MS, no aparelho visual, além da perda da sensibilidade, ocorre a madarose, que é a queda dos pêlos da sobrancelha, e também dos cílios, outra alteração é a triquíase, que corresponde ao crescimento de cílios em direção a córnea, podendo causar úlceras, além de queimação, fotofobia, lacrimejamento, hiperemia conjuntival, entrópico, ectrópico entre outros. Em membros superiores e inferiores, o comprometimento dos nervos provoca: diminuição ou perda da força muscular, atrofia, garras, reabsorção, mão e pé

caídos, diminuição ou perda da sensibilidade, mão e pé reacional, pé eqüino, rigidez de estruturas, úlceras, artropatia neurogênica do pé (Charcot), trata-se de um pé totalmente anestesiado (BRASIL, 2008). Silva Sobrinho et al. (2007), apontam a necessidade de se fazer avaliação e registro das incapacidades, pois são de extrema importância para que ocorram educação e promoção do autocuidado.

Com o diagnóstico e o tratamento precoce dos quadros reacionais e das neurites pode-se evitar ou até mesmo promover redução das deformidades e incapacidades, amenizando os custos da reabilitação e na qualidade de vida dos indivíduos. Monitorizar através do exame neurológico sistemático permite o diagnóstico e intervenção mais precoce de um quadro de comprometimento do nervo, reduzindo a possibilidade de desenvolver incapacidades físicas. A recuperação do nervo pode ser feita com o uso da corticoterapia em doses adequadas conforme o peso e à intensidade do dano neural, junto com as técnicas de repouso do segmento acometido e os exercícios terapêuticos específicos (GONÇALVES et al., 2009).

De acordo com o MS realização da avaliação neurológica, a classificação do grau de incapacidades e a aplicação de técnicas básicas de prevenção, controle e tratamento da hanseníase são atividades cruciais que devem ser desenvolvidas na ESF (FREITAS et al., 2008). Com o intuito de sistematizar o trabalho com as incapacidades geradas pela hanseníase, a OMS, em 1961, padronizou um formulário de anotações das incapacidades para os portadores, proposto por Bechelli e Dominguez, levando em consideração inicialmente três graus de incapacidades, avaliando olhos, mãos e pés, onde o grau zero se refere à ausência de incapacidades mediante a hanseníase, e os graus um, dois e três quando apresentavam alterações de sensibilidade e/ou motoras de gravidade crescente. Desde 2002 o MS introduziu a uma nova classificação, onde os graus de incapacidade variam de zero a dois (PIMENTEL et al., 2003; ALVES et al., 2010).

A avaliação deve ser realizada obrigatoriamente no diagnóstico e na alta e, a cada seis meses, para os casos MB, sendo de suma importância para que sejam planejadas e desenvolvidas ações de prevenção de incapacidades e para a aquisição de indicadores epidemiológicos. A comparação do grau de incapacidade no início do tratamento e na alta determina se houve melhora ou piora no quadro, caso indique aumento do grau, ocorreu falhas no acompanhamento do paciente (BRASIL, 2001; BRASIL, 2008).

O enfermeiro deve realizar a educação em saúde, que tem como finalidade estabelecer a compreensão do usuário e de seus familiares, orientando quanto ao autocuidado, situando o indivíduo e o colocando ativo em todo o processo, sendo a educação para a saúde uma arma de grande importância para a prevenção de complicações e incapacidades (VIEIRA et al., 2012).

Murai (1990), aponta que a prevenção e o tratamento das incapacidades físicas aparece como ações prestadas durante visita domiciliar e atendimento de enfermagem, práticas estas desenvolvidas pela equipe treinada e supervisionada por enfermeiro. As práticas de prevenção das incapacidades são derivadas da qualificação dos profissionais, assim como conhecer, realizar o diagnóstico, orientar e desenvolver o acompanhamento e tratamento adequado dos acometidos (FINEZ et al., 2011).

2.3 AÇÕES DA ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO TRATAMENTO DAS INCAPACIDADES

Resende et al. (2009) apontam que a enfermagem, é uma profissão que presta assistência em qualquer fase da vida humana, e para o portador de hanseníase é imprescindível sua atuação, na implementação de ações para a resolução e melhoria tanto da parte física, como também das questões mentais e sociais do doente.

Através da Portaria GM 648/2006, do MS, que estabelece ser papel do enfermeiro não somente educar e prevenir, deve também participar do tratamento por intermédio da Consulta de Enfermagem, solicitando exames complementares e a prescrição de medicamentos, somente os previstos nas disposições legais da profissão (ALBERICI et al., 2011).

A adesão dos usuários ao tratamento, por ser de longo prazo, é um dos vários desafios que a equipe de saúde encontra e, a enfermagem tem um importante papel nas intervenções com a população, principalmente por meio da educação em saúde (SILVA et al., 2009).

Consulta de enfermagem consiste em realizar o histórico de enfermagem, composto pela entrevista e exame físico, diagnóstico e prescrição de enfermagem, implementação da assistência e evolução de enfermagem, tendo como objetivo conhecer as necessidades de e desenvolver as ações de saúde inerente a cada indivíduo (DUARTE et al., 2009).

Para Duarte et al. (2008), a consulta de enfermagem é fundamental para uma assistência de qualidade, visto que institui além da relação terapêutica entre o cliente e o profissional da saúde, possibilitando conhecer as condições de vida que influenciaram o perfil de saúde e doença, direcionando as atividades para a cada indivíduo, afim de promover o máximo de independência, autonomia e qualidade de vida.

Os profissionais de enfermagem mediante contribuir no controle da doença nos serviços de saúde devem participar de sete áreas básicas: na prevenção da moléstia, na busca ativa e diagnóstico dos casos, no tratamento e acompanhamento dos pacientes, na prevenção e tratamento dos portadores de incapacidades físicas, na gerência das atividades de controle, no sistema de registro e vigilância epidemiológica e no desenvolvimento de pesquisas. Com

relação à prevenção e tratamento de incapacidades, destaca-se como atuação do enfermeiro o acompanhamento do paciente com quadros de reações hansênicas, promovendo prescrição e aplicação de técnicas para os olhos, nariz, mãos e pés (PEDRAZZANI, 1995).

Vieira et al. (2012) propõem, que na consulta, posteriormente as informações de todo o processo relacionado a informações sobre a doença e tratamento, o plano de cuidado passa a ter óptica das atividades de autocuidado, no qual o cliente e o profissional necessitam firmar compromisso pela sua efetividade. Para isso, a avaliação do grau de comprometimento da doença, é necessária com o intuito de impedir e/ou evitar eventos ocasionados pela perda da sensibilidade, como as queimaduras, ressecamento da pele e mucosas, lesões, entre outros.

O tratamento de incapacidades não deve ser dissociado do tratamento PQT. Com base na avaliação neurológica é que se pode intervir com as ações adequadas para cada caso, o papel do enfermeiro é de acompanhar, promover autocuidado, tratar e evitar que os pacientes evoluam com danos maiores, bem como auxiliar na reabilitação, quanto à realização das atividades diárias, do tipo de calçado, adaptações necessárias, etc (BRASIL, 2001).

O mesmo autor aponta algumas atividades desenvolvidas no tratamento das incapacidades ou deformidades físicas, tais como: no nariz, inspecionar, orientar o uso tópico de soro fisiológico, manter o líquido dentro do nariz por alguns instantes e deixar escorrer espontaneamente; nos olhos, realizar inspeção, orientar a lubrificar com colírio, limpeza, o uso de proteção diurna e noturna, exercícios com as pálpebras, na presença de triquíase fazer a retirada dos cílios invertidos; nas mãos, hidratação e a lubrificação, orientar a deixar as mãos mergulhadas durante 15 minutos em água limpa, lixar as fissuras, falar sobre a adaptação de instrumentos de uso diário; nos pés, hidratação, lubrificação, lixar as calosidades, informar a importância de adaptação de calçados, a não andar descalço, caminhar com passos curtos e lentos, caminhada não muito longa. Além de condutas relacionadas às neurites como, orientação quanto à redução de sobrecarga e repouso do nervo afetado, imobilização do membro, acompanhamento da alteração da sensibilidade e da força muscular, além do encaminhamento para consulta médica (BRASIL, 2001).

Para Pedrazzani (1995) a atuação do enfermeiro deve ser integrada com os demais membros da equipe multiprofissional da Unidade de Saúde, com base no princípio da integralidade da assistência à saúde do indivíduo.

Portanto, é necessário capacitação do enfermeiro, para que o mesmo possa conceder uma educação continuada aos técnicos de enfermagem, assim como para os agentes comunitários, e realizar consultas de enfermagem que ofereçam a devida identificação dos fatores de risco e de adesão no tratamento (SILVA JÚNIOR et al., 2008).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo com abordagem quantitativa.

A pesquisa exploratória tem por finalidade o desenvolvimento, o esclarecimento e a modificação de conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas de forma mais precisa ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. São desenvolvidas com o objetivo de proporcionar uma visão geral e aproximativa sobre determinado fato. A pesquisa do tipo descritiva tem como objetivo a descrição das características de uma eventual população ou fenômeno e o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2008).

Gerhart (2009) relata que pesquisa quantitativa recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno e as relações entre variáveis, é centrada na objetividade, os resultados são quantificados e mostram o retrato real de toda a população alvo da pesquisa, onde se faz análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Cajazeiras (PB).

Cajazeiras é um município da unidade federativa do Brasil, situado na região oeste do interior do estado da Paraíba, distante 468 quilômetros da capital João Pessoa. Ocupa uma área de 565, 899 km², sua população, de acordo com o censo de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é de 58.446 habitantes, classificando-o como o sétimo maior município em população da Paraíba. Faz limite com os municípios de São João do Rio do Peixe (a norte e a leste), Nazarezinho (a sudeste), São José de Piranhas (a sul), Cachoeira dos Índios, Bom Jesus (ambos a oeste) e Santa Helena (a noroeste). É sede da 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba, que reúne Cajazeiras e outros 14 municípios, possui 16 Estratégias de Saúde da Família (ESF), 12 estão localizadas na zona urbana e quatro na zona rural.

A escolha do local para a realização da pesquisa se deu pelo fato de ser uma cidade onde a hanseníase é um agravo endêmico, considerado o primeiro município do estado como prioritário.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Conforme Falco (2008) população é caracterizada pela semelhança de uma característica em comum entre pessoas, objetos e informações. A amostra é um subconjunto que representa a população identificada (GAUTHIER, 2003).

A população/amostra do estudo foi composta pelos enfermeiros atuantes nas USF do município de Cajazeiras, constituindo um universo de 16 profissionais da área, escolhidos intencionalmente. A amostra inicialmente era composta por 100% desde que se enquadrassem nos critérios de inclusão e aceitassem a participação voluntária na pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), mais a amostra ficou com 12 profissionais, uma vez que um estava de férias, e três estavam atuando nas unidades a menos de dois meses.

Foi considerado critério de inclusão na amostra estar atuando na USF como enfermeiro (a) no mínimo há três meses e, como critério de exclusão estar afastado das atividades por férias, licença ou qualquer outro motivo, por um período superior a 30 dias.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como instrumento para a coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado formulado com perguntas fechadas e abertas, que tinha como princípio atender os objetivos propostos da pesquisa. O questionário foi composto por duas partes, a primeira parte continha os dados sócio-demográficos da amostra, bem como as características profissionais dos participantes e, a segunda, por questões que abordam sobre a atuação dos enfermeiros diante das incapacidades físicas ocasionadas pela hanseníase, tendo sido usado como base para sua elaboração o formulário denominado Habilidades básicas em prevenção de incapacidades – PI (percepção inicial), do MS de 2010.

Segundo Gil (2008), questionário é um conjunto de questões aplicado a indivíduos com o intuito de descobrir os conhecimentos, a cultura, o comportamento, os valores e as perspectivas dos mesmos.

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Primeiramente o pesquisador se apresentou a coordenação do curso de graduação em enfermagem solicitando um ofício, sendo o mesmo destinado a Secretaria de Saúde da cidade de Cajazeiras, posteriormente, o ofício foi encaminhado, junto com a cópia do projeto para

fins de conhecimento deste, solicitando por sua vez a autorização para realizar a coleta de dados junto aos enfermeiros da atenção básica.

Em seguida o projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, por meio da Plataforma Brasil.

Para a coleta dos dados foi realizado contato individual com cada profissional em seus locais de trabalho. Inicialmente foi realizado uma breve contextualização sobre os objetivos da pesquisa, com o intuito de obter uma maior aceitação dos participantes. Sendo assim, os que aceitaram participar da pesquisa, assinaram o TCLE (APÊNDICE A), e então o próprio participante pode responder as perguntas contidas no Instrumento de Coleta de Dados (APÊNDICE B).

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados quantitativos se deu de forma descritiva, com tratamento estatístico percentual, onde as questões foram estudadas e apresentadas em gráficos e tabelas construídas no Microsoft Office Excel 2010, sendo as discussões realizadas perante a literatura e outros trabalhos publicados como o tema abordado.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, os pesquisadores irão cumprir os princípios éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que determina e assegura todos os direitos e deveres dos participantes envolvidos, sempre respeitando a liberdade, autonomia e dignidade do ser humano. Foi utilizado o TCLE (APÊNDICE A), que é um documento no qual são explicados de forma simples e objetiva, esclarecendo todos os processos da pesquisa ao participante, ou responsável.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta etapa da pesquisa serão expostos os resultados obtidos a partir dos dados coletados através da aplicação do questionário – Instrumento de Coleta de Dados (APÊNDICE B), com os enfermeiros da Atenção Básica do município de Cajazeiras - PB. A amostra do estudo foi composta por 12 profissionais enfermeiros.

Os dados serão distribuídos em nove segmentos: apresentação dos dados sócio-demográficos e profissionais; atividades gerais do tratamento das incapacidades físicas; atividades desenvolvidas no tratamento do nariz; atividades desenvolvidas no tratamento dos olhos; atividades desenvolvidas no tratamento das mãos; atividades desenvolvidas no tratamento dos pés; atividades desenvolvidas no tratamento das úlceras e neurites; outras atividades desenvolvidas no acompanhamento e tratamento das incapacidades e dificuldades para a realização das ações do tratamento das incapacidades.

Tabela 1 – Apresentação dos dados sócio-demográficos e profissionais. Cajazeiras, 2013

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Gênero		
Feminino	10	83,3
Masculino	2	16,7
Faixa Etária		
20-30	5	41,7
31-40	5	41,7
41+	2	16,7
Estado Civil		
Solteiro (a)	3	25
Casado (a)	8	66,7
Divorciado (a)	1	8,3
Renda Pessoal		
03 salários	5	41,7
04 salários	3	25
05 salários	2	16,7
06 salários	1	8,3
07 salários	1	8,3
Tempo de Formação		
Menos de 1 ano	2	16,7
Entre 1 - 10 anos	7	58,3
Entre 11-20 anos	2	16,7
20+	1	8,3
Titulação		

Graduação	5	41,7
Especialização	7	58,3
Tipo de Vínculo		
Contratado (a)	9	75
Efetivo (a)	3	25
Participou de cursos ou treinamentos nos últimos dois anos sobre hanseníase		
Sim	5	41,7
Não	7	58,3
TOTAL	12	100

Fonte: Própria Pesquisa/2013

A Tabela 1 mostra que dos 12 profissionais que participaram do estudo, a predominância é do gênero feminino, com 83,3% da amostra, sendo o gênero masculino representado por 16,7%. Embora os homens atualmente venham aparecendo neste campo de trabalho, nota-se que esses achados assemelham-se com os de outros estudos, onde a enfermagem é exercida, na sua grande maioria, pelo sexo feminino. Segundo Fernandes et al. (2010), no Brasil, 90,9% dos enfermeiros que atuam na ESF são mulheres, uma característica que permeia através da história, a essência da profissão está ligada ao cuidado, uma tarefa associada a imagem da mulher.

Em relação à faixa etária, observa-se a amostra é representada por uma população relativamente jovem-adulta, sendo que do total de profissionais, 41,7% estão ente 20 e 30 anos; 41,7% entre 31 e 40 anos e 16,7% tem mais de 41 anos. Os resultados desta pesquisa ainda está de acordo com o estudo de Fernandes et al. (2010), onde a faixa etária mais prevalente dos enfermeiros foi a com idade abaixo de 30 anos, já um estudo nacional obteve que a maioria dos enfermeiros tinha mais de 30 anos, com idade média de 34anos.

Entre as variáveis que correspondem ao estado civil, a mais prevalente foi a população casada com 66,7%; 25% são solteiros e 8,3% divorciados. O que revela ser uma população madura, uma vez que a maioria preferiu formar família, diferente de alguns estudos onde a preferência é a formação acadêmica.

Quanto à remuneração pessoal dos participantes, 41,7% recebem três salários mínimos; 25% quatro salários; 16,7% cinco salários; 8,3% seis salários e 8,3% sete salários. Observa-se uma faixa salarial baixa para um profissional com ensino superior, considerando o salário mínimo no Brasil de R\$ 678,00, o maior salário relatado no escore foi de R\$ 4.746,00 e o menor R\$ 2.034,00. Atualmente, a forma precária do trabalho resulta em baixos-salários e

ausência de legalização, fazendo com que o trabalho passe a ser um mecanismo de segregação social (PINTO et al., 2010).

Quanto ao tempo de formação, 58,3% dos participantes possuem entre um e 10 anos; 16,7% menos de um ano; 16,7% entre 11 e 20 anos e 8,3 mais de 20 anos. Resultado semelhante aos da pesquisa de Faria et al. (2012), onde os atores apontaram que 62% dos enfermeiros tinham menos de 10 anos de formados, justificado devido o alto índice de formandos nos últimos anos, onde os números entre 1999 e 2003 quase triplicou.

Em relação à titulação desses profissionais, a maioria enquadra-se como especialistas com 58,3% e, 41,7% possuem apenas graduação. Observa-se que a amostra do estudo caracteriza-se por enfermeiros com pouca titulação, sendo também significativo o número de profissionais graduados, o que pode ser justificado pelo pouco tempo de formação.

Conforme Santos; Guirardello (2007), com as exigências do mercado de trabalho os profissionais estão procurando qualificação profissional, se especializando. Várias pesquisas enfocam na importância da qualificação constante e reciclagem, aquisição de conhecimentos para acompanhar as diversas complexidades dos pacientes e dos avanços da tecnologia e da terapêutica, que sempre estão se renovando na área da saúde.

Quanto ao tipo de vínculo empregatício, observa-se que na ESF do município a grande parte dos profissionais enfermeiros atuantes são contratados, com 75% e, apenas 25% entraram no serviço através de concurso público. Faria et al. (2012) identificaram que os profissionais estatutários ou concursados, na grande maioria, estão satisfeitos com o vínculo empregatício, diferente dos contratados, além de gerar muitas mudanças de equipe.

Ao analisarmos a variável participou de cursos ou treinamentos nos últimos dois anos sobre hanseníase, 58,3% relataram não ter participado e 41,7% afirmaram ter participado. Este dado revela uma preocupação para município, pois, por apresentar altos índices de incidência e prevalência da doença, os profissionais da Atenção Básica precisam estar periodicamente se capacitando para que ocorra um bom desempenho nas atividades de busca ativa, suspeição diagnóstica, tratamento, acompanhamento e prevenção/reabilitação das incapacidades físicas.

Em um estudo constatou-se que com a atualização teórico-prática sobre a hanseníase aumentou o conhecimento específico sobre o processo saúde-doença, assim como proporcionou um melhor atendimento e realização das ações de enfermagem desenvolvidas junto ao Programa de Eliminação e Controle da Hanseníase (PEDRAZZANI et al., 1998).

Tabela 2 – Atividades gerais do tratamento das incapacidades físicas. Cajazeiras, 2013

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Participou de capacitação sobre incapacidades físicas em hanseníase		
Sim	5	41,7
Não	7	58,3
Profissional que realiza avaliação neurológica e preenche a ficha específica		
Enfermeiro	12	100
Médico	2	16,7
Frequência da realização das avaliações neurológicas em portadores de incapacidades		
A cada 2-3 meses	2	16,7
No diagnóstico e na alta	8	66,6
Mensalmente	2	16,7
TOTAL	12	100

Fonte: Própria Pesquisa/2013

Quanto à capacitação sobre incapacidades físicas, observa-se que, assim como na última variável da tabela anterior, 58,3% relataram não ter participado e 41,7% afirmam ter participado. Segundo Eidt et al. (2004) é imprescindível proporcionar capacitação e atualização contínua de recursos humanos, o que nesse caso possibilita diminuição nas instalações de incapacidades.

Quando questionados sobre qual profissional da unidade realiza a avaliação neurológica e preenche a ficha, 100% dos enfermeiros relatam desenvolver essa atividade e, 16,7% apontam que, além dele, também há a participação do médico da USF. Observa-se uma centralização desta atividade em um único profissional, sendo ele o enfermeiro, o que justifica a necessidade de capacitação e de melhor planejamento das equipes da ESF.

Uma das diretrizes operacionais do programa é o atendimento multiprofissional, onde nas USF se fazem presentes, pois tem o intuito de amplificar os conhecimentos e possibilidades de intervenções relacionadas ao processo de saúde-doença, atendendo as necessidades do indivíduo assistido (DIAS, 2009).

Quanto à periodicidade dos exames neurológicos observa-se que, a maioria dos profissionais realiza a avaliação neurológica em portadores de incapacidades apenas no diagnóstico e na alta 66,6%; 16,7% a cada dois-três meses e 16,7% mensalmente. A realização da avaliação apenas no diagnóstico e na alta é uma variável preocupante, pois os portadores de incapacidades necessitam de ações e procedimentos específicos, e se não há

uma avaliação contínua, verificando a evolução, o aparecimento das deformidades será inevitável.

Para Lehman et al. (2009), as avaliações neurológicas devem ser realizadas, no início do tratamento, se não houver queixas a cada três meses durante o tratamento, sempre que as queixas estiverem presentes, no controle periódico de pacientes em uso de corticóides, em estados reacionais e neurites, após alta do tratamento, e no acompanhamento pós-operatório de descompressão neural.

Um estudo mostrou que a redução da prevalência dos graus de incapacidades um e dois poderia estar relacionada à frequência em que as avaliações neurológicas eram realizadas, sendo a cada quatro meses ou menos, essa frequência ajuda na identificação precoce de comprometimento neural, assim como também na monitorização da evolução deste quadro neurológico (GONÇALVES et al., 2009).

Tabela 3 – Atividades desenvolvidas no tratamento do nariz. Cajazeiras, 2013

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Inspeção		
Sim	11	91,7
Não	1	8,3
Orienta a realização de método de lubrificação e limpeza nasal		
Sim	9	75
Não	3	25
TOTAL	12	100

Fonte: Própria Pesquisa/2013

Com relação à inspeção nasal, 91,7% da amostra afirmam desenvolver essa ação, enquanto 8,3% relatam que não. A inspeção é fundamental no tratamento, pois é por onde dar-se início a atenção e, é através da mesma que ocorre a identificação quando o problema está instalado ou instalando-se.

Na variável orienta a realização de método de lubrificação e limpeza nasal, 75% revelam orientar e 25% não realizam orientações. Segundo os enfermeiros as orientações fornecidas aos pacientes são: 100% da amostra orientam quanto a lavagem do nariz com soro fisiológico; 11% referem recomendar o uso de nebulização e 11% indicam a lubrificação com glicerina, o total dessas variáveis ultrapassam os 100% porque alguns profissionais pontuaram mais de um quesito.

Toda a equipe multiprofissional que trabalha com portadores e ex-portadores de hanseníase deve estar atentos e aptos a intervir nos cuidados nasais, além de treinar o próprio paciente para assumir o autocuidado. A lavagem nasal facilita a remoção da secreção viscosa, evitando com isso seu acúmulo, ressecamento e posteriormente formação de crostas, podem ser utilizadas água limpa e morna, soro fisiológico, água bicarbonatada, água com limão ou vinagre. Já a lubrificação deve ser feita após hidratação utilizando substâncias oleosas como a vaselina pura ou associada à glicerina, ou cremes e óleos cosméticos (BRASIL, 2010).

Tabela 4 – Atividades desenvolvidas no tratamento dos olhos. Cajazeiras, 2013

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Inspeção		
Sim	12	100
Orienta quanto a lubrificação com colírios		
Sim	10	83,3
Não	2	16,7
Cuidados nos casos de triquíase		
Sim	2	16,7
Não	10	83,3
Orienta o uso de proteção diurna e noturna		
Sim	12	100
TOTAL	12	100

Fonte: Própria Pesquisa/2013

A Tabela 4 dispõe sobre as atividades desenvolvidas para o tratamento dos olhos, onde observa-se que 100% dos enfermeiros da amostra realizam a inspeção deste órgão. Em relação a orientar quanto à lubrificação com colírios, 83,3% disseram que orientam e 16,7% que não.

Quanto aos cuidados nos casos de triquíase, apenas 16,7% realizam alguma técnica e 83,3% não atuam no tratamento dessa alteração. Entre os cuidados realizados pelos enfermeiros: 50% executam a depilação; 50% crioterapia; 50% conhece a técnica, mas por segurança encaminha para o médico; 16,7% da amostra relatou nunca ter se deparado com casos de triquíase. Quanto à orientação do uso de proteção diurna e noturna, 100% afirmam orientar.

Vieth et al. (2009) apontam ser pequeno o número de serviços na qual a avaliação dos olhos faz parte da rotina de controle dos portadores de hanseníase. Simples técnicas são

capazes de promover um melhor bem-estar ao paciente, além de prevenir danos maiores como: curativos; exercícios para manutenção da força muscular, indispensável em casos de paresia ou lagoftalmo; retirada de cílios, onde pacientes sem alterações da sensibilidade da córnea devem retirar sempre que tiver queixas e pacientes que apresentem alterações da sensibilidade devem retirar pelo menos uma vez por mês; aplicar colírio; limpeza com água limpa ou soro fisiológico; orientar quanto ao uso de proteção diurna, utilizando óculos de sol, chapéu com abas largas, e noturnas, com óculos de pano forrado por espuma.

Tabela 5 – Atividades desenvolvidas no tratamento das mãos. Cajazeiras, 2013

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Realiza e ensina exercícios para manutenção do membro		
Sim	8	66,7
Não	4	33,3
Hidrata e lubrifica		
Sim	12	100
Ensina o autocuidado e convivência com as mãos insensíveis		
Sim	12	100
TOTAL	12	100

Fonte: Própria Pesquisa/2013

Dos profissionais que participaram do estudo, verifica-se que 66,7% afirmam realizar e ensinar exercícios para a manutenção das mãos, enquanto 33,3% negam qualquer tipo de prática relacionada. Observa-se na tabela que, tanto a atividade de hidratação e lubrificação como a de ensinar o autocuidado e convivência com as mãos insensíveis, são realizadas por todos os enfermeiros, 100% da amostra, dados que revelam boa participação deste profissional no tratamento das mãos. A realização de atividades baseadas na proteção, autocuidado, e manutenção das mãos e seus anexos, irá contribuir para que os pacientes não evoluam com comprometimentos/deforridades maiores.

Os principais danos causados pelo comprometimento neural nas mãos são o ressecamento, perda de sensibilidade, fraqueza muscular, fissuras, retração de tecidos moles, úlceras e feridas. Nesses casos deve-se realizar hidratação e a lubrificação das mãos, diariamente, realização de exercícios passivos assistidos conforme o Manual de Prevenção de Incapacidades/MS e, os profissionais devem orientar os pacientes a proteger as mãos, para evitar feridas e queimaduras (BRASIL, 2002).

Tabela 6 – Atividades desenvolvidas no tratamento dos pés. Cajazeiras, 2013

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Realiza e ensina exercícios para manutenção do membro		
Sim	9	75
Não	3	25
Hidrata e lubrifica		
Sim	12	100
Ensina o autocuidado e convivência com os pés insensíveis		
Sim	12	100
Ajuda a escolher o calçado adequado		
Sim	8	66,7
Não	4	33,3
Ensina o uso de aparelho dorseflexor		
Sim	4	33,3
Não	8	66,7
TOTAL	12	100

Fonte: Própria Pesquisa/2013

Diante das atividades desenvolvidas no tratamento dos pés, a variável que representa a realização e o ensino de exercícios para a manutenção do membro, 75% responderam que sim e 25% negaram desenvolver essa atividade; 100% da amostra hidratam e lubrificam os pés; assim como também os 100% ensinam o autocuidado e convivência com os pés insensíveis. Os que afirmam ajudar a escolher o calçado adequado representam 66,7%, enquanto 33,3% não realizam este procedimento. Quanto ao escor que representa ensinar o uso de aparelho dorseflexor, 66,7% disseram que não e 33,3% que sim.

O profissional diante de um paciente que necessite de cuidados com os pés, deve sempre orientar e ensinar a realização de hidratação, além de, lubrificar e lixar as calosidades, indicar a utilização de calçados adequados e adaptados para aliviar a pressão sobre a área afetada, orientar o paciente a examinar os pés diariamente e, quando a fraqueza muscular estiver presente, orientar exercícios específicos (BRASIL, 2002).

Essas orientações são extremamente relevante devido a doença conferir alterações de sensibilidade, os pés correspondem a uma área bastante afetada, por estar mais distante da visão tem uma maior probabilidade de ocorrer ferimento sem a percepção do paciente, sendo assim é importante sempre verificar se não há presença de soluções de continuidade e/ou corpos estranhos.

Tabela 7 – Atividades desenvolvidas no tratamento das úlceras e neurites. Cajazeiras, 2013

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Acompanha o processo inflamatório		
Sim	10	83,3
Não	2	16,7
Realiza Curativo		
Sim	9	75
Não	3	25
Orienta o repouso do nervo afetado		
Sim	12	100
Realiza Imobilização		
Sim	5	41,7
Não	7	58,3
Monitora a função neural		
Sim	12	100
TOTAL	12	100

Fonte: Própria Pesquisa/2013

Com relação às atividades realizadas no tratamento das úlceras e neurites, 83,3% afirmam acompanhar o processo inflamatório e 16,3% que não. Os procedimentos citados foram: orientação 20%; curativo 20%; encaminha para o médico 30%; monitora as reações hansênicas 10%; encaminha para realização de curativos em outros serviços 20% e limpeza 10%.

Uma complicação bastante relevante que aparece devido o comprometimento nervoso são as úlceras cutâneas, essas lesões devem ser prevenidas e muito bem tratadas, pois constituem porta de entrada para infecções que com o decorrer do tempo podem se intensificar, evoluindo para complicações graves e/ou mesmo a amputação (GOMES et al., 2007).

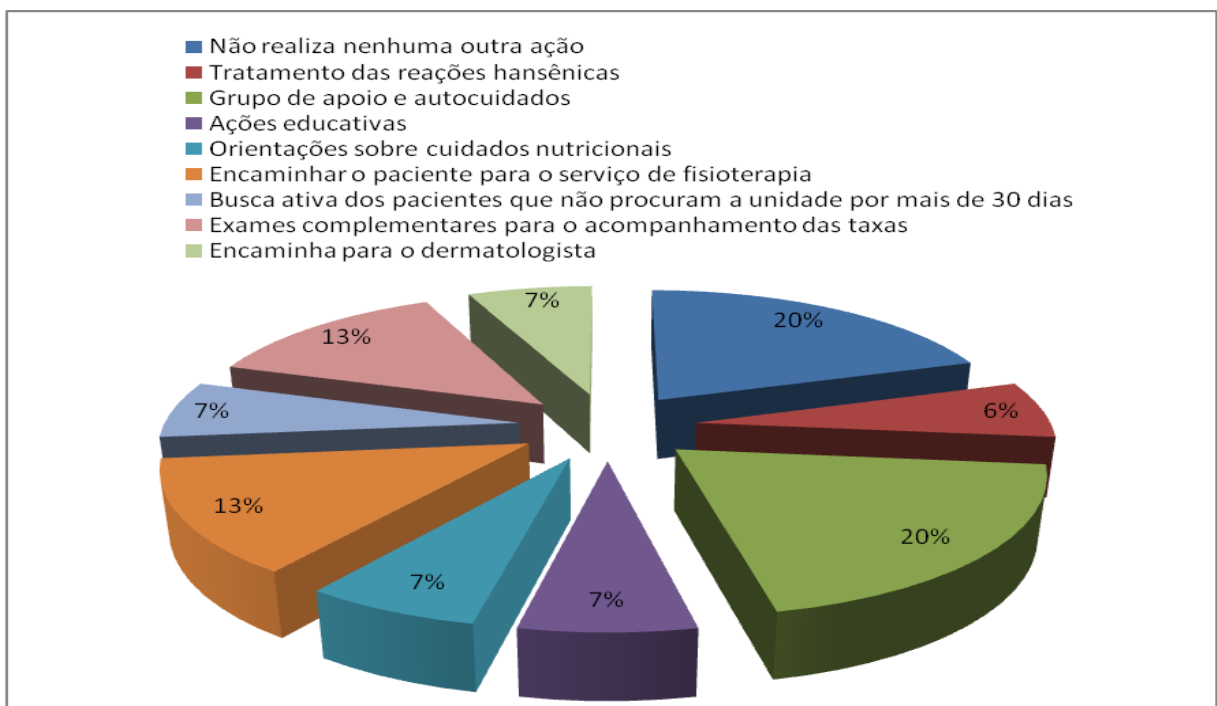
Dos enfermeiros que compõe a amostra, 75% realizam curativos de úlceras, sendo as técnicas utilizadas: limpeza 100%; hidratação 77,7%; desbridamento 66,6% e oclusão 100%.

Segundo Opromolla et al. (2003), tratamentos tópicos aparecem como medidas auxiliares para a cicatrização das úlceras, baseando-se na realização de curativos, em que são feitas a limpeza local e posterior oclusão, que entre outros tem como objetivos: remoção de corpos estranhos, proteção da lesão contra infecções, promover hemostasia, reduzir edema, absorver exsudatos, remoção do tecido com necrose, condicionar a superfície da lesão na umidade necessária e propiciar isolamento térmico.

Todos os participantes orientam o repouso do nervo afetado. Quanto a imobilização, 41,7 relatam que sim, 58,3% não. O profissional deve avaliar e identificar a necessidade do uso de um tipo de apoio para o repouso do membro afetado e, orientar o paciente a diminuir os movimentos e a carga de atividades, além de modificar a forma de desenvolvê-las.

A monitorização da função neural é desenvolvida por 100% da amostra, na qual 100% executam a palpação, 91,7% pesquisa de dor, 91,7% teste de força muscular e 100% teste de sensibilidade.

O paciente com neuropatia necessita de monitorização efetiva em todos os seus aspectos, o profissional deve identificar clinicamente a presença de inflamação do nervo, o exame clínico é realizado mediante a palpação dos troncos nervosos, observando a presença de dor tanto à palpação, quanto o movimento da articulação por onde o nervo faz o trajeto; observando o grau de espessamento e existência de nódulos. O teste de força muscular é usado na avaliação de deficits motores e é facilmente aplicado no ambulatório. Para os testes de sensibilidade são utilizados os monofilamentos de Semmes-Weinstein, esse método é qualitativo e parcialmente quantitativo, a perda neste teste é definida, identificando desde a perda sensitiva normal até o dano da sensibilidade por pressão profunda (GARBINO; OPROMOLLA, 2003).



Fonte: Própria Pesquisa/2013

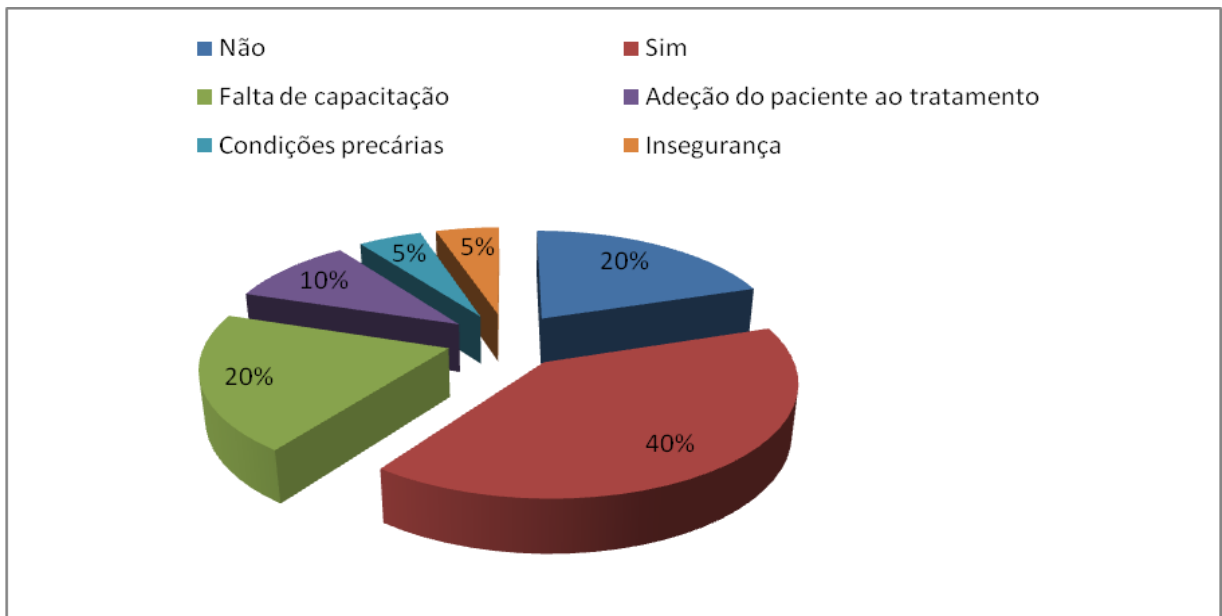
Gráfico 1: Ações realizadas pelos enfermeiros das UBS no acompanhamento e tratamento das incapacidades físicas. Cajazeiras, 2013

No Gráfico 1 evidencia-se que dos 12 participantes do estudo, 20% não desenvolvem outras atividades além das que já foram anteriormente citadas; 6% afirmam tratar as reações hansênicas; 20% realizam grupo de apoio e autocuidados; 7% ações educativas; 7% orientações sobre cuidados nutricionais; 13% encaminham para o serviço de fisioterapia; 7% busca ativa dos pacientes que não procuram a unidade por mais de 30 dias; 13% solicitam exames complementares e 7% encaminha para o dermatologista.

Tratar as reações hansênicas é de suma importância, tendo em vista que durante esses episódios, as lesões neurológicas se agravam e, conseqüentemente, ocorre o aumento das incapacidades e/ou deformidades físicas (URA, 2007).

Um estudo realizado por Baialardi (2007) com pacientes portadores de hanseníase mostrou que, os participantes de grupos de auto-cuidados ajudaram-se mutuamente, compartilhando seus sentimentos, pois apresentavam problemas semelhantes e enfrentavam as mesmas dificuldades, e a formação do grupo ainda ajudou no aprendizado dos pacientes para a vivência melhor com a patologia.

As orientações sobre cuidados nutricionais são necessárias porque, dentre outros benefícios, uma alimentação composta por todos os nutrientes é essencial para uma boa cicatrização, fazendo referencia ao alto potencial de surgimento das úlceras.



Fonte: Própria Pesquisa/2013

Gráfico 2: Dificuldades para realizar as ações necessárias do tratamento das incapacidades. Cajazeiras, 2013

No gráfico acima, observa-se que em relação às dificuldades para a realização das ações necessárias para o tratamento das incapacidades físicas, 20% dos enfermeiros não apresentam dificuldades, enquanto 40% da amostra afirmam apresentar dificuldade no tratamento das incapacidades, no qual 20% relacionam a falta de capacitação; 5% devido trabalhar em condições precárias; 10% relata que a dificuldade é da adesão do paciente ao tratamento e 5% refere insegurança.

Os dados da amostra revelam o quanto é relevante a capacitação dos profissionais para que a assistência de um modo geral aos pacientes seja de qualidade.

A pesquisa de Sousa et al. (2012) apresentou alguns resultados semelhantes ao deste estudo, 10% dos profissionais que mencionam dificuldades justificaram pela falta de adesão do cliente ao tratamento. Os autores também fazem referência às recomendações do MS quanto ao tratamento das incapacidades físicas, destacando que este seja feito nos serviços da rede básica e que, para isso, é essencial que os profissionais estejam capacitados, onde essas capacitações estejam de acordo com as necessidades da população assistida.

Medeiros et al. (2006) corroboram que os profissionais do serviço público apresentam uma sensação de fracasso devido a precariedade e falta de material, exigindo a execução das atividades por meio de técnicas de improviso, proporcionando insatisfação em relação à assistência prestada ao paciente.

Capacitação inadequada leva à insegurança na realização do atendimento, devido a ausência ou insuficiência de conhecimentos teóricos e práticos sobre o assunto, refletindo na forma em que os serviços são prestados e desenvolvidos para a comunidade, os principais prejudicados por não ter o atendimento compatível com as suas necessidades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da hanseníase no Brasil ainda representar um grave problema de saúde pública, é uma patologia facilmente diagnosticada e de baixo custo, onde o tratamento é disponível para a população e admite 100% cura dos casos que são tratados com PQT. Contudo no que se refere ao tratamento das incapacidades físicas, através das ações do enfermeiro da atenção primária, devem ser mais difundidos, uma vez que o acometimento das incapacidades pode promover transtornos severos no bem-estar dos indivíduos.

A pesquisa apontou que o sexo feminino ainda predomina na enfermagem, com maioria sendo jovens-adultos, casados, com renda salarial de três salários mínimos, entre um e dez anos de formação, com título de especialista, vinculado ao serviço por contrato e que não participou de cursos ou treinamentos sobre hanseníase nos últimos dois anos. Em relação as atividades gerais do tratamento das incapacidades físicas, observou-se que a maioria não participou de cursos ou treinamentos sobre incapacidades, que o profissional que realiza a avaliação neurológica na USF é o enfermeiro, e que a frequência das avaliações são no momento do diagnóstico e na alta.

Tratando-se do tratamento do nariz, dos olhos, das mãos, dos pés e das úlceras e neurites, a maior parte afirmou inspecionar, orientar a realizar lubrificação e limpeza, uso de proteção, exercícios para a manutenção do membro, o autocuidado, ajuda a escolher o calçado ideal, acompanha o processo inflamatório, faz o curativo, orienta o repouso do nervo afetado, e monitorização da função neural. Já nos casos de cuidados com a triquíase, de utilização de aparelho dorsoflexor, e imobilização, a maior parte não atuam nessas atividades.

Quanto a outros tipos de ações realizadas pelos enfermeiros, foram referidas, tratamento das reações hansênicas, realização de grupo de apoio e autocuidados, ações educativas, orientações sobre cuidados nutricionais, encaminhamento para o serviço de fisioterapia e dermatologia, busca ativa dos pacientes, e solicitação de exames complementares para o acompanhamento das taxas. Em relação as dificuldades predominou os enfermeiros que confirmaram apresentar algum tipo, devido, a falta de capacitação, trabalhar em condições precárias, pela adesão do paciente ao tratamento e insegurança em prestar o atendimento.

Diante dos resultados do estudo, observa-se a necessidade de que o município promova programas de capacitação para os enfermeiros da ESF, intensificando as ações desses profissionais no acompanhamento e tratamento das incapacidades, principalmente nas atividades específicas, como os exercícios para a manutenção do membro afetado, os cuidados nos casos de triquíase, entre outros.

É primordial também que se desenvolvam estratégias práticas, para que os profissionais atuem mais ativamente e que atendam as necessidades assistenciais de cada paciente, para que o tratamento seja eficaz, e previna a instalação de incapacidades e/ou deformidades maiores.

Com esse estudo, almejamos contribuir para o interesse dos gestores e profissionais enfermeiros que atuam na atenção primária em promover e participar de capacitações, para a atuação e planejando de estratégias eficazes, que possam melhorar a assistência prestada aos portadores de incapacidades físicas provocadas pela hanseníase.

REFERÊNCIAS

ALBERICI, P. S. et al. A ação educativa do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família ao portador de hanseníase. **Revista UNIABEU**. Belford Roxo V.4 Número 7 Mar. – Ago. 2011. Disponível em: <http://www.uniabeu.edu.br/publica/index.php/RU/article/view/146/pdf_76>. Acesso em: 21 ago. 2013.

ALVES, C. J. M. et al. Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em serviço de dermatologia do estado de São Paulo . **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** vol.43 no.4 Uberaba July/Aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822010000400025&script=sci_arttext> Acesso em: 15 jun. 2013.

ARAÚJO, M. G. Hanseníase no Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** 36(3): 373-382, maio-jun. 2003. ilus. tab. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=341063&indexSearch=ID&lang=p>> Acesso em: 04 abr. 2013.

BAIALARDI, K. S. O estigma da Hanseníase: Relato de uma experiência em grupo com pessoas portadoras. **Hansen Int.** 2007; 32 (1): 27-36. Disponível em: <<http://www.ilsl.br/revista/imageBank/301-862-1-PB.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2013.

BERNARDES, C. A., et al. Incapacidade física em hansenianos de Campo Grande – Mato Grosso do Sul. **Hansen Int.** v. 34, n. 1, p. 17-25. 2009. Disponível em: <<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=Incapacidade+f%C3%ADsica+em+hansen%C2%ACnianos+de+Campo+Grande+%E2%80%93+Mato+Grosso+do+Sul&source=web&cd=2&ved=0CDUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.ilsl.br%2Frevista%2Fdownload.php%3Fid%3DimageBank%2F1055-3057-1-PB.pdf&ei=22ICUtrUPInM9QTU3oHwCg&usq=AFQjCNHLldMucAPoLsdlnrXzNkIGSV2Jgw>>. Acesso em: 17 jul. 2013.

BOTI, N. C. L. et al. A Via Sacra da Hanseníase de Veganin. **Revista Brasileira de Enfermagem**. vol. 61(spe): 676-681, Brasília nov. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700004> Acesso em: 21 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia para o controle da hanseníase**. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_de_hansenase.pdf> Acesso em: 24 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. rev. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcd21.pdf>> Acesso em: 24 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de prevenção de incapacidades**. 3. ed., rev. e ampl. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/incapacidades.pdf>> Acesso em: 24 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Capacitação em prevenção de incapacidades em hanseníase : caderno do participante**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/web_participante_capacitacao_pi_hanseniase.pdf> Acesso em: 24 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Manual de Prevenção de Incapacidades / elaboração: Área Técnica de Dermatologia Sanitária**. 107 p.: il. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/MANPREV2000.pdf>> Acesso em: 24 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. ed. rev. Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doen_infecciosas_guia_bolso_8ed.pdf> Acesso em: 24 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual.pdf> Acesso em: 24 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_vigilancia_saude.pdf> Acesso em: 24 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Situação epidemiológica da Hanseníase no Brasi-2011**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Jan/26/hanseniase_2011_final.pdf> Acesso em: 24 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico**. Volume 44. N° 11. Brasília, 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Jul/23/2013_009_boletim_hanseniase.pdf> Acesso em: 30 jul. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf> Acesso em: 30 jul. 2013.

CAVALCANTE, A. A. L. et al. Concordância entre os resultados observados e esperados da forma clínica da hanseníase de acordo com a baciloscopia: um estudo retrospectivo de seis anos em Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** vol. 45 no.

5 Uberaba Sept./Oct. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822012000500014&script=sci_arttext> Acesso em: 15 jun. 2013.

DIAS, A. C. Avaliação do desempenho do Programa de Eliminação da Hanseníase na Atenção Básica/ PSF no Brasil (2007-2009). **Dissertação de Mestrado**, Brasília, 2009.

Disponível em:

<http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9865/1/2009_AlexsandroCosmeDias.pdf>. Acesso em: 12 set. 2013.

DUARTE, M. C. et al. Aspectos epidemiológicos da hanseníase: uma abordagem espacial. **Cad. Saúde Pública**. vol.28 no.6 Rio de Janeiro June 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000600013&script=sci_arttext> Acesso em: 21 mar. 2013.

DUARTE, M. T. C. et al. Consulta de enfermagem ao portador de Hanseníase: proposta de um instrumento para aplicação do processo de enfermagem. **Rev. bras. enferm.** vol.61 no.spe Brasília Nov. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700019> Acesso em: 07 jul. 2013.

DUARTE, M. T. C. et al. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. **Texto contexto - enferm.** vol.18 no.1 Florianópolis Jan./Mar. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100012> Acesso em: 07 jul. 2013.

EIDT, L. M. Ser hanseniano: sentimentos e vivências. **Hansen. Int.**, 29(1): 21-27, 2004.

Disponível em: <<http://www.ils.br/revista/imageBank/286-821-1-PB.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2013.

FALCO, J. G.. **Estatística aplicada** / Javert Guimarães Falco. Cuiabá: EdUFMT; Curitiba: UFPR, 2008. 92p.: il.; color.

FARIA, M. G. A. et al. O PERFIL DE ENFERMEIROS FLUMINENSES DA ESF SEGUNDO UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE À DISTÂNCIA. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, 2012 dez; 20(esp1): 591-5. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/enfermagemuerj/article/view/5806/4227>>. Acesso em: 10 set. 2013.

FERNANDES, J. S. et al. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. **Texto contexto-enferm.** vol.19 no.3 Florianópolis July/Sept. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300004>. Acesso em: 18 set. 2013.

FINEZ, M. A. et al. Identificação do grau de incapacidades em pacientes portadores de hanseníase através da avaliação neurológica simplificada. **J. Health Sci. Inst.** 29(3): 171-175, jul.-set. 2011. graf, ilus. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=606334&indexSearch=ID>> Acesso em: 19 jun. 2013.

FOSS, N. T. **Hanseníase: aspectos clínicos, imunológicos e terapêuticos**. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 74, 1999.

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, p.757-63, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000700017>. Acesso em: 30 ago. 2013.

GALVAN, A. L.. **Hanseníase (lepra): que representações ainda se mantêm?**/ Alda Luiza Galvan. Canoas: Ed. ULBRA, 2003. 152p.

GAUTHIER, Benôit – **Investigação Social: da problemática à colheita de dados**. 3ª. ed. Loures: Lusociência, 2003.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D.T.; **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, F. G. et al. Úlceras cutâneas na hanseníase: perfil clínico-epidemiológico dos pacientes. **An. Bras. Dermatol.** vol.82 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962007000500006>. Acesso em: 13 set. 2013.

GONÇALVES, S. D. et al. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com hanseníase. **Rev Saúde Pública**. 2009; 43(2): 267-74. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n2/119.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2013.

GUSSO, G. D. F., LOPES, J.M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática**/ Organizadores, Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes- Porto Alegre: Artmed, 2012. 2v.

HELENE, L. M. F. et al. Perfis epidemiológicos e a avaliação de incapacidades físicas de hansenianos de uma UBS de São Paulo. **Hansen. Int.** 26 (1), 5-13, jan.-jun. 2001. tab. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=303589&indexSearch=ID&lang=p>> Acesso em: 20 abri. 2013.

LEHMAN, L. F. et al. Avaliação Neurológica Simplificada/ Gonçalves. Belo Horizonte: ALM International, 1997. 104 p.: il. Ed. 2009. Disponível em: <http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/NonILEP_Publications/SimplifiedNeurologicalExamBrPort.pdf>. Acesso em: 12 set. 2013.

LOPES, A. C.. **Diagnóstico e tratamento**. volume 2/ editor Antônio Carlos Lopes- Barueri, SP: Manole 2006.

MARTINS, B. D. L. et al. Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do Dermatology Life Quality Index com diversas variáveis relacionadas à doença. **An. Bras. Dermatol.** vol.83 no.1 Rio de Janeiro Jan./Feb. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962008000100005&script=sci_arttext> Acesso em: 07 jul. 2013.

- MEDEIROS, S. M. et al. CONDIÇÕES DE TRABALHO E ENFERMAGEM: A TRANSVERSALIDADE DO SOFRIMENTO NO COTIDIANO. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 02, p. 233 - 240, 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7038/4990>>. Acesso em: 18 set. 2013.
- MENDONÇA, V. A. et al. Imunologia da hanseníase. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. vol. 83 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962008000400010> Acesso em: 12 mai. 2013.
- MONTEIRO, L. D. et al. Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. vol.29 no.5 Rio de Janeiro May 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000500009&script=sci_arttext> Acesso em: 20 abri. 2013.
- MURAI, H. C. Participação da enfermagem na prevenção de incapacidades físicas na hanseníase /? São Paulo; s.n; 1990. 124 p. tab. Disponível em: <http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/teses/MURAI_HOGLA/PDF/MURAI_HOGLA.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2013.
- OPROMOLLA, D. V. A.; URA, S. **Atlas de hanseníase**, Bauru: Instituto Lauro de Souza Lima, 80p, 2002. Disponível em: <http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/OPROMOLLA_DILTOR_atlas/PDF/parte_4.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2013.
- OPROMOLLA, D.V.A. et al. Prevenção de incapacidades e reabilitação em hanseníase. Bauru: Instituto de Souza, 2003. Disponível em: <http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/OPROMOLLA_DILTOR_prevencao/aspectos%20gerais/PDF/moni_hansen.pdf>. Acesso em: 18 set. 2013.
- OPROMOLLA, P. A. et al. Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica. **Revista Saúde Pública**. 45(1): 195-203, fev. 2011. graf, mapas, tab. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=569462&indexSearch=ID>> Acesso em: 10 jun. 2013.
- PEDRAZZANI, E. S. et al. CAPACITAÇÃO DE MULTIPLICADORES NA ÁREA DE ENFERMAGEM EM HANSENÍASE. **Hansen/ Int.**, 23 (1/2): 27/34, 1998. Disponível em: <<http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/hansenint/v21aov29/1998/PDF/v23n1-2a03.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2013.
- PEDRAZZANI, E. S. Levantamento sobre as ações de enfermagem no programa de controle da hanseníase no estado de São Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. vol.3 no.1 Ribeirão Preto Jan. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11691995000100009&script=sci_arttext> Acesso em: 22 jul. 2013.
- PENNA, G. O. et al. Doenças dermatológicas de notificação compulsória no Brasil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. vol. 86 no.5 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962011000500002&script=sci_arttext> Acesso em: 18 mai. 2013.

- PIMENTEL, M. I. F. et al. O exame neurológico inicial na hanseníase multibacilar: correlação entre a presença de nervos afetados com incapacidades presentes no diagnóstico e com a ocorrência de neurites francas. **An. Bras. Dermatol.** 78(5): 561-568, set.-out. 2003. tab, graf. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v78n5/17553.pdf>> Acesso em: 10 jun. 2013.
- PINTO, E. S. G. et al. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev Esc Enferm USP.** 2010; 44 (3): 657-64. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v44n3/15.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2013.
- REGO, V. P. A. et al. Características da reação tipo 1 e associação com vírus B e C da hepatite na hanseníase. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** vol.40 no.5 Uberaba Oct. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822007000500011&script=sci_arttext> Acesso em: 10 jun. 2013.
- RESENDE, D. M. et al. Hanseníase na atenção Básica de saúde: principais causas da alta prevalência de Hanseníase na cidade de anápolis-Go. **Hansen Int.** 2009; 34 (1): 27-36. Disponível em: <<http://www.ilsl.br/revista/imageBank/1064-3058-1-PB.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2013.
- SANGI, K. C. C., et al. Hanseníase e estado reacional: história de vida de pessoas acometidas. **Rev. enferm. UERJ;** 17(2): 209-214, abr.-jun. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a12.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2013.
- SANTOS, L. S. C. et al. Nurses' attention demands in the work setting. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** vol.15 no.1 Ribeirão Preto Jan./Feb. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100005>. Acesso em: 10 set. 2013.
- SILVA JÚNIOR, F. J. G. et al. Assistência de enfermagem ao portador de Hanseníase: abordagem transcultural. **Rev. Bras. Enferm.** 61(spe): 713-717, nov. 2008. tab. Disponível em: <<http://bvsalud.org/portal/resource/en/lil-512170>> Acesso em: 22 jul. 2013.
- SILVA SOBRINHO, R. A. et al. Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. **Rev Lat Am Enfermagem.** 15(6): 1125-1130, nov.-dez. 2007. tab. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/10.pdf>> Acesso em: 10 jun. 2013.
- SILVA, F. R. F. et al. Prática de enfermagem na condição crônica decorrente de hanseníase. **Texto contexto - enferm.** vol.18 no.2 Florianópolis Apr./June 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200012> Acesso em: Acesso em: 22 jul. 2013.
- SOUSA, R. L. et al. DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS ENFERMEIROS (AS) DAS UBS DE UMA CIDADE DO TOCANTINS FRENTE À PREVENÇÃO DE INCAPACIDADES EM HANSENÍASE. **Revista Científica do ITPAC.** Araguaína, v.5, n.4, Pub.5, Outubro 2012. Disponível em: <<http://www.itpac.br/hotsite/revista/artigos/54/5.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2013.
- SOUZA, L. W. F. Reações hansênicas em pacientes em alta por cura pela poliquimioterapia. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** vol.43 no.6 Uberaba Nov./Dec. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822010000600029&script=sci_arttext>
Acesso em: 14 jun. 2013.

TEXEIRA, M. A. G. et al. Características epidemiológicas e clínicas das reações hansênicas em indivíduos paucibacilares e multibacilares, atendidos em dois centros de referência para hanseníase, na Cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** vol.43 no.3 Uberaba May/June 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822010000300015>
Acesso em: 14 jun. 2013.

URA, S. Tratamento e controle das reações hansênicas. **Hansen Int.** 2007; 32(1): 67-70. Disponível em: <<http://www.ils.br/revista/imageBank/305-874-1-PB.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2013.

VALENTE, M. S. S. et al. Talidomida usada por pacientes com eritema nodoso hansênico. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** vol.43 no.2 Uberaba Mar./Apr. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822010000200019>
Acesso em: 14 jun. 2013.

VIEIRA, D. S. et al. Consulta de Enfermagem ao Portados de Hanseníase em Hospital Referência do Município de João Pessoa – PB. **CBCENF.** 2012. Disponível em:
<<http://189.75.118.68/CBCENF/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I41382.E10.T7967.D6 AP.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2013.

VIETH, H, et al. Guia de prevenção ocular em hanseníase. Bauru: **Instituto Lauro de Souza Lima**; ed. 2009. Disponível em: <http://www.ilep.org.uk/fileadmin/uploads/Documents/Non-ILEP_Publications/PrvntngOcularImprmntHDBrPort.pdf>. Acesso em: 18 set. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. INFORMAÇÕES A (O) PARTICIPANTE

1.1. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido visa a atender às exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que, no Brasil, regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Seu principal objetivo é assegurar e preservar os direitos dos participantes de pesquisa.

1.2. Atendendo à referida Resolução, este Termo contém informações acerca do projeto de pesquisa e seu(s) responsável (eis) abaixo mencionado(s). De pleno direito, o (a) participante deverá tomar conhecimento do teor do projeto para que possa de modo esclarecido e livre de quaisquer imposições, decidir por sua inclusão, através de sua assinatura ao final do termo, ficando de posse de uma de suas vias, e a outra, de posse do pesquisador.

2. IDENTIFICAÇÃO

2.1 Título do Projeto de Pesquisa: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE ÀS INCAPACIDADES FÍSICAS PROVOCADAS PELA HANSENÍASE

2.2 Nome do pesquisador Responsável: Maria Mônica Paulino do Nascimento

2.3 Nome do pesquisador participante: Lívia Kaline de Abreu

2.4 Instituição proponente: Universidade Federal de Campina Grande, Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n - Casas Populares, CEP: 58900-000, Cajazeiras – PB, tel: 3532-2075 e 3532- 2074.

2.5 Finalidade: Projeto de pesquisa para realização de Trabalho de Conclusão de Curso.

3. INFORMAÇÕES ACERCA DO PROJETO DE PESQUISA:

3.1 Justificativa: Este estudo se justifica pela importância de refletir sobre a necessidade de um bom acompanhamento e tratamento das incapacidades físicas ocasionadas pela hanseníase, bem como a necessidade de enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde capacitados. Este trabalho tem a perspectiva de mostrar e apresentar subsídios para a realização e o aperfeiçoamento das técnicas e procedimentos ofertados aos usuários, assim como os resultados a serem alcançados.

3.2 Objetivos: Avaliar a atuação do enfermeiro frente às incapacidades físicas provocadas pela hanseníase; Caracterizar os principais cuidados e intervenções realizados pelos

enfermeiros no acompanhamento e tratamento das incapacidades físicas; Identificar as principais dificuldades dos enfermeiros da atenção primária no acompanhamento e tratamento dos portadores de incapacidades físicas.

3.3 Procedimentos: O presente estudo trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória descritiva com abordagem quantitativa, com os enfermeiros das Unidades de Saúde da Família, do município de Cajazeiras-PB, acerca das suas ações para com pessoas portadoras de incapacidades físicas causadas pela hanseníase. Os dados serão coletados após anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande campus Cajazeiras, através da aplicação de um questionário semi-estruturado junto aos enfermeiros que atendem os critérios de inclusão do estudo.

3.4 Riscos ou desconfortos: A pesquisa apresenta como único risco o de identificação do participante, sendo assim serão utilizados para identificação dos sujeitos o número do questionário, preservando o anonimato do participante.

3.5 Benefícios esperados: Os principais benefícios do estudo serão para os enfermeiros que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, pois com os resultados da pesquisa e sua posterior divulgação poderá haver uma maior procura em capacitação e participação do enfermeiro em ações de acompanhamento e tratamento das incapacidades físicas.

4. GARANTIAS A(O) PARTICIPANTE DE PESQUISA

4.1 Garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia e procedimentos da mesma.

4.2 Liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo.

4.3 Garantia do sigilo que assegure a privacidade do(a) participante quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, e anonimato, visando preservar a integridade de seu nome e dos seus.

4.4 Garantia de que receberá retorno dos resultados da pesquisa e de sua publicação para fins acadêmicos e científicos, e que os dados coletados serão arquivados e ficarão sob a guarda do pesquisador, estando acessível a(o) participante quando desejar.

4.5 Garantia de que não terá nenhum ônus com o projeto, que será totalmente custeado pelo pesquisador e/ou patrocinador, e/ou instituição, e que será ressarcido de despesas decorrentes do projeto de pesquisa, como deslocamento, afastamento das atividades e/ou do trabalho, hospedagem, alimentação, bem como será indenizado por eventuais danos diretamente resultantes da pesquisa a curto, a médio ou longo prazo.

4.6 Garantia de que poderá buscar informações junto ao pesquisador responsável, que estará acessível para esclarecimentos e/ou dúvidas acerca do andamento, conclusão e publicação dos resultados, bem como, de que poderá buscar informações junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande – Campus de Cajazeiras, localizado a Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n - Casas Populares, CEP: 58900-000, Cajazeiras – PB, tel: 3532-2075 e 3532- 2074 que avaliou o trabalho e aprovou o Termo ora apresentado, ou a outras instâncias que podem esclarecer e defender seus direitos, caso manifeste esse desejo.

5. CONTATO(S) DISPONIBILIZADO(S) PELO(S) PESQUISADOR(ES)

O(s) pesquisador(es): Maria Mônica Paulino do Nascimento e Lívia Kaline de Abreu

5.1. Ciente(s) da importância da participação do voluntário, o agradece(m) por permitir sua inclusão no acima referido projeto de pesquisa;

5.2. Se compromete(m), reiteradamente, a cumprir a resolução 466/12, e prometem zelar fielmente pelo que neste termo ficou acordado;

5.3. Como prova de compromisso, disponibiliza(m) seus dados para contato ao participante:

Dados completos do(s) pesquisador(es) para contato:

Nome: Maria Mônica Paulino do Nascimento

Endereço completo: Rua Dimas Andriola, N 21- Jardim Oásis

Telefone: (83) 9311-3927

E-mail: enfmonicapaulino@hotmail.com

Nome: Lívia Kaline de Abreu

Endereço completo: Rua Aprígio Bezerra, N 21- Esperança

Telefone: (83) 9362-8945

E-mail: liviakalyne_cz@hotmail.com

6. CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Após obter as informações e esclarecimentos sobre o referido projeto de pesquisa, declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento e consinto minha inclusão no protocolo de pesquisa, de forma livre e gratuita. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um de nós.

Cajazeiras, PB ____/____/2013.

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: () entre 20 e 30 anos () mais de 41 anos

() entre 31 e 40 anos

Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a)

() Viúvo(a) () Outros: _____

Renda pessoal: _____ salários

Tempo de formação: () menos de 1 ano () entre 11 e 20 anos

() entre 1 e 10 anos () mais de 20 anos

Título: () Graduação () Especialização () Residência () Mestrado

() Doutorado () Outros: _____

Tipo de vínculo: _____

Participou de cursos ou treinamentos nos últimos dois anos sobre hanseníase?

() Sim () Não

DADOS VOLTADOS A PROBLEMÁTICA

1- Participou de algum tipo de capacitação sobre incapacidades físicas em hanseníase?

Sim () Não ()

2- Na USF, quem realiza a avaliação e o preenchimento da ficha de avaliação neurológica?

() o enfermeiro () o médico () o fisioterapeuta

() o técnico de enfermagem () não realiza

3- Com que frequência você realiza as avaliações neurológicas em portadores de incapacidades da sua área de abrangência?

() no diagnóstico () no diagnóstico e na alta

() frequentemente () mensalmente

() a cada dois ou três meses () não realiza

4- Tratando o nariz

4.1- Realiza inspeção?

Sim () Não ()

4.2- Orienta realização de métodos de lubrificação e limpeza nasal?

Sim () Quais: _____

Não ()

5- Tratando os olhos

5.1- Faz inspeção?

Sim () Não ()

5.2- Orienta quanto à lubrificação com colírios?

Sim () Não ()

5.3- Realiza os cuidados nos casos de triquíase?

Sim () Cite: _____

Não ()

5.4- Orienta quanto ao uso de proteção diurna e noturna?

Sim () Não ()

6- Tratando as mãos

6.1- Realiza e ensina exercícios para manutenção do membro?

Sim () Não ()

6.2- Faz a hidratação e lubrificação?

Sim () Não ()

6.3- Ensina o autocuidado e convivência com as mãos insensíveis?

Sim () Não ()

7- Tratando os pés

7.1- Realiza e ensina exercícios para manutenção do membro?

Sim () Não ()

7.2- Faz a hidratação e lubrificação?

Sim () Não ()

7.3- Ensina o autocuidado e convivência com os pés insensíveis?

Sim () Não ()

7.4- Ajuda a escolher o calçado adequado?

Sim () Não ()

7.5- Ensina o uso de aparelho dorseflexor, para os casos de pé caídos?

Sim () Não ()

8- Tratando úlceras e neurites

8.1- Promove o acompanhamento do processo inflamatório?

Sim ()

Cite os cuidados ou intervenções:

Não ()

8.2- Realiza curativo?

Sim () Limpeza ()
 Hidratação ()
 Desbridamento ()
 Oclusão ()

Não ()

8.3- Orienta para o repouso do nervo afetado?

Sim () Não ()

8.4- Realiza imobilizações?

Sim () Não ()

8.5- Faz o monitoramento da função neural?

Sim () Palpação ()
 Pesquisa de dor ()
 Teste de força muscular ()
 Teste de sensibilidade- estesiometria ()

Não ()

9- Quais outras ações você realiza no acompanhamento e tratamento das incapacidades físicas?

10- Sente alguma dificuldade para realizar as ações necessárias do tratamento das incapacidades? Caso a resposta seja afirmativa pontue as.

ANEXOS

ANEXO I – TERMO DE COMPROMISSO DE PESQUISA



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DEPARTAMENTO DE EDUCACAO EM SAUDE

TERMO DE COMPROMISSO DE PESQUISA

A Rede Escola – PB, dentre seus objetivos busca estimular e acompanhar a produção de conhecimento através da pesquisa nos serviços de saúde da Rede Municipal de Saúde. Diante disso, entendendo como vital, firmamos este pacto para que, após a realização da pesquisa, o resultado seja apresentado aos locais pesquisados e encaminhados ao Departamento de Educação em saúde em CD/DVD. Para tanto:

Eu, LÍVIA KALINE DE ABREU, aluno (a) do Curso de ENFERMAGEM, da Instituição de Ensino UNIVERSIDADE FEDERAL DE COMPINA GRANDE do Centro de Formação de Professores. Comprometo-me através desta apresentar e disponibilizar, em CD/DVD, os resultados finais da pesquisa por mim realizada, durante o período de setembro a outubro de 2013, aos cuidados da Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras para registro e disponibilização em ambiente virtual institucional próprio.

Tipo da pesquisa: Monografia Tese Dissertação PIBIC Outros

Tema da pesquisa: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE ÀS INCAPACIDADES FÍSICAS PROVOCADAS PELA HANSENÍASE

Orientador (a): MARIA MÔNICA PAULINO DO NASCIMETO

Comitê de Ética: _____

CONTATOS		
Orientador (a)	Telefone	E-mail
MARIA MÔNICA PAULINO DO NASCIMETO	(83)9311-3927	enfmonicapaulino@hotmail.com
Aluna (o) / Alunas (os)	Telefone	E-mail

LÍVIA ABREU	KALINE DE	(83)93628945	liviakalyne_cz@hotmail.com
----------------	--------------	--------------	----------------------------

Cajazeiras, de de 2013.

Assinatura

ANEXO II – TERMO DE ANUÊNCIA



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAUDE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada “ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE ÀS INCAPACIDADES FÍSICAS PROVOCADAS PELA HANSENÍASE”, a ser desenvolvida pelo (a) pesquisador (a) LÍVIA KALINE DE ABREU, sob orientação de MARIA MÔNICA PAULINO DO NASCIMENTO está autorizada para ser realizado junto a este serviço.

Outros sim informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

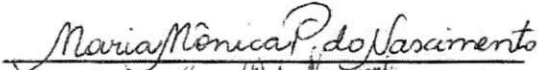
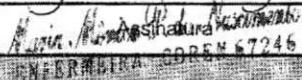
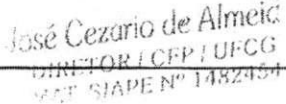

Sem mais,

Atenciosamente,

DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAUDE



FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE ÀS INCAPACIDADES FÍSICAS PROVOCADAS PELA HANSENÍASE		2. Número de Sujeitos de Pesquisa: 16	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: MARIA MONICA PAULINO DO NASCIMENTO			
6. CPF: 677.011.833-53		7. Endereço (Rua, n.º): RUA DIMAS ANDRIOLA, 21 JARDIM OASIS CAJAZEIRAS PARAIBA 58900000	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (83) 9311-3927	10. Outro Telefone:
		11. Email: enfmonicapaulino@hotmail.com	
12. Cargo:			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: <u>05</u> / <u>09</u> / <u>2013</u>		 	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Universidade Federal de Campina Grande		14. CNPJ: 05.055.128/0003-38	15. Unidade/Orgão: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
16. Telefone: (83) 3532-2000		17. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>JOSÉ CEZARIO DE ALMEIDA</u>		CPF: <u>396.019.864-72</u>	
Cargo/Função: <u>José Cezario de Almeida</u> 			
Data: <u>09</u> / <u>09</u> / <u>13</u>		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			