



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

**DOUGLAS MENDES CAVALCANTE**

**DEFICIÊNCIAS/INCAPACIDADES FÍSICAS DECORRENTES DA**  
**HANSENÍASE: REVISÃO INTEGRATIVA**

**CAJAZEIRAS-PB**

**2016**

**DOUGLAS MENDES CAVALCANTE**

**DEFICIÊNCIAS/INCAPACIDADES FÍSICAS DECORRENTES DA  
HANSENÍASE: REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Mestranda Gerlane Cristinne Bertino Vêras

**CAJAZEIRAS- PB**

**2016**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)  
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096  
Cajazeiras - Paraíba

C376i Cavalcante, Douglas Mendes.  
Deficiências/incapacidades/físicas decorrentes da hanseníase: revisão integrativa / Douglas Mendes Cavalcante. - Cajazeiras, 2016.  
50p.: il.  
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Mestranda Gerlane Cristinne Bertino Vêras.  
Monografia (Graduação em Enfermagem) UFCG/CFP, 2016.

1. Cuidados de enfermagem. 2. Saúde do idoso. 3. Enfermagem prática. 4. Tuberculose. I. Vêras, Gerlane Cristinne Bertino. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 616-002.73

**DOUGLAS MENDES CAVALCANTE**

**DEFICIÊNCIAS/INCAPACIDADES FÍSICAS DECORRENTES DA  
HANSENÍASE: REVISÃO INTEGRATIVA**

Aprovado em 07 de 10 de 2016.

**BANCA EXAMINADORA**

*Gerlane Cristinne Bertino Vêras*

---

Prof.<sup>a</sup>. Mestranda Gerlane Cristinne Bertino Vêras  
Unidade Acadêmica da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras - ETSC/CFP/UFCG  
Orientadora

*Marilena Maria de Souza*

---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Marilena Maria de Souza  
Unidade Acadêmica da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras - ETSC/CFP/UFCG  
Examinadora

*Cícera Renata Diniz Vieira*

---

Prof.<sup>a</sup>. MS. Cícera Renata Diniz Vieira Silva  
Unidade Acadêmica da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras - ETSC/CFP/UFCG  
Examinadora

**CAJAZEIRAS-PB  
2016**

Dedico este trabalho, em primeiro lugar, a Deus, por me conduzir sempre da melhor forma, diante das adversidades, iluminando minha trajetória ao longo do curso, sem ele eu nada seria e a minha família, em especial minha mãe e meu pai, por todo esforço, apoio, compreensão, incentivo, cuidado e apoio, vocês são essenciais em minha vida e espero retribuir tudo o que fazem e fizeram por mim.

## AGRADECIMENTOS

É com imensa dificuldade que chego até aqui. No entanto começo agradecendo a Deus, o maior responsável pela minha existência, sabedoria, força, amparo e proteção. Ele que me deu forças e sabedoria para que tudo se cumprisse do início ao fim. Sem Ele nada sou.

Agradeço também aos meus pais Marileide Mendes Cavalcante e Francirlei Batista Cavalcante, que com imenso esmero e esforço se mantiveram firmes em dar o que há de melhor na educação porque sempre afirmaram que seria a maior riqueza a ser ofertada. Os maiores responsáveis pela minha moral e boa conduta e sustento educacional, condições de vida educação, meus maiores motivadores no andamento deste curso. Os amo incondicionalmente e eternamente.

A minha irmã que em suas possibilidades esteve me dando força e suporte. Minha grande companheira na vida a quem amo muito.

A minha família, incluindo avô, avó, tios, tias, primos e primas, que acreditaram em mim e no meu potencial. Reconheço o apoio singular de cada um e a importância da instigação para que eu continuasse lutando para finalizar essa etapa tão significativa para mim e para todos que convivem comigo.

A minha excelente e Eficiente Professora orientadora Mestranda Gerlane Cristinne Bertino Vêras que tão bem desempenhou este trabalho desde o início, me compreendendo nas minhas limitações, porém não faltando com o zelo, compromisso, a exigência e perfeita orientação que estiveram presentes em todo o percurso de elaboração deste projeto de conclusão de curso. O meu eterno muito obrigado!

Agradeço as amigadas que construí durante o curso, em especial Elaine Cristina, Francivalda Brunet, Gilvania Sarmiento, Márcia Nathalia, Tadeu Augusto e Francisco Júnior. Levarei vocês comigo pelo resto da minha vida. Vivenciamos momentos de alegrias, tristezas, choros, risadas, mas conseguimos passar por tudo, juntos, com a ajuda uns dos outros, tudo com um propósito para nossas vidas. Obrigado pelo companheirismo, compreensão, apoio, pela amizade, conversa e pelos ensinamentos. Aos amigos que não citei, mas que são importantes e os considero pessoas especiais e que fazem parte de mim.

Enfim, é difícil agradecer a todos que fizeram parte de alguma forma do meu processo de formação profissional e pessoal. Obrigado por acreditarem em mim, mesmo quando eu não acreditava e por me mostrarem que com esforço, persistência, determinação e fé, nós conseguimos alcançar nossas metas.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

José de Alencar

CAVALCANTE, D. M. **INCAPACIDADES/DEFICIÊNCIAS FÍSICAS DECORRENTES DA HANSENÍASE:** revisão integrativa. 2016. 50p. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras- PB, 2016.

## RESUMO

A hanseníase é uma doença milenar, infectocontagiosa e de evolução crônica, que tem como agente etiológico o bacilo álcool-ácido *Mycobacterium leprae*, o qual tem afinidades pela pele e nervos periféricos. É responsável pela magnitude do potencial incapacitante, que é agravado pelo diagnóstico tardio e tratamento inadequado, além da ocorrência das neurites, tornando a hanseníase um importante problema de saúde pública, com grande relevância epidemiológica e social. O objetivo deste trabalho foi verificar as deficiências/incapacidades físicas mais frequentes decorrentes da hanseníase. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica desenvolvida por meio do método da Revisão Integrativa nas bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line (MEDLINE), a Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Base de Dados de Enfermagem (BDENF), via Biblioteca Virtual em Saúde. Teve como critérios de inclusão: artigos que identificassem as deficiências e incapacidades físicas mais frequentes decorrentes da hanseníase, no idioma português, inglês e espanhol, disponíveis online na íntegra e sem delimitação temporal. Os critérios de exclusão foram artigos repetidos nas bases de dados utilizadas, teses e dissertações. Os descritores utilizados para a elaboração desse estudo foram: Hanseníase OR Leprosy OR Lepra AND Pessoas com Deficiência OR Disabled Persons OR Personas con Discapacidad AND Epidemiologia OR Epidemiology OR Epidemiología, os quais estão inseridos nos Descritores em Ciências de Saúde (DeCS). Os quatro artigos selecionados foram apreciados e criticamente analisados. Os estudos apresentaram amostras populacionais significativas e métodos que permitiram classificar os artigos como estudos de bons níveis de evidência. Os resultados dos estudos mostraram que as deficiências mais comuns no membro inferior foram perda de sensibilidade, reabsorção óssea, pé caído, membro amputado e úlcera plantar; no membro superior perda de sensibilidade, reabsorção óssea, garras ulnar, mão caída e amputação; nos olhos madarose ciliar, acuidade visual reduzida, ausência de sensibilidade corneana, lagofalmo e cegueira; no nariz ressecamento da mucosa nasal, obstrução nasal e desabamento da pirâmide nasal. Conhecendo o impacto que as deficiências e incapacidades físicas decorrentes da hanseníase exercem na qualidade de vida dos indivíduos e seus familiares, valida-se a importância do acompanhamento rotineiro, sequencial e cuidadoso dos pacientes, a utilização de medidas educativas, preventivas, curativas e de reabilitação associados a uma avaliação minuciosa nos olhos, nariz, mãos e pés, o que colabora na redução da alta prevalência de incapacidades.

**Palavras-chave:** Hanseníase; Pessoas com deficiência; Epidemiologia.



CAVALCANTE, D. M. **PHYSICAL DISABILITIES/INCAPACITIES RESULTING FROM LEPROSY**: integrative review. 2016. 50p. Monograph (Undergraduate Course in Nursing) - Federal University of Campina Grande. Cajazeiras- PB, 2016.

### ABSTRACT

The leprosy is a millennial disease, infectious contagious and chronic evolution, that has as etiologic agent the bacillus alcohol-acid *Mycobacterium leprae*, which has affinity for skin and peripheral nerves. Is responsible by the magnitude of the incapacitating potential that is aggravated by the late diagnosis and inappropriate treatment, besides the occurrence of neuritis, becoming the hanseniasisan important public health problem, with a great epidemiological and social relevance. The objective of this work was verify the physical disabilities/incapacities more frequent resulting from leprosy. His study is a bibliographic research developed by the method of Integrative Review in the databases of Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem On-line (MEDLINE), the Latin American and Caribbean Health (LILACS) and Nursing Database (BDENF), trough Health Virtual Library. The inclusion criteria were: articles that identify de physical disabilities and incapacities more frequent resulting from leprosy, in portuguese, english and spanish idiom available online in their entirety and without temporal delimitation. The exclusion criteria was repeated articles in the databases utilized, theses and dissertations. The descriptors used for elaboration of this study was: Hanseníase OR Leprosy OR Lepra AND Pessoas com Deficiência OR Disabled Persons OR Personas con Discapacidad AND Epidemiologia OR Epidemiology OR Epidemiología, which are inserted in the Health Descriptores of Science (DeCS). The four articles selected was appreciated and analyzed critically. The studies showed significant population samples and methods that allowed to classify the articles as studies with good evidence level. The study's results showed that the disabilities more common in the lower limb was, loss of sensation, bone resorption, drop foot, amputee member and plantar ulcer; in the upper limb, loss of sensibility, bone resorption, ulnar claws, fallen hand and amputee. In the eyes ciliar madarosis, visual acuity reduced, absence of corneal sensitivity, lagophthalmus and blindness; in the nose, the drying up of the nasal mucous, nasal obstruction and collapse of the nasal pyramid. Knowing the impact of the physical disabilities and incapacities resulting from leprosy exert in the life quality of individuals and their relatives, validates the importance routine monitoring, sequential and carefully of the patients, the utilization of educational measures, preventive, curatives and rehab associated to one thorough assessment in the eyes, nose, hands and feet, which contributes in reducing the high prevalence of disabilities.

**Key-words:** Leprosy; Disabled persons; Epidemiology.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**BDENF** – Bases de Dados de Enfermagem

**BVS** – Biblioteca Virtual de Saúde

**CIF** – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade Física

**DeCS** – Descritores em Ciências da Saúde

**GIF** – Grau de Incapacidade Física

**LILACS** – Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

**MB** – Multibacilar

**MEDLINE** – Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line

**MS** – Ministério da Saúde

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PB** – Paucibacilar

**PBE** – Prática baseada em evidências

**PQT** – Poliquimioterapia

**PQT/MB** – Poliquimioterapia/ Multibacilar

**PQT/PB** – Poliquimioterapia/ Paucibacilar

**SINAN** – Sistema Informação de Agravos de Notificação

**SNP** – Sistema Nervoso Periférico

**SUS** – Sistema Único de Saúde

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Distribuição das referências obtidas nas bases de dados Medline, Lilacs e Bdenf de acordo com os descritores.....	29
<b>Quadro 2</b> – Especificações sobre os estudos analisados, quanto ao autor, ano de publicação, título, objetivo, tipo de pesquisa e nível de evidência.....	31
<b>Quadro 3</b> – Evidências acerca das incapacidades/deficiências físicas mais frequentes decorrentes da hanseníase.....	32

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Etapas da revisão integrativa .....	23
<b>Figura 2</b> - Diagrama do processo de seleção dos artigos da base de dados Medline .....	25
<b>Figura 3</b> - Diagrama do processo de seleção dos artigos da base de dados Lilacs.....	26
<b>Figura 4</b> - Diagrama do processo de seleção dos artigos da base de dados Bdenf.....	27

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>15</b>
2.1 HANSENÍASE.....	15
2.2 INCAPACIDADE/DEFICIÊNCIA FÍSICA NA HANSENÍASE .....	17
2.3 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS - PBE.....	20
<b>3. MÉTODO.....</b>	<b>22</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO .....	22
3.2 CRITÉRIOS PARA A REALIZAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA .....	22
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>29</b>
4.1 SOBRE AS BASES DE DADOS ACESSADAS E OS ARTIGOS SELECIONADOS .....	29
4.2 ESPECIFICIDADES SOBRE OS ARTIGOS ANALISADOS.....	30
4.3 EVIDÊNCIAS ENCONTRADAS ACERCA DAS DEFICIÊNCIAS/INCAPACIDADES FÍSICAS MAIS FREQUENTES DECORRENTES DA HANSENÍASE NOS ARTIGOS ESTUDADOS .....	32
4.4 SÍNTESE DO CONHECIMENTO A CERCA DAS DEFICIÊNCIAS/INCAPACIDADES FÍSICAS MAIS FREQUENTES DECORRENTES DA HANSENÍASE: SUBSÍDIOS PARA A ATUAÇÃO PROFISSIONAL.....	38
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>40</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>44</b>
APÊNDICE A – Matriz de síntese do conhecimento .....	45
<b>ANEXOS .....</b>	<b>46</b>
ANEXO A - Instrumento para coleta de dados.....	47

## 1. INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, e uma das mais antigas que se tem registro na história da humanidade. Tem como agente etiológico o *Mycobacterium leprae*, um microrganismo intracelular obrigatório, que apresenta afinidade por células cutâneas e nervosas periféricas. Sua predileção por células do Sistema Nervoso Periférico (SNP) é responsável pela magnitude do potencial incapacitante, agravado pelo diagnóstico tardio e tratamento inadequado, além da ocorrência das neurites, tornando a hanseníase um importante problema de saúde pública, com grande relevância epidemiológica e social (BRASIL, 2010a; LASTÓRIA et al., 2012).

O Brasil é o segundo país em número de casos novos de hanseníase, com aproximadamente 15% de todos os casos diagnosticados por ano no mundo. Em 2015, foi registrada uma taxa de detecção de casos novos de 14,07 por 100 mil habitantes, com importantes variações regionais. O Norte, por exemplo, apresentou uma taxa de 29,65 por 100 mil habitantes, o Nordeste, 22,72 enquanto o Sul, 3,49 (SINAN/SVS-MS, 2016).

O desenvolvimento de incapacidade e deficiência física pode acontecer antes, durante e após o tratamento poliquimioterápico (PQT), sendo considerado indicador de morbidade da doença e sinalizador do diagnóstico tardio. A existência de incapacidades representa um custo elevado para o Sistema Único de Saúde (SUS), para o sistema previdenciário e para a pessoa acometida pela doença, em virtude do absenteísmo do trabalho de forma temporária ou mesmo definitivo (MONTEIRO et al., 2013).

O comprometimento de nervos periféricos, como o oftálmico, facial, radial, ulnar, mediano, tibial posterior e fibular comum pode provocar parestesia e parestesia, atrofia, contraturas, articulações rígidas e aumento da pressão em áreas específicas no desenvolvimento das atividades da vida diária, além da hiperqueratose, vulnerabilidade e probabilidade de apresentar infecções e perda da sensibilidade protetora (BRASIL, 2008a).

Portanto, se faz necessário a avaliação periódica do grau de incapacidade física (GIF), de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), o qual é determinado a partir da avaliação neurológica dos olhos, mãos e pés e tem seu resultado expresso em valores que variam de 0 a 2. No grau 0, nenhuma incapacidade é encontrada; no grau 1, há diminuição ou perda de sensibilidade, e no grau 2, há presença de lesões e/ou deformidades visíveis (BRASIL, 2016).

As deficiências interferem na qualidade de vida dos pacientes, pois podem acarretar problemas psicológicos, socioeconômico devido às limitações, além do estigma e o

preconceito (CAROLIANO-MARINUS et al., 2012). Pessoas com deficiência apresentam maior risco de desenvolver depressão, comportamentos de risco, maior exposição à violência, risco mais elevado de morte prematura, dentre outros (WHO, 2012).

Nessa perspectiva, é imprescindível ter o empenho da equipe multidisciplinar, onde a atuação do enfermeiro é abrangente e de fundamental importância, desde a realização de atividades educativas para melhor orientar a comunidade quanto à doença e suas complicações e avaliação do paciente até o processo de prevenção de incapacidades e reabilitação, visto que este profissional está apto para utilização de recursos terapêuticos que auxiliam os pacientes a adquirirem uma nova condição física e ajudá-los na reinserção social (MAIA; PAGLIUCA; ALMEIDA, 2014).

Frente à importância do exposto, surgiu o interesse em realizar esta revisão integrativa para responder ao seguinte questionamento: Quais as deficiências/incapacidades físicas decorrentes da hanseníase são mais frequentes? Respondendo a este, pode-se fornecer subsídios para a implantação de ações mais efetivas e eficazes direcionadas aos principais problemas encontrados, seja de forma primária, secundária ou terciária, melhorando a qualidade de vida das pessoas acometidas pela hanseníase e suas complicações. Comprovando a relevância do tema abordado no âmbito social e acadêmico.

Essa pesquisa teve como objetivo verificar as deficiências/incapacidades físicas mais frequentes decorrentes da hanseníase. Dessa forma, espera-se que este estudo possa contribuir para a reflexão e discussão dos gestores e profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, sobre medidas que visem subsidiar a definição de condutas mais adequadas, assim prevenindo e/ou minimizando o surgimento de incapacidades e deficiências físicas provenientes da hanseníase.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 HANSENÍASE

A hanseníase é uma doença crônica, infectocontagiosa, causada pelo bacilo álcool-ácido resistente *Mycobacterium leprae*, o qual possui alta infectividade e baixa patogenicidade, além de apresentar uma evolução lenta, manifestando-se principalmente por meio de sinais e sintomas dermatoneurológicos (BRASIL, 2014). Esta patologia ainda representa um importante problema de saúde pública em vários países no mundo, em especial nos países em desenvolvimento (VIRMOND, 2013).

Em 2015, o Brasil registrou 28.761 casos novos de hanseníase, o que corresponde a um coeficiente de detecção geral de 14,07 por 100 mil habitantes, que é considerada de alta endemicidade, segundo parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS). Além disso, foram diagnosticadas no mesmo ano, cerca de 2.000 pessoas com grau 2 de incapacidade física, o que confirma a dimensão e o impacto da doença no país (SINAN/SVS-MS, 2016).

O MS define o caso de hanseníase como sendo o indivíduo que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais e que necessita de tratamento com PQT: lesão e/ou área da pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo periférico, com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas, motoras e/ou autonômicas; e baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico (BRASIL, 2016).

O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado nos sinais e sintomas evidenciados no exame dermatoneurológico e na história epidemiológica. Para os casos de difícil elucidação, a confirmação diagnóstica requer a realização de exames laboratoriais como a baciloscopia e histopatologia. Esses exames são os de maior utilização na rede de serviços que atendem pacientes de hanseníase, sendo utilizados para classificação clínica e operacional e para o diagnóstico diferencial com outras doenças (BRASIL, 2010a).

A baciloscopia do esfregaço intradérmico é um exame complementar utilizado para a identificação de casos paucibacilares (PB) e multibacilares (MB) de difícil classificação para instituição da PQT, diagnóstico diferencial com outras doenças dermatológicas e em casos suspeitos de recidiva. O resultado positivo da baciloscopia classifica o caso como MB, contudo, o resultado negativo não exclui o diagnóstico da doença (BRASIL, 2010b).

A classificação operacional da hanseníase é realizada por meio da quantidade de lesões apresentadas pelo paciente, sendo classificada como caso PB quando apresenta até cinco



lesões de pele; e MB quando apresenta mais de cinco lesões (BRASIL, 2010a). Quanto às características clínicas, a hanseníase pode ser classificada como indeterminada, tuberculóide, dimorfa e virchowiana (BRASIL, 2015).

Como sintomas dermatoneurológicos a pessoa acometida pela forma Indeterminada pode apresentar áreas de hipo ou anestesia, parestesias, manchas hipocrômicas e/ou eritemo-hipocrômicas, com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pêlos; quando pela forma Tuberculóide, pode apresentar placas eritematosas, eritemato-hipocrômicas, até 5 lesões de pele bem delimitadas, hipo ou anestésicas, podendo ocorrer comprometimento de nervos; na forma Dimorfa, podem apresentar lesões pré-foveolares (eritematosas planas com o centro claro), lesões foveolares (eritematopigmentares de tonalidade ferruginosa ou pardacenta), e alterações de sensibilidade; na forma Virchowiana, eritema e infiltração difusos, placas eritematosas de pele, infiltradas e de bordas mal definidas, tubérculos e nódulos, madarose, lesões das mucosas, com alteração de sensibilidade (BRASIL, 2014).

O tratamento da hanseníase é realizado por meio da administração da PQT que mata o bacilo, impede a evolução da doença, previne incapacidades e outras complicações, interrompe a cadeia de transmissão da doença e garante a cura. Os esquemas terapêuticos utilizados são padronizados pela OMS segundo a classificação operacional. O esquema para a forma paucibacilar (PQT/PB) é feito em seis doses supervisionadas de rifampicina e doses diárias autoadministradas de dapsona. O esquema para a forma multibacilar (PQT/MB) é feito em 12 doses supervisionadas de rifampicina e doses diárias autoadministradas de dapsona e clofazimina (BRASIL, 2009).

Para pacientes que apresentarem intolerância a uma dessas drogas do esquema padrão, é indicado esquemas substitutivos, sendo dispensados nos centros de referência. O tratamento deve ser realizado nas unidades básicas da rede do SUS, e as intercorrências clínicas encaminhadas às unidades de referência (BRASIL, 2010a).

É considerada alta por cura quando o paciente recebe todas as doses supervisionadas no tempo preconizado para cada classificação operacional (PB – 6 doses supervisionadas em até 9 meses; MB – 12 doses supervisionadas em até 18 meses). Na última dose do tratamento os pacientes deverão ser submetidos ao exame dermatológico, avaliação neurológica simplificada e do grau de incapacidade física e receber alta por cura. Os pacientes MB que excepcionalmente não apresentarem melhora clínica com presença de lesões ativas da doença, ao final do tratamento preconizado de 12 doses deverão ser encaminhados para avaliação em serviço de referência para verificação da conduta mais adequada (BRASIL, 2009).

## 2.2 INCAPACIDADE/DEFICIÊNCIA FÍSICA NA HANSENÍASE

Deficiência é toda perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo. Enquanto a Incapacidade consiste em uma restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano (Legislação Brasileira sobre Pessoas com Deficiência, 2013).

Uma das principais características da hanseníase é o acometimento do SNP. Sua alteração e conseqüente perda funcional podem ocasionar deformidades, diminuição da força muscular e atrofia, já que pode provocar comprometimento principalmente dos seguintes nervos periféricos: nervo facial; nervo oftálmico derivado do nervo trigêmeo; nervo ulnar; nervo radial; nervo mediano; nervo fibular comum; e nervo tibial posterior. Devido a este fato, as deficiências e incapacidades mais comuns são a paresia e parestesia, atrofia, contraturas, articulações rígidas e aumento da pressão em áreas específicas no desenvolvimento das atividades da vida diária (BRASIL, 2008a).

O comprometimento dos nervos periféricos causa neurite, que se não tratada oportunamente provoca ferimentos e ulcerações propensas à infecção, osteomielite e necroses graves, como resultado, ocorre reabsorção tecidual dos tegumentos e estruturas musculares e ósseas, conseqüentemente, deficiências e incapacidades, que são responsáveis pelo estigma da doença (BRASIL, 2008b).

Podem-se relacionar como fatores que contribuem para a ocorrência de deficiências e incapacidades físicas, a desigualdade de acesso e de utilização dos serviços de saúde pelos usuários, podendo provocar detecção tardia da hanseníase e presença de alterações neurais, bem como os aspectos clínicos/epidemiológicos da patologia; as características socioeconômicas e demográficas, principalmente a baixa escolaridade e situações de pobreza (PIERI et al., 2012). Além disso, ainda tem a presença do estigma e do preconceito, ainda tão arraigados à história da hanseníase (LANZA, 2009).

A possibilidade de surgimento de incapacidade aumenta com o diagnóstico tardio e tratamento inadequados (CORREIA et al., 2012). Esta podendo ocorrer antes, durante e após o tratamento com a PQT. Entretanto, há evidências que a ocorrência de reações hansênicas após o tratamento aumenta a probabilidade de surgir alguma deficiência, possivelmente em decorrência da saída das pessoas da vigilância ativa dos profissionais, fazendo com que elas

não valorizem os sintomas de possíveis complicações, procurando tardiamente os serviços de saúde (MONTEIRO et al., 2013).

As pessoas acometidas pela hanseníase podem desenvolver reações hansênicas, que são fenômenos imunológicos que podem ser iniciados, exacerbados ou mantidos por fatores como as infecções, alterações hormonais e estresse emocional e físico, podendo ocorrer antes, durante e após o tratamento com a PQT. As reações hansênicas são as principais responsáveis pelo comprometimento nervoso e incapacidades provocadas pela hanseníase (BRASIL, 2009).

Quanto a classificação, as reações hansênicas podem ser do tipo 1 ou reação reversa, caracterizada pelo aparecimento de novas lesões dermatológicas ou alterações das lesões antigas, na forma de manchas ou placas, bem como as neurites; e reação tipo 2 ou eritema nodoso hansênico, na qual há o aparecimento de nódulos vermelhos e dolorosos, sem que haja necessariamente alteração nas lesões antigas, além de outros sintomas como febre, mal-estar generalizado, com ou sem neurite (BRASIL, 2009).

O diagnóstico precoce e tratamento adequado dos episódios reacionais são medidas essenciais para prevenção de incapacidades na hanseníase. Necessitam serem consideradas como situação de urgência, devendo o tratamento ser instituído dentro das primeiras 24 horas. Essas medidas visam evitar o dano neural, grande responsável pela instalação da incapacidade/deformidade e conseqüentemente pela manutenção do estigma da doença (GONÇALVES, 2013).

Vale salientar que estas reações hansênicas não contra-indicam o início da PQT, bem como em sua interrupção ou indicação de seu reinício, se o paciente já houver concluído seu tratamento (BRASIL, 2014).

O diagnóstico precoce é a principal forma de prevenir a instalação de deficiências e incapacidades físicas. Entende-se por prevenção de incapacidades as medidas que visam evitar a ocorrência de danos físicos, emocionais, espirituais e socioeconômicos; ou, em caso de já instaladas, evitar as complicações; a reabilitação é o processo que visa corrigir e/ou compensar danos físicos, emocionais e sociais considerando a capacidade e a necessidade de cada indivíduo, adaptando-o à sua realidade (BRASIL, 2016).

A avaliação neurológica é uma medida adotada para prevenção de incapacidades em hanseníase, servindo para subsidiar a categorização do GIF e auxiliar na adoção de conduta terapêutica de acordo com os achados do monitoramento neural. Sua realização deve ser feita no momento do diagnóstico e início do tratamento, trimestralmente se não houver queixas, e sempre que houver queixas; em estados reacionais e neurites; e na alta do tratamento (BRASIL, 2008b).

A OMS e o MS preconizam o uso do GIF para avaliação das incapacidades físicas dos pacientes acometidos pela hanseníase, o qual se apresenta em três níveis, Grau 0 - Nenhum problema com os olhos, as mãos e os pés devido à hanseníase, Grau 1 - Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos e/ou diminuição ou perda da sensibilidade protetora nas mãos e /ou nos pés; e Grau 2 ou deficiência visível - Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou incapacidade de contar dedos a 6m de distância; Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída; Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratura do tornozelo (ARAÚJO et al., 2014).

Por meio da avaliação de incapacidades e deformidades é realizado o planejamento das atividades essenciais com o intuito de evitar e/ou minimizar a ocorrência das mesmas. As atividades de prevenção e reabilitação devem ser feitas de maneira integrada, com adoção de técnicas simples de autocuidado, adaptação de calçados e tratamento de feridas e reabilitação cirúrgica, nas consultas durante o tratamento e após a alta, com revisão sistemática pelos profissionais de saúde responsáveis pelo monitoramento clínico e terapêutico (GONÇALVES, 2013).

Sendo a hanseníase uma doença que pode provocar deficiência/incapacidade física no indivíduo, especialmente relacionado ao diagnóstico tardio, se faz necessário que haja intensificação da busca ativa bem como a realização de educação em saúde que consiga atingir toda população para que se rompa a cadeia de transmissão que leva ao diagnóstico tardio e as deficiências físicas (RIBEIRO et al., 2014). Dessa forma, a realização de uma busca ativa e passiva eficiente é primordial para o diagnóstico precoce, o que previne as incapacidades por meio da avaliação do grau de acometimento e fornece uma assistência adequada para cada caso, além de propiciar a avaliação dos contatos intradomiciliares e quando estes não apresentarem sinais e sintomas ocorrerá a realização da vacinação com BCG (bacilo de Calmette-Guërin) (BRASIL, 2014).

As pessoas com deficiência física necessitam de um acompanhamento multidisciplinar tanto para prevenir novas deficiências como para reabilitação. Os profissionais de saúde devem ser adequadamente capacitados, bem como os acometidos pela doença e seus familiares devem receber orientação e educação em saúde (GUERRERO; MUDVI; LEÓN, 2013).

A educação em saúde é considerada parte essencial do processo de cuidar e corresponde ao diálogo estabelecido entre as pessoas, podendo ser individual ou coletivo com a finalidade de motivar às mudanças de comportamento favoráveis a saúde, devendo essas

ações considerar a cultura, história e valores dos sujeitos que a recebem (ALMEIDA; SOUZA, 2012).

Quanto à avaliação neurológica do paciente, esta deve ser realizada tanto durante o tratamento assim como após a alta, com o objetivo de acompanhar a evolução das lesões e o comprometimento neural, além de serem realizadas orientações sobre os cuidados que o paciente necessita para evitar complicações provenientes da patologia, como também para prevenir deficiências e incapacidades (BRASIL, 2014).

Diante do exposto, o acompanhamento adequado de rotina da pessoa com hanseníase, a utilização de medidas educativas, curativas e de reabilitação, além de uma avaliação criteriosa dos olhos, nariz, mãos e pés, interferem positivamente para a redução da alta prevalência de deficiência/incapacidades (NARDI et al., 2011).

### 2.3 PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS - PBE

A revisão da literatura é um método de pesquisa muito utilizado na medicina baseada em evidências, que tem como um de seus propósitos incentivar a utilização de resultados de pesquisas em saúde nos diversos níveis de atenção, reforçando a importância desses para a prática clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Com isso, a prática profissional em todas as áreas da assistência à saúde exige novas condutas e formas de pensar e ser, torna-se necessário compreender o impacto que os avanços tecnológicos representam no processo de cuidar, no sentido de validar conhecimentos e produzir evidências que subsidiem sua aplicação. Surge a necessidade de pesquisas que possam validar a real efetividade das intervenções atuais, tornando-as assim mais confiáveis. Todos esses aspectos culminaram para a Prática Baseada em Evidências (PBE), definida como uma abordagem para o cuidado clínico e ensino, pautada no conhecimento e qualidade da evidência, com o objetivo de promover qualidade nos serviços de saúde e diminuir os gastos operacionais. No geral, serve para incorporar os resultados das pesquisas científicas na prática profissional (PEDROLO et al., 2009).

A PBE preconiza os sistemas de classificação de evidências caracterizados de forma hierárquica. Para ajudar na escolha da melhor evidência possível, propõe-se uma hierarquia das evidências, segundo o delineamento da pesquisa, que é um dos itens a serem analisados nesta fase: Nível 1 – evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; Nível 2 – evidências obtidas em estudos individuais com

delineamento experimental; Nível 3 – evidências de estudos quase-experimentais; Nível 4 – evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa; Nível 5 – evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; Nível 6 – evidências baseadas em opiniões de especialistas (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Conhecer a PBE proporciona ao enfermeiro subsídios para uma avaliação crítica dos resultados provenientes das pesquisas e tomada de decisão sobre a prática clínica, facilita o aperfeiçoamento dos profissionais e torna-se uma ferramenta do processo de trabalho do enfermeiro (PEDROLO et al., 2009).

### 3. MÉTODO

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo consiste em uma pesquisa bibliográfica desenvolvida através do método da Revisão Integrativa. O método de revisão integrativa tem a finalidade de reunir e sistematizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão de maneira sistemática e ordenada. Este método foi desenvolvido de acordo com os propósitos da PBE e tem como pressuposto um rigoroso processo de síntese da realidade pesquisada (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa consiste na análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Este método permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Este tipo de metodologia conduz uma fonte de conhecimento atual sobre um problema e determina se o conhecimento é válido para ser transferido à prática, entretanto, deve seguir padrões de rigor metodológico, os quais possibilitam ao leitor identificar as características dos estudos analisados e permitir um avanço na saúde (POMPEO, 2007).

É a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado. A compilação de informações é um grande avanço para os pesquisadores, democratizando o acesso e proporcionando atualizações frequentes. O propósito geral de uma revisão integrativa é reunir conhecimentos sobre um tema, ajudando nas fundações de um estudo significativo para a saúde. (WHITTEMORE, 2005).

#### 3.2 CRITÉRIOS PARA A REALIZAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA

Para elaborar uma revisão integrativa relevante apta a subsidiar a implementação de intervenções eficazes no cuidado aos pacientes, é necessário que as etapas a serem adotadas devam ser claramente descritas, para que a pesquisa seja realizada de forma transparente e

minimize vieses (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a construção da revisão integrativa é preciso percorrer seis etapas distintas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão, identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, categorização dos estudos selecionados, interpretação dos resultados e apresentação da revisão/síntese do conhecimento (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011). A seguir são apresentadas de forma sucinta essas etapas (Figura 1).

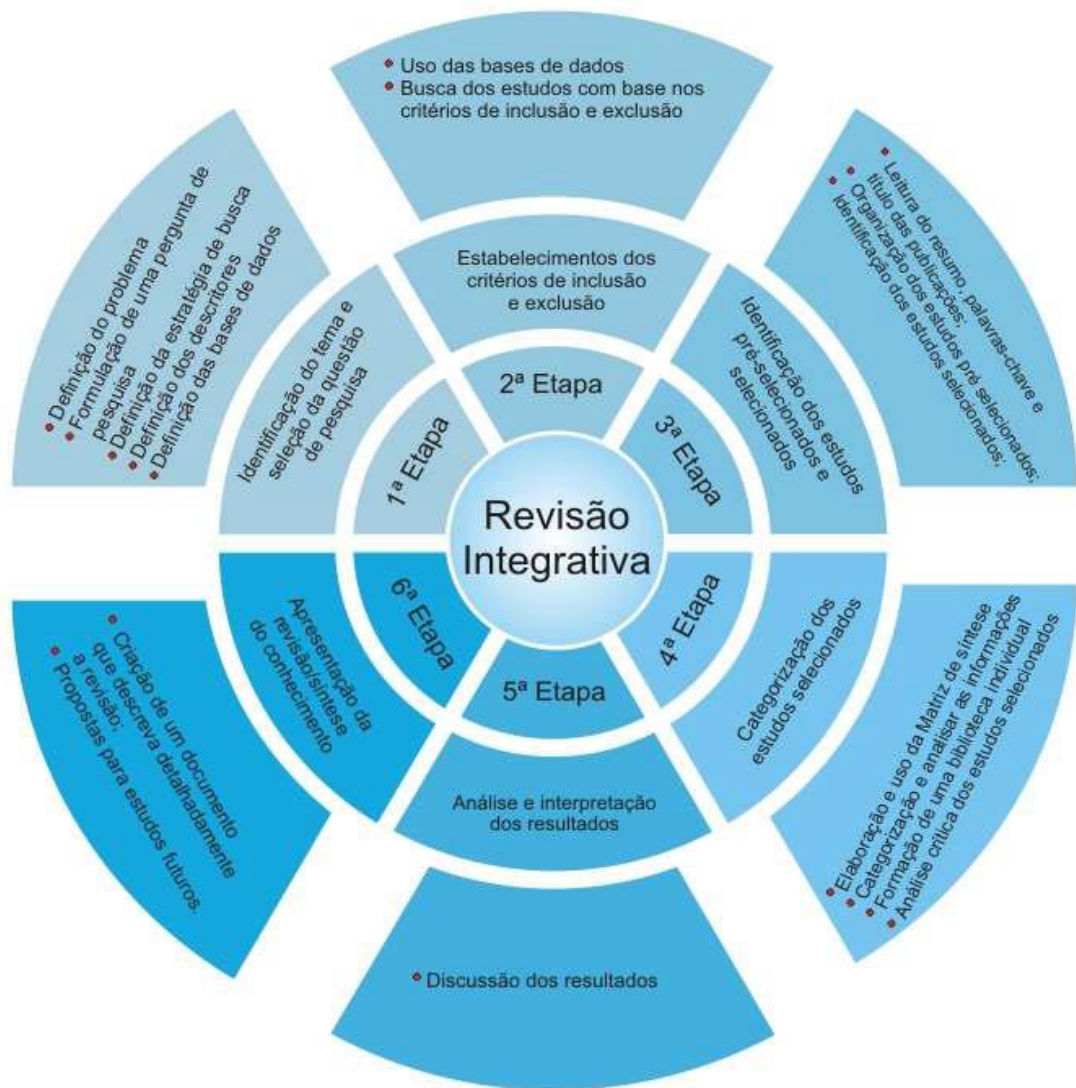


Figura 1 - Etapas da revisão integrativa (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

**Primeira etapa:** Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa



Etapa de formulação de hipóteses ou questão de pesquisa. No ponto de vista dos estudiosos, a primeira etapa é norteadora para a condução de uma revisão integrativa bem elaborada. Essa construção está relacionada a um raciocínio teórico e inclui definições já aprendidas pelo pesquisador. A objetividade inicial conduz todo o processo a uma análise direcionada e completa, com conclusões de fácil identificação e aplicabilidade (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO; 2008).

A pergunta norteadora da presente revisão integrativa consistiu em: Quais as deficiências/incapacidades físicas decorrentes da hanseníase são mais frequentes?

### **Segunda etapa:** Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão

Após a escolha do tema, iniciou-se a busca pela literatura nas bases de dados selecionados para identificação dos estudos que serão analisados. A seleção dos estudos incluídos é um passo fundamental, a fim de se obter validade da revisão integrativa (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO; 2008). As estratégias de decisão sobre a amostragem são criteriosas para elevar o rigor de qualquer tipo de revisão, pois a seleção incompleta favorece resultados imprecisos (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Para a listagem dos artigos, realizou-se uma busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), que envolve: a Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), a Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Para o uso dessas bases de dados, é necessário utilizar um vocabulário normatizado na seleção de artigos que respondam a pergunta de pesquisa. Os vocabulários organizados e padronizados foram imprescindíveis para especificar, guiar e disponibilizar o acesso aos dados, sendo esses termos denominados de descritores ou palavras-chave. Como a questão de pesquisa é bem delimitada pelo revisor, os descritores são facilmente identificados para a execução da busca dos estudos. Os descritores utilizados para a elaboração desse estudo foram: Hanseníase OR Leprosy OR Lepra AND Pessoas com Deficiência OR Disabled Persons OR Personas con Discapacidad AND Epidemiologia OR Epidemiology OR Epidemiología, os quais estão inseridos nos Descritores em Ciências de Saúde (DeCS).

Nesta fase, foram estabelecidos os critérios de inclusão/exclusão dos estudos que deram início à procura na literatura. Os critérios de inclusão foram: artigos que identificassem as deficiências e incapacidades físicas mais frequentes decorrentes da hanseníase, no idioma

português, inglês e espanhol, disponíveis online na íntegra, sem delimitação temporal e indexados nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDNF. Os critérios de exclusão foram artigos repetidos nas bases de dados utilizadas, teses e dissertações.

Em busca realizada na BVS, no dia 29 de agosto de 2016 às 08 horas, com os descritores Hanseníase OR Leprosy OR Lepra AND Pessoas com Deficiência OR Disabled Persons OR Personas con Discapacidad AND Epidemiologia OR Epidemiology OR Epidemiología, foram encontrados 121 artigos. Como critérios de seleção foram utilizados os seguintes filtros: base de dados (MEDLINE), Texto completo (disponível), Idioma (português, inglês e espanhol), Tipo de documento (artigo), sendo obtidos 75, 16, 16 e 16 artigos, respectivamente (Figura 2).

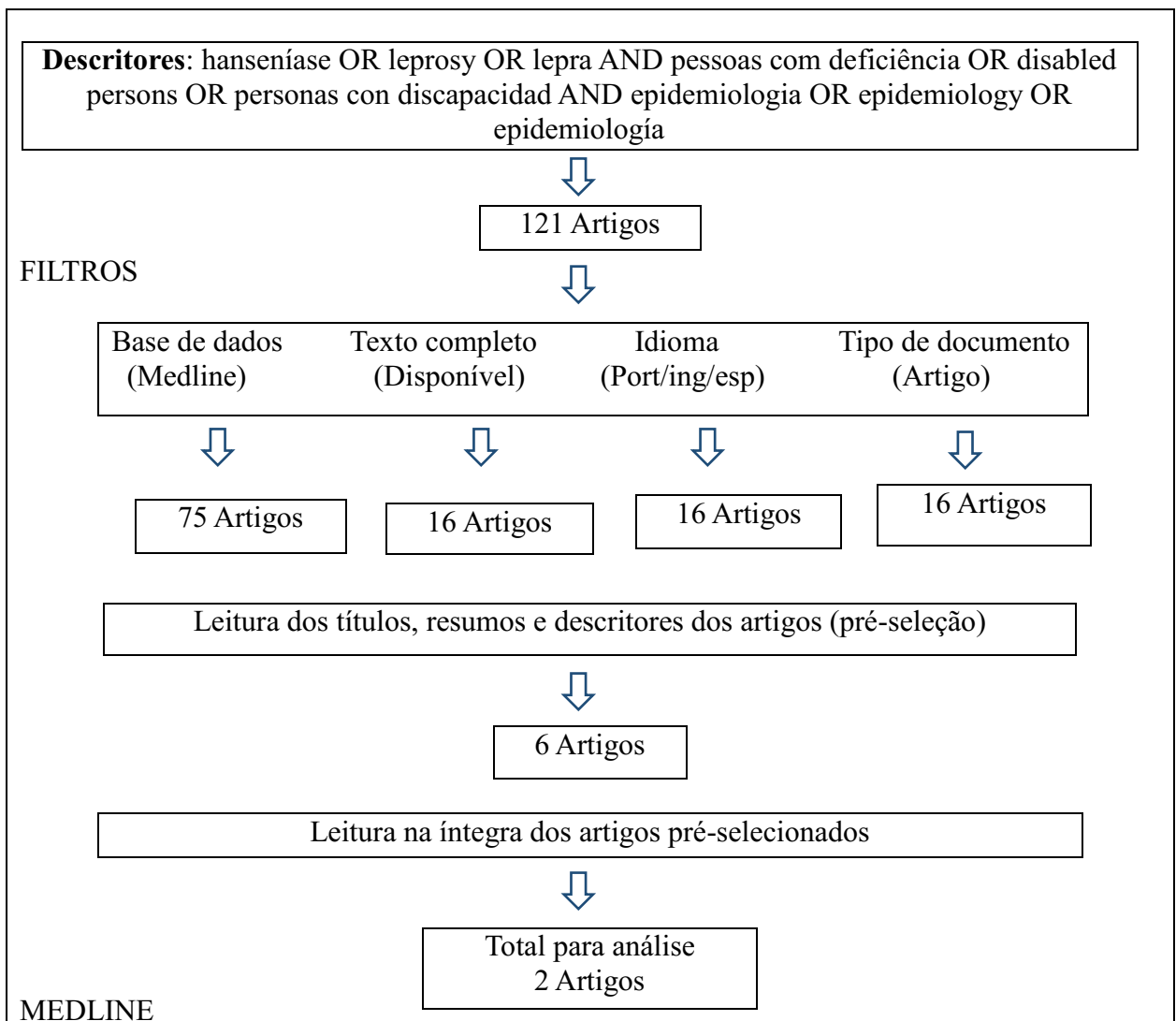


Figura 2: Diagrama do processo de seleção dos artigos da base de dados Medline. Cajazeiras, 2016.

Em uma segunda busca realizada na BVS, no dia 29 de agosto de 2016 às 11 horas,

com os descritores Hanseníase OR Leprosy OR Lepra AND Pessoas com Deficiência OR Disabled Persons OR Personas con Discapacidad AND Epidemiologia OR Epidemiology OR Epidemiología, foram encontrados 121 artigos. Como critérios de seleção foram utilizados os seguintes filtros: base de dados (LILACS), Texto completo (disponível), Idioma (português, inglês e espanhol), Tipo de documento (artigo), sendo obtidos 19, 15, 15 e 14 artigos, respectivamente (Figura 3).

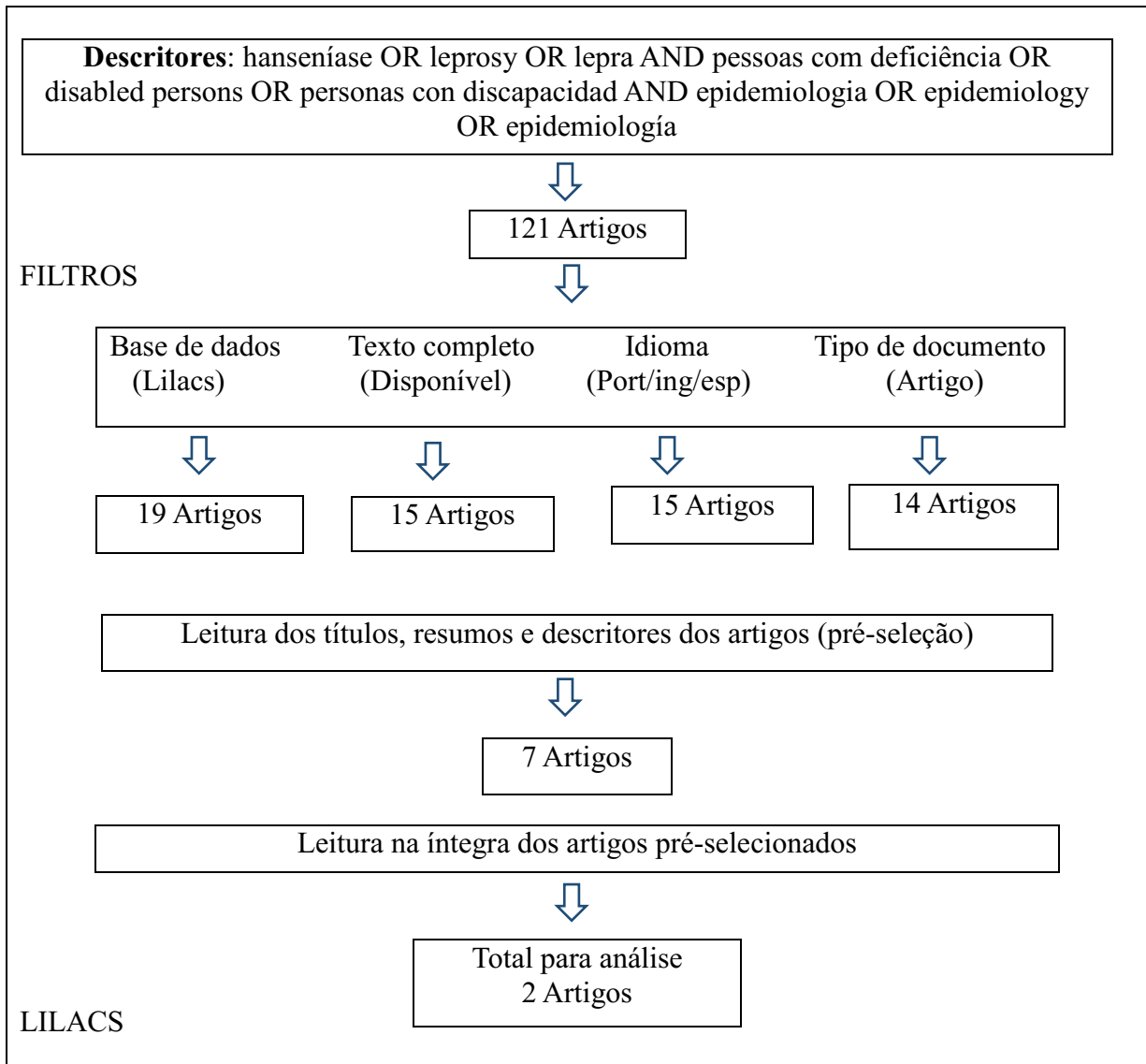


Figura 3: Diagrama do processo de seleção dos artigos da base de dados Lilacs. Cajazeiras, 2016.

Na terceira busca realizada na BVS, no dia 29 de agosto de 2016 às 14 horas, com os descritores Hanseníase OR Leprosy OR Lepra AND Pessoas com Deficiência OR Disabled Persons OR Personas con Discapacidad AND Epidemiologia OR Epidemiology OR Epidemiología, foram encontrados 121 artigos. Como critérios de seleção foram utilizados os

seguintes filtros: base de dados (BDENF), Texto completo (disponível), Idioma (português, inglês e espanhol), Tipo de documento (artigo), sendo obtidos 6, 6, 6 e 5 artigos, respectivamente (Figura 4).

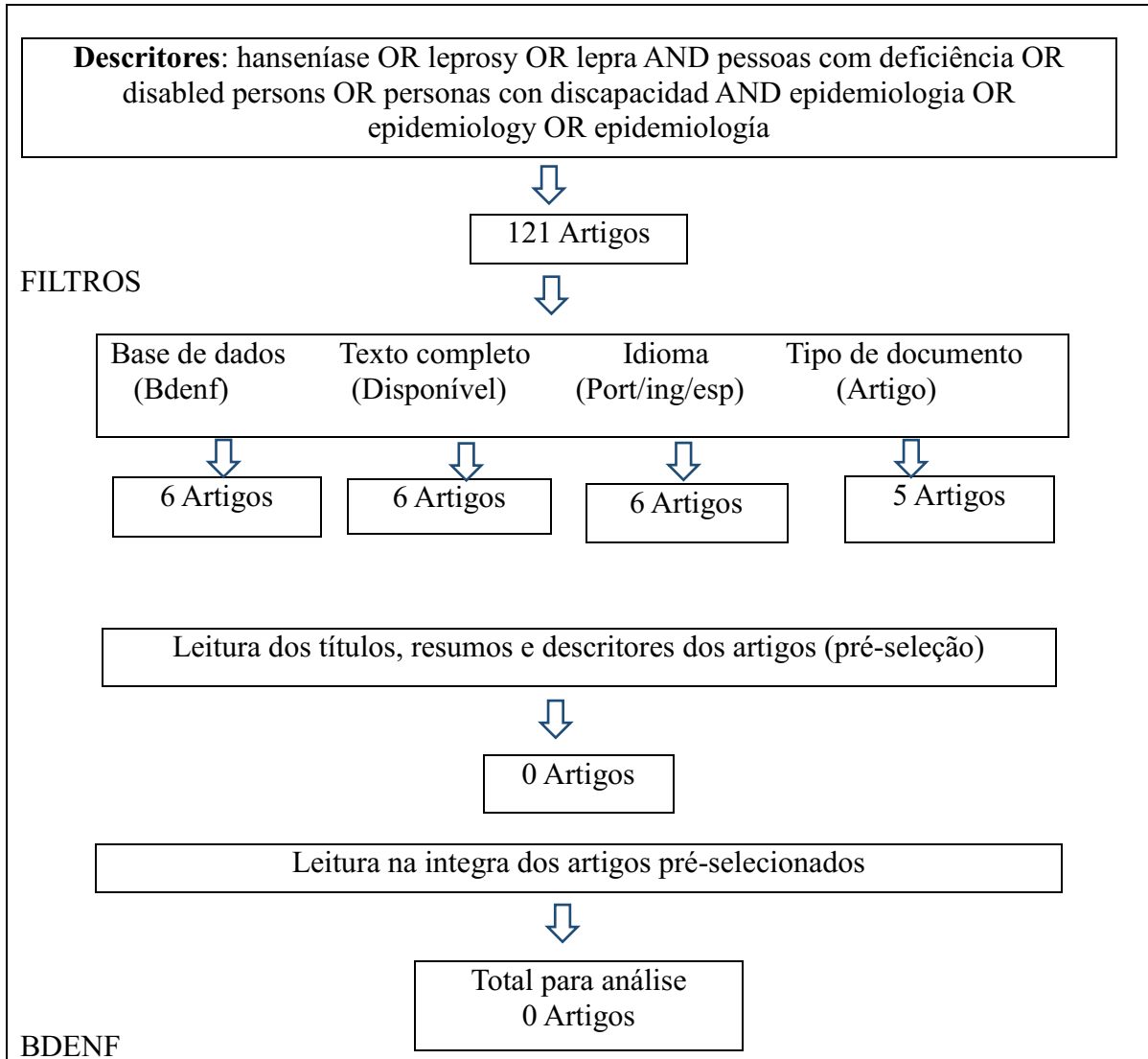


Figura 4: Diagrama do processo de seleção dos artigos da base de dados Bdenf. Cajazeiras, 2016.

### **Terceira etapa:** Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados

Para esta etapa realizou-se a princípio uma criteriosa leitura dos títulos, resumos e descritores de todos os artigos completos localizados pela estratégia de busca, sendo selecionados 6 artigos na MEDLINE, 7 na LILACS e 0 na BDENF; posteriormente, foi realizada a leitura minuciosa dos artigos pré-selecionados e verificado sua adequação aos critérios de inclusão do estudo. Feito isso obteve-se o fechamento do material bibliográfico e a consolidação dos achados para facilitar a reflexão e conclusão do estudo. Após a leitura dos artigos pré-selecionados, atendendo aos critérios de inclusão, foram selecionados apenas 4

artigos, 2 destes na MEDLINE e 2 na LILACS (Figuras 2, 3 e 4).

**Quarta etapa:** Categorização dos estudos selecionados

Esta etapa é análoga à coleta de dados da pesquisa convencional. Para a coleta de dados dos artigos que foram incluídos nessa revisão integrativa foi utilizado um instrumento validado por URSI (2005), contendo os seguintes itens: identificação do artigo original, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico, das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados (ANEXO A).

Através do instrumento de coleta de dados foi possível uma avaliação individual dos estudos incluídos, tanto metodologicamente quanto em relação à síntese dos resultados. Tendo em mente a questão problema, os achados foram elencados mediante a leitura e os critérios de inclusão outrora mencionados.

**Quinta etapa:** Análise e interpretação dos resultados

Para a análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão foi utilizado uma matrix de síntese (APÊNDICE A) especialmente construída para esse fim, que contemplou os seguintes aspectos, considerados pertinentes: título da pesquisa, nomes dos autores, ano, objetivo, delineamento metodológico e síntese dos resultados. Por fim, foram analisados descritivamente à luz das evidências científicas.

**Sexta etapa:** Apresentação da revisão/síntese do conhecimento

As conclusões foram baseadas nas evidências obtidas e na análise crítica dos resultados encontrados. Deste modo, os procedimentos utilizados neste trabalho e os resultados obtidos estão submetidos à apreciação e avaliação dos leitores.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 4.1 SOBRE AS BASES DE DADOS ACESSADAS E OS ARTIGOS SELECIONADOS

Para busca desta pesquisa foram utilizadas as bases de dados MEDLINE, LILACS e BDNF, sendo filtrados artigos livres completos, no idioma português, inglês e espanhol, sem delimitação temporal, cujos descritores fossem hanseníase OR leprosy OR lepra AND pessoas com deficiência OR disabled persons OR personas con discapacidad AND epidemiologia OR epidemiology OR epidemiología. Em razão do enorme acervo de temas diversos e desnecessários ao objetivo da pesquisa, além de inúmeros artigos em comum, foi realizado o cruzamento dos descritores. A base onde mais se obteve referências foi a Medline e a de menor, a Bdnf, conforme apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1-** Distribuição das referências obtidas nas bases de dados Medline, Lilacs e Bdnf de acordo com os descritores.

PROCEDÊNCIA	DESCRITORES	REFERÊNCIAS OBTIDAS
MEDLINE	Hanseníase OR Leprosy OR Lepra AND Pessoas com deficiência OR Disabled persons OR Personas con discapacidad AND Epidemiologia OR Epidemiology OR Epidemiología	75
LILACS	Hanseníase OR Leprosy OR Lepra AND Pessoas com deficiência OR Disabled persons OR Personas con discapacidad AND Epidemiologia OR Epidemiology OR Epidemiología	19
BDNF	Hanseníase OR Leprosy OR Lepra AND Pessoas com deficiência OR Disabled persons OR Personas con discapacidad AND Epidemiologia OR Epidemiology OR Epidemiología	6

Fonte: Elaborado pelo autor.

O quadro 1 mostra as bases de dados, o intercruzamento dos descritores e o número de referências obtidas. A busca nas bases de dados citadas anteriormente foi realizada em 29 de agosto de 2016. O intercruzamento dos descritores na base de dados Medline selecionou 75 artigos, 19 na LILACS e 6 na Bdenf. Após os artigos serem submetidos à análise dos critérios de inclusão, a amostra resultou em 4 artigos, 2 destes na Medline e os outros 2 na Lilacs. Não sendo selecionados artigos na Bdenf, pois os mesmos eram repetidos nas outras base de dados.

#### 4.2 ESPECIFICIDADES SOBRE OS ARTIGOS ANALISADOS

Foi elaborado pelo autor deste trabalho, um quadro com a síntese dos artigos analisados, expondo os autores, anos de publicação, títulos, idiomas, os objetivos de cada artigo, o tipo de pesquisa e os níveis de evidência de cada estudo (Quadro 2).

A respeito do ano de publicação, teve-se um artigo de 2007, um de 2010 e dois de 2013. Quanto aos idiomas encontrados, três artigos estão escritos em português e um está disponível em português e inglês.

Os artigos foram publicados nos seguintes periódicos: Cadernos de saúde pública (um artigo), Revista latino-americana de enfermagem (um artigo) e Hansenologia Internationalis (dois artigos).

Os métodos utilizados nos artigos selecionados corresponderam a estudos descritivos com abordagem quantitativa, retrospectivos e transversais, caracterizados com nível 4 de evidência. Assim, apresentam boa evidência, considerando a questão abordada (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Em síntese, os objetivos de cada estudo tiveram como foco, o conhecimento do perfil sociodemográfico, o GIF e as principais incapacidades físicas advindas da hanseníase, a fim de permitir a discussão sobre a possibilidade de subsidiar ações de prevenção e reabilitação das incapacidades/deficiências físicas, possibilitando assim uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes e familiares.

**Quadro 2** – Especificações sobre os estudos analisados, quanto ao autor, ano de publicação, título, idioma, objetivo, tipo de pesquisa e nível de evidência.

<b>Autores / Ano de publicação</b>	<b>Título/Idioma</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Tipo de Pesquisa</b>	<b>Nível de Evidência</b>
MONTEIRO, L.D., et al., 2013 (Artigo 1)	Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. Português.	Estimar a prevalência de indivíduos com incapacidade física após a alta de poliquimioterapia em da hanseníase em Araguaína, Tocantins, Brasil.	Estudo transversal.	4
SOBRINHO, R.A.S., et al., 2007 (Artigo 2)	Evaluation of incapacity level in leprosy: a strategy to sensitize and train the nursing team. Inglês e português.	Avaliar o grau de incapacidade em pessoas inscritas, ou em alta, no Programa Nacional de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde, residents em municípios da 14ª Regional de Saúde do Paraná.	Estudo transversal.	4
CARVALHO, M.A.J., et al., 2013 (Artigo 3)	Avaliação das incapacidades físicas em ex-portadores de hanseníase da época do isolamento compulsório. Português	Conhecer o perfil sociodemográfico e as principais incapacidades físicas instaladas em pessoas que tiveram hanseníase na época do isolamento compulsório.	Estudo descritivo de abordagem quantitativa.	4
JULIO, M.V.R.F., et al., 2010 (Artigo 4)	Evolução das lesões nasais em pacientes com hanseníase. Português.	Descrever as alterações ocorridas e avaliar a evolução das lesões nasais encontradas durante o tratamento medicamentoso dos pacientes com hanseníase com o propósito de reduzir a freqüência das deformidades e intervir na prevenção.	Estudo retrospectivo de caráter descritivo.	4

**Fonte:** Elaborado pelo autor.



### 4.3 EVIDÊNCIAS ENCONTRADAS ACERCA DAS DEFICIÊNCIAS/INCAPACIDADES FÍSICAS MAIS FREQUENTES DECORRENTES DA HANSENÍASE NOS ARTIGOS ESTUDADOS

O Quadro 3 ilustra os principais resultados obtidos a partir da análise dos artigos selecionados.

**Quadro 3** – Evidências acerca das incapacidades/deficiências físicas mais frequentes decorrentes da hanseníase.

ARTIGOS	RESULTADOS
Artigo 1 – Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poli quimioterapia em um município no Norte do Brasil.	Identificaram-se incapacidades físicas em 110 (19,5%) pés, sendo este seguimento mais afetado, seguido pelas mãos 30 (5,3%) e pelos olhos 29 (5,1%). Trinta e duas (11,3%) pessoas apresentaram incapacidade de grau 1 em ambos os pés, 9 (3,2%) em ambos os olhos, 5 (1,7%) pessoas apresentaram grau 1 para um pé e grau 2 para o outro, e 3 (1%) pessoas tiveram grau 0 para um dos olhos e grau 2 para o olho oposto.
Artigo 2 – Evaluation of incapacity level in leprosy: a strategy to sensitize and train the nursing team.	Observou-se, principalmente em pacientes em alta, número relevante de seqüelas em membros inferiores, especialmente nos pés, como ressecamentos, fissuras, garras, perdas extensas de sensibilidade, reabsorção, pé caído e mutilação.
Artigo 3 – Avaliação das incapacidades físicas em ex-portadores de hanseníase da época do isolamento compulsório.	Em relação às incapacidades físicas detectadas nos membros superiores, 10 (38,46%) apresentavam perda de sensibilidade, 6 (23,1%) reabsorção óssea, 4 (15,38%) garras ulnar, 4 (15,38%) mão caída; nos membros inferiores foram identificados 13 (50,0%) com perda de sensibilidade, 6 (23,1%) reabsorção óssea, 4 (15,38%) pé caído, 1 (3,84%) com membro amputado, 1 (3,84%) úlcera plantar; nos olhos, a madarose ciliar com 14 (53,85%), acuidade visual reduzida 8 (30,77%), 3 (11,54%) ausência de sensibilidade corneana e 1 (3,84%) lagofalmo e cegueira; no nariz, 7 (27%) possuíam ressecamento da mucosa nasal, 6 (23%) obstrução nasal e 3 (11,5%) desabamento da pirâmide nasal.
Artigo 4 – Evolução das lesões nasais em pacientes com hanseníase.	Dos 212 casos avaliados, 148 (69,8%) apresentaram alterações nasais, sendo a mais freqüente o ressecamento, que acometeu 81 (38,2%), as crostas acometeram 50 (23,6%), e a obstrução 17 (8%).

**Fonte:** Elaborado pelo autor

O estudo de Monteiro et al. (2013) (artigo1) realizado no Município de Araguaína, do Estado do Tocantins teve uma população de estudo constituída por todos os casos novos com 15 anos de idade ou mais, que receberam alta por cura da hanseníase no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2009, totalizando 693 casos diagnosticados no município, contudo foram avaliadas apenas 282 casos (40,7% da população alvo). O sexo masculino foi predominante com 145 (51,4%) indivíduos. Houve uma maior frequência de casos paucibacilares (170; 60,3%) e da forma clínica indeterminada (96; 34%). No período pós-alta, a ocorrência de incapacidades físicas foi mais frequente em relação ao momento do diagnóstico e alta, com 58 (20,6%) casos de grau 1 e 25 (8,9%) de grau 2.

A maior prevalência de indivíduos do sexo masculino afetados pela doença corrobora com trabalhos anteriores (GOMES et al., 2005). O estilo de vida e a maior inserção no mercado de trabalho são apontados como agravantes dos fatores de risco para os homens, associados ao fator cultural, no qual, eles relutam em procurar atendimento médico (MIRANZI; PEREIRA; NUNES, 2010), apesar da implantação de uma Política Nacional de Saúde do Homem (BRASIL, 2009).

As formas clínicas indeterminada e dimorfa foram predominantes. Mas houve maior percentual dos casos paucibacilares, acompanhando o padrão clínico epidemiológico nacional (BANDEIRA, 2010). A estimativa da prevalência de incapacidades físicas mostrou predomínio da incapacidade de grau 1, consistente também com dados oficiais e de estudos anteriores (BARBOSA, 2009)

Em Monteiro et al. (2013), a frequência observada de incapacidades com graus 1 ou 2 na faixa etária de 15-20 anos foi de 2 (0,7%) casos, na de 20-35 anos de 11 (3,9%) casos, na de 35-50 anos de 19 (6,7%), na de 50-65 anos de 27 (9,6%) e na de 65 ou mais anos de 27 (8,5%) casos. Foi descrito também uma maior estimativa de prevalência de incapacidades físicas nas pessoas com forma clínica multibacilar em relação à paucibacilar, sendo 3,1 vezes maior nas pessoas com incapacidade de grau 2.

Essa população atingiu uma alta proporção de pessoas com idade economicamente ativa como observado em outros estudos (BARBOSA, 2009). A estimativa da prevalência de deformidades no pós-alta variou com a idade, corroborando com a literatura (RODRIGUES et al., 2000), o que compromete potencialmente a realização de atividades diárias com repercussões físicas, sociais e econômicas.

Pacientes MB apresentaram maior número de nervos acometidos e maior prevalência de GIF=2 e maior média de deficiências por paciente. Pela maior carga bacilar são mais suscetíveis à ocorrência de incapacidade pelo maior risco de desenvolver reações e danos

neurais (ARANTES et al., 2010).

A estimativa da prevalência de incapacidades físicas também foi maior entre as pessoas que apresentaram episódios reacionais, quando comparadas àquelas que não apresentaram nos momentos da avaliação. No trabalho de Monteiro et al. (2013), o maior contingente dos episódios reacionais foi mais frequente no período pós-alta, visto que do total de pessoas que apresentaram estes episódios após a alta, pouco menos de um terço não apresentou este evento durante o tratamento. Esses achados evidenciam uma correlação entre a ocorrência de episódios reacionais durante o tratamento e após a alta da poliquimioterapia, situação condizente com o observado na literatura (RODRIGUES et al., 2000).

Monteiro et al. (2013) afirmam que entre as 282 pessoas avaliadas (correspondendo a 564 olhos, mãos e pés), identificaram-se incapacidades físicas em 110 (19,5%) pés, sendo este o seguimento mais afetado, seguido pelas mãos 30 (5,3%) e pelos olhos 29 (5,1%). Trinta e duas (11,3%) pessoas apresentaram incapacidade de grau 1 em ambos os pés, 9 (3,2%) em ambos os olhos, 5 (1,7%) pessoas apresentaram grau 1 para um pé e grau 2 para o outro, e 3 (1%) pessoas tiveram grau 0 para um dos olhos e grau 2 para o olho oposto. Verificou-se em 7 (2,5%) casos grau 2 em ambas as mãos, ao passo que 8 (2,8%) pessoas apresentaram grau 2 em ambos os pés, e 1 pessoa (0,3%) com grau 2 bilateralmente nos olhos.

O sítio corporal mais acometido foi o pé, uma região de maior significância, seguido pela mão e por último o olho, corroborando com o estudo de Proto et al. (2010), que constatou que as lesões em pés foram mais freqüentes devido ao grande acometimento do nervo tibial posterior, cuja maior ocorrência pode ser justificada pelo menor auto cuidado e dificuldade de percepção visível mais precoce dos problemas incapacitantes nesse sítio, além de estarem sujeitos aos impactos na deambulação, agravados pelo estado de ortostatismo bipodal, em uma estrutura de sustentação.

O estudo de Sobrinho et al. (2007) (artigo 2) tinha como objetivo avaliar o grau de incapacidade em pessoas inscritas, ou em alta, no Programa Nacional de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde, residentes em municípios da 14ª Regional de Saúde do Paraná, e utilizar essa atividade como estratégia para sensibilizar e capacitar os profissionais de enfermagem para intervir no processo de atenção à pessoa atingida pela hanseníase. Foi avaliado o grau de incapacidade dos pacientes em tratamento e em alta, em 11 municípios da 14ª Regional de Saúde do Paraná. A equipe avaliou, individualmente, cada paciente em seu município paranaense de origem, totalizando 99 pacientes.

Dessa amostra, 66,7% eram do sexo masculino, 61,6% estavam em tratamento e 38,3% em alta do Programa Nacional de Controle da Hanseníase. A faixa de idade mais

freqüente foi a de 50 anos e mais (52,5%), vindo em seguida a faixa de 20 a 49 anos, com 38,4% dos pacientes avaliados. Em relação ao grau de incapacidade, 20,2% foram classificados com grau 0, 41,4% como grau I e 38,4% como grau II de incapacidade física. Estavam com grau máximo de incapacidade 34,4% das pessoas em tratamento e 44,7% das que já tinham obtido alta do programa.

Sobrinho et al. (2007) afirmam que a grande maioria (79,8%) apresentou grau de incapacidade I ou II. Durante a realização da avaliação, observou-se, principalmente em pacientes em alta, número relevante de sequelas em membros inferiores, especialmente nos pés, como ressecamentos, fissuras, garras, perdas extensas de sensibilidade, mal perfurante plantar, reabsorção, pé caído e mutilação. Essas informações indicam dificuldades do serviço na estratégia de controle da hanseníase, demonstrando diagnóstico tardio dos casos, devido à presença de sequelas incapacitantes (AQUINO; SANTOS; COSTA, 2003).

O estudo de Carvalho et al. (2013) (artigo 3) consiste em uma pesquisa descritiva com uma abordagem quantitativa, com pessoas que tiveram hanseníase na época do isolamento compulsório, residentes em um ex-hospital colônia. Havia 53 residentes na instituição, destes 9 foram da área asilar e 17 da comunitária, totalizando 26 (49,0%) participantes. As incapacidades físicas detectadas nos membros superiores (mãos) foram: 10 (38,46%) dos participantes avaliados apresentavam perda de sensibilidade, 6 (23,1%) reabsorção óssea, 4 (15,38%) garras ulnar, 4 (15,38%) mão caída, 1 (3,84%) amputação, 1 (3,84%) sem alteração; e nos membros inferiores (pés) foram identificados 13 (50,0%) com perda de sensibilidade, 6 (23,1%) reabsorção óssea, 4 (15,38%) pé caído, 1 (3,84%) com membro amputado, 1 (3,84%) úlcera plantar e apenas 1 sem alterações.

A maior frequência de lesões em pés, seguida por lesões em mãos, é relatada nos trabalhos de Proto et al. (2010) e Lanza et al (2012), os quais afirmam que a menor prevalência de lesões nas mãos pode ser justificada por alguns fatores, tais como: maior auto cuidado e percepção visível mais precoce dos problemas incapacitantes, o que não ocorre com os pés, que, por outro lado, sofrem mais os impactos na deambulação e agravam seu estado pelo ortostatismo bipodal em uma estrutura de sustentação.

A alteração sensitiva em decorrência da hipoestesia/anestesia como principal tipo de deficiência e/ou incapacidade encontrada nas mãos e nos pés, aliada aos comprometimentos motores, demonstra uma necessidade de intervenção dos profissionais para orientar os pacientes na prevenção de úlceras e lesões tróficas. Incapacidades mais severas, como garras móveis e rígidas, artelhos em martelo e pé caído, são conseqüências desse comprometimento neural primário (CARVALHO; ALVAREZ, 2000). Dessa forma, uma intervenção para tornar

o paciente consciente dos riscos que ele corre a partir dessas alterações sensitivas e motoras, é fundamental.

Carvalho et al. (2013) observaram que as incapacidades físicas oculares identificadas foram a madarose ciliar com 14 (53,85%), seguida de acuidade visual reduzida 8 (30,77%), 3 (11,54%) ausência de sensibilidade corneana e 1(3,84%) lagofalmo e cegueira. Na avaliação do nariz, 10 (38,5%) participantes não apresentaram alterações, 7 (27%) possuíam ressecamento da mucosa nasal, 6 (23%) obstrução nasal e 3 (11,5%) desabamento da pirâmide nasal.

No tocante à avaliação ocular foi observado que 11,54% dos entrevistados apresentaram ausência de sensibilidade corneana, afetando diretamente na qualidade de vida das pessoas acometidas. Achados concordantes são descritos por autores que realizaram estudo com pessoas com hanseníase após alta medicamentosa, descreve a presença de diminuição da sensibilidade corneana em 45% dos pacientes examinados (HELENE; LEÃO; MINAKAMA, 2001). Outro dado importante trata-se da madarose ciliar encontrada em 53,85% dos pesquisados, coincidindo com o estudo realizado em um ex-hospital colônia em Marituba-PA, 70,4% (SOUZA et al., 2005).

O estudo possibilitou a identificação de 11,5% dos entrevistados com desabamento da pirâmide nasal, sendo semelhante à outra investigação realizada em São Paulo quanto ao comprometimento nas narinas, no entanto, foi encontrado presença de ressecamento e perfuração de septo nasal em 16% dos pacientes avaliados (FINEZ; SALOTTI, 2011). Não obstante, outro estudo trata que 92% dos participantes apresentavam desabamento da pirâmide nasal (PEREIRA et al., 2008).

No que concerne à determinação do grau de incapacidade física, Carvalho et al. (2013) afirmam que houve o predomínio do Grau II de incapacidade em 23 (88,5%) dos participantes avaliados, seguido de 2 (7,7%) com grau I e apenas 1 (3,8%) sem alterações, classificando –se com grau 0. Um estudo com pacientes que viveram asilados mostrou que 91,6% dos participantes possuíam Grau II de incapacidade assemelhando-se a presente pesquisa (PEREIRA et al., 2008). No entanto, um estudo realizado em Várzea Grande, MT, difere dos dados anteriormente apresentados com apenas 10% de grau II (RAMOS; SOUTO, 2010).

O estudo de Julio et al. (2010) (artigo 4) realizado entre agosto de 2008 e julho de 2009, utilizou dados coletados de prontuários de doentes com hanseníase, atendidos em dois locais distintos, onde o serviço de prevenção e de reabilitação das incapacidades físicas é realizado rotineiramente com a utilização do protocolo de Avaliação Simplificada das Funções

Neurais e Complicações. De um total de 297 prontuários avaliados, referente às pessoas tratadas ao longo de sete anos, 212 prontuários (71,4%) foram utilizados neste estudo, totalizando 686 avaliações e intervenções em PRI, sendo a média de 3,2 (dp 2,2) avaliações por paciente.

Nessa pesquisa as deficiências (grau 1 e 2) foram encontradas em 50,3% dos casos no diagnóstico (n=96) e em 38,5% na alta (n=72). Dentre os 212 casos avaliados, 148 (69,8%) apresentaram alterações nasais, sendo a mais frequente o ressecamento, que acometeu 81 (38,2%) em algum momento do tratamento. As crostas acometeram 50 pacientes (23,6%), e a obstrução 17 (8%).

Segundo Julio et al. (2010) o ressecamento nasal e as crostas estiveram presentes em todas as formas clínicas. A obstrução nasal (n=17) foi encontrada exclusivamente nas formas dimorfa e virchoviana, sendo que essa última estava presente em 58,8% (n=10) dos casos avaliados.

Poucos estudos atualmente referem-se aos acometimentos nasais ocasionados pelas complicações da hanseníase (MARTINS; CASTRO; MOREIRA, 2005; SILVA et al., 2008). Porém, é necessário ressaltar a importância das lesões no nariz, mesmo com os menores índices de acometimento, em função de sua relevância estética e funcional, sendo a primeira, um fator determinante nas relações interpessoais; e a segunda, levando o paciente a dificuldade respiratória, comprometendo sua qualidade de vida (SILVA et al., 2008).

Além disso, a mucosa nasal é a principal via de transmissão do bacilo e o acometimento nasal precede, muitas vezes, o acometimento cutâneo, sendo uma ferramenta importante para o diagnóstico precoce (SILVA et al., 2008; NAVES; PATROCINIO, 2009).

De fato, a forma virchoviana tem sido referenciada como a mais acometida pelas lesões nasais, corroborando assim com os resultados desta pesquisa (NARDI; PASCHOAL; ZANETTA, 2005). Quanto à frequência das lesões, a obstrução tem sido o achado mais frequente nos estudos de Silva et al. (2008) e de Araújo; Oliveira, (2003), seguido da formação de crostas, resultados esses discordantes dos resultados aqui descritos.

Com relação ao GIF recomendado pela OMS ter sido usada por vários anos, algumas deficiências e incapacidades não são contempladas nesse sistema, tais como: a presença de incapacidade visível no nariz em sela, ou mesmo no desabamento da pirâmide nasal sem retração de pele e ou com perfuração de septo, que altera total ou parcialmente a função respiratória do paciente; as amiotrofias de interósseos nas mãos sem garras; as mãos e pés com distúrbios autonômicos como cianose, isquemia e edema persistentes; madarose das sobrancelhas e rugas acentuadas entre outras (KIL et al., 2012). Nesse sentido, torna-se

importante enfatizar a necessidade de reavaliar os critérios para determinação do grau de incapacidade, sugerindo inclusão de certas deficiências/ou incapacidades na lista preconizada pelo Ministério da Saúde.

#### 4.4 SÍNTESE DO CONHECIMENTO A CERCA DAS DEFICIÊNCIAS/INCAPACIDADES FÍSICAS MAIS FREQUENTES DECORRENTES DA HANSENÍASE: SUBSÍDIOS PARA A ATUAÇÃO PROFISSIONAL

A hanseníase é caracterizada pelo comprometimento dos nervos periféricos, conseqüentemente a sua alteração e perda funcional podem ocasionar incapacidades e deformidades. A possibilidade do surgimento das incapacidades aumenta com o diagnóstico tardio e tratamento inadequados, podendo ocorrer antes, durante e após o tratamento com a PQT.

Essas incapacidades geram um forte impacto na qualidade de vida dos pacientes e familiares, pois podem acarretar problemas psicológicos, socioeconômico devido às limitações, além do estigma e o preconceito. Em consequência, faz-se pertinente o questionamento acerca de quais incapacidades/deficiências físicas decorrentes da hanseníase são mais frequentes.

A partir da análise dos estudos selecionados foi possível verificar que houve predomínio de casos multibacilares, de formas clínicas dimorfas-tuberculóides e do sexo masculino. Dos casos analisados, a maioria apresentavam algum tipo de deficiência. Os sítios mais acometidos foram os pés, seguidos pelas mãos, olhos e nariz. As deficiências mais comuns foram perda de sensibilidade, reabsorção óssea, pé caído, membro amputado e úlcera plantar no pé; perda de sensibilidade, reabsorção óssea, garras ulnar, mão caída e amputação na mão; a madarose ciliar, seguida de acuidade visual reduzida, ausência de sensibilidade corneana, lagoftalmo e cegueira no olho e ressecamento da mucosa nasal, obstrução nasal e desabamento da pirâmide nasal no nariz.

Os artigos analisados foram estudos descritivos com abordagem quantitativa, retrospectivos e transversais, com bons níveis de evidência (4), métodos que são ferramentas importantes para a organização e proposta de implantação de medidas em saúde pública que tragam um impacto na qualidade de vida da população alvo.

Conhecendo do impacto que as incapacidades e deficiências físicas decorrentes da

hanseníase exercem na qualidade de vida de seus portadores e familiares, valida-se a importância do acompanhamento rotineiro, sequencial e cuidadoso dos indivíduos, a utilização de medidas educativas, preventivas, curativas e de reabilitação associados a uma avaliação minuciosa nos olhos, nariz, mãos e pés, o que colabora na redução da alta prevalência de incapacidades.

É indiscutível que, aliado ao desafio da descoberta precoce dos casos a fim de quebrar a cadeia de transmissão, o que se deseja é propiciar aos doentes, assistência integral e de qualidade, uma vez que muitos deles necessitam de atenção mais especializada, visando a prevenção de uma deformidade, e/ou evitando a sua piora, ou até mesmo tratando eventual incapacidade física já instalada. Como também promover a reintegração social do indivíduo através da superação das deficiências e incapacidades impostas pela hanseníase.

O alicerce para as evidências pautou-se na busca e análise por meio de revisão integrativa de pesquisas já realizadas sobre a temática. Segundo os critérios propostos totalizaram quatro publicações encontradas na base de dados eletrônica Medline e Lilacs, duas em cada, o que comprova uma maior necessidade de incentivo às pesquisas reacionadas a presente temática, uma vez que, a produção acerca das incapacidades/deficiências físicas mais frequentes provocadas pela hanseníase ainda é escassa.

Visto que a hanseníase realmente trata-se de um problema de saúde pública, apresentando elevada prevalência não apenas no Brasil e que acarreta danos físicos e, por consequência, comprometimento funcional, é válida a realização de estudos que identifiquem a prevalência das deficiências e incapacidades, de forma a direcionar ações mais específicas pelos gestores e profissionais de saúde. Sendo assim, este trabalho almeja subsidiar ações que objetivem prevenir e reabilitar pacientes que possuem limitações e/ou deformidades físicas decorrentes da hanseníase, com o intuito de amenizar os danos advindos das sequelas desta doença e assim trazer melhorias na qualidade de vida dos pacientes.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. A.; SOUZA, M. C. M. R. Educação em saúde: concepção e prática no cuidado em enfermagem in: SOUZA, M. C. M. R.; HORTA, N. C. (ORG.) **Enfermagem em Saúde Coletiva - Teoria e Prática**. Rio de Janeiro. Guanabara koogan, 2012.

AQUINO, C.M.D.; SANTOS, S.J.; COSTA, L.M.J. Avaliação do programa de controle da hanseníase em um município hiperendêmico do Estado do Maranhão Brasil. **Cad Saúde Pública**, 2003 janeiro - fevereiro; 19(1):119-25.

ARANTES, C. K. et al. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, v.19, n. 2, p. 155-164, abr./jun. 2010.

ARAÚJO, A. E. R. et al. Complicações neurais e incapacidades em hanseníase em capital do nordeste brasileiro com alta endemicidade. **Rev Bras Epidemiol**. 17(4): 899-910, out-dez, 2014.

ARAÚJO, R.R.D., OLIVEIRA, M.H.P. A irregularidade dos portadores de hanseníase ao serviço de saúde. **Hansen Int**, 2003; 28: 71-8.

BANDEIRA, R.A. **Prevalência de hanseníase na macrorregião de Palmas, Estado do Tocantins, em 2009** [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.

BARBOSA, J.C. **Pós-alta em hanseníase no Ceará: olhares sobre políticas, rede de atenção à saúde, limitação funcional, de atividades e participação social das pessoas atingidas** [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2009.

BOTELHO, L.L.R.; CUNHA, C.C.A.; MACEDO, M. O Método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. **Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n.11, p. 121-136, mai-ago, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública**. Brasília : MS, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério de Saúde. Portal da Saúde - SUS. **Luta Contra a Hanseníase: profissionais devem reforçar a busca ativa**. Brasília: MS, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: MS, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Situação epidemiológica da Hanseníase no Brasil**. Brasília: MS, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. Ed. Ver. – Brasília: MS, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase**. Brasília, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância Epidemiológica**. Programa Nacional de Controle de Hanseníase. Relatório Executivo do PNCH. Brasília, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância Epidemiológica**. Manual de prevenção de incapacidades e reabilitação. 2.ed. Brasília, 2008b.

CARVALHO, G.A; ALVAREZ, R.R.A. Avaliação de incapacidades físicas neuro-músculo-esqueléticas em pacientes com hanseníase. **Hansenologia Internacionalis**, São Paulo, v.25, p. 39-48, 2000.

CARVALHO, M.A.J. et al. Avaliação das incapacidades físicas em ex-portadores de hanseníase da época do isolamento compulsório. **Hansen Int**. 2013; 38 (1-2): p. 47-55.

COROLIANO-MARINUS, M.W. L. et al. Saúde do escolar: uma abordagem educativa sobre Hanseníase. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.3, n.1, p.72-78, 2012.

CORREIA, R. G. C. F. et al. Epidemiological, clinical, and operational aspects of leprosy patients assisted at a referral service in the state of Maranhão, Brazil. **Rev. da Sociedade Bras. de Med. Trop.** 45 (1):89-94, jan-fev, 2012.

FINEZ, M.A; SALOTTI, S.P.A. Identificação do grau de incapacidades em pacientes portadores de hanseníase através da avaliação neurológica simplificada. **J Health Sci Inst**, 2011.

GOMES, C. C. D. et al. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes diagnosticados com hanseníase em um centro de referência na região nordeste do Brasil. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 283-288, 2005.

GONÇALVES, S.D. **Bases e Fundamentos para Prevenção de incapacidades na Hanseníase**. In: Lyon SL. Grossi MAF. Hanseníase. Rio de Janeiro Medbook, 2013.

GUERRERO, M.I.; MUVDI, S.; LEÓN, C.I. Retraso en el diagnóstico de lepra como factor pronóstico de discapacidad en una cohorte de pacientes en Colombia, 2000–2010. **Rev Panam Salud Publica**. 33(2):137–43, 2013.

HELENE, L.M.F.; LEÃO, V.M.; MINAKAMA, M.M. Perfis epidemiológicos e a avaliação de incapacidades físicas de hansenianos de uma UBS de São Paulo. **Hansen Int**, 2001.

JULIO, M.V.R.F. et al. Evolução das Lesões Nasais em Pacientes com Hanseníase. **Hansen Int**. 2010; 35(1), p. 29-35.

Kil, A.K. et al. Deficiências e Incapacidades por Hanseníase: avaliação clínica e epidemiológica dos pacientes atendidos em um Centro de Referência Nacional do Brasil. **Hansen int**. 2012; 31(1): 25-33.

LANZA, F.M., et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de Divinópolis, Minas Gerais. **Rev Enferm UFSM**, 2012.

LANZA, F. M. **Tecnologia do processo de trabalho em hanseníase**: análise das ações de controle na microrregião de Almenara, Minas Gerais. 2009. 209 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

LASTÓRIA, J. C.; ABREU, M. A. M. M. de. **Hanseníase: diagnóstico e tratamento**. 17 (4): 173-9. 2012.

Legislação Brasileira sobre Pessoas com Deficiência [recurso eletrônico]. – 7. ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2013.

MAIA, E. R.; PAGLIUCA, L. M. F.; ALMEIDA, P. C. de. Aprendizagem do agente comunitário de saúde para identificar e cadastrar pessoas com deficiência. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 4, p. 326-332, ago. 2014.

MARTINS, A.C.C.; CASTRO, J.C.; MOREIRA, J.S. Estudo retrospectivo de dez anos em endoscopia em cavidades nasais de pacientes com hanseníase. **RBORL** 2005; 71: 609-6.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde na enfermagem. Florianópolis. **Texto Contexto Enferm.** v. 17, n. 4, p. 758-64, out-dez, 2008.

MIRANZI, S. de S. C.; PEREIRA, L. H. de M.; NUNES, A. A. Perfil epidemiológico da hanseníase em um município brasileiro, no período de 2000 a 2006. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 43, n. 1, p. 62-67, 2010.

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.** 29 (5):909-920, mai, 2013.

NARDI, S. M. T. et al. Avaliação das deficiências físicas em pessoas com hanseníase empregando dois indicadores: grau de incapacidades e eyes-hands-feet. **Hansen Int.** 36(2):9-15, 2011.

NARDI, S.M.T., PASCHOAL, V.D.A., ZANETTA, D.M.T. Frequência de avaliações e seu impacto na prevenção das incapacidades físicas durante o tratamento dos pacientes com hanseníase. **Hansen Int.** 2005; 30: 157-66.

NAVES, M. M., PATROCINIO, G. L. Contribution of Nasal Biopsy to Leprosy Diagnosis, **American Journal of Rhinology & Allergy**, v. 23, n. 2, 2009.

PEDROLO, E. et al. A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 760-763, jan. 2009.

PEREIRA, S.V.M., et al. Avaliação da hanseníase: relato de experiência de acadêmicos de enfermagem. **Rev Bras Enferm** , 2008.

PIERI, F. M. et al. Fatores associados às incapacidades em pacientes diagnosticados de hanseníase: um estudo transversal. **Hansen Int** 2012; 37 (2):22-30.

POMPEO, D. A. **Diagnóstico de enfermagem náuseas em pacientes no período pós-operatório imediato:** revisão integrativa da literatura. 2007. 184 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

PROTO, R. S. et al. Qualidade de vida em hanseníase: análise comparativa entre pacientes da região Amazônica com pacientes da região do ABC, São Paulo, Brasil. **An Bras Dermatol.** 2010;85(6):939-41.

RAMOS, J.M.H.; SOUTO, F.J.D. Incapacidade pós-tratamento em pacientes hansenianos em Várzea Grande, Estado de Mato Grosso. **Rev Soc Bras Med Trop**, 2010.

RIBEIRO, G. de C. et al. Estimativa da prevalência oculta da hanseníase na microrregião de Diamantina – Minas Gerais. **Rev. Eletr. de Enf.** Out/dez; 16(4):728-35. 2014.

RODRIGUES, A.L.P., et al. Ocorrência de reações em pacientes pós-alta por cura de Hanseníase: subsídios para implementação de um programa de atenção específica. **Hansenol Int**, 2000; 25:7-16.

SILVA, G. M. et al. Avaliação Otorrinolaringológica na Hanseníase Protocolo de um Centro de Referência. **Arquivo Int. Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 77-81, 2008.

SINAN/SVS-MS, 2016. Disponível em <  
<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/julho/7/tabela-geral-2015.pdf>>. Acesso em: 21/07/2016.

SOBRINHO, R.A.S. et al. Evaluation of incapacity level in leprosy: a strategy to sensitize and train the nursing team. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2007 nov-dez; 15(6).

SOUZA, M.T; SILVA M.D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **einstein**. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.

SOUZA, F.S.,et al. Frequência das alterações oftalmológicas em pacientes com hanseníase residentes em hospital-colônia. **Arq Bras Oftalmol**, 2005.

URSI, ES. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005.

VIRMOND, M. C. L. Uma nova etapa para a eliminação da hanseníase como problema de saúde pública?. **Rev. Salusv.** (Online), v. 32, p. 3-8, 2013.

WHITTEMORE, R. Combining evidence in nursing research: methods and implications. **Nurs. Res.**, v. 54, n.1, p.56-62, 2005.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-53, oct. 2005.

WHO - World Health Organization. **Relatório mundial sobre a deficiência /The World Bank**. Tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. - São Paulo : SEDPcD, 2012.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A** – Matriz de síntese do conhecimento (elaborada pelos autor).

<b>Título do artigo</b>	<b>Autores</b>	<b>Periódico / Ano de Publicação</b>	<b>Tipo de Estudo / Nível de Evidência</b>
<b>Objetivos</b>		<b>Método / Amostra</b>	
<b>Resultados</b>		<b>Conclusões</b>	

## **ANEXOS**

## ANEXO A - Instrumento para coleta de dados (URSI, 2005).

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	
Título do artigo	
Título do periódico	
Autores	Nome
	Local de trabalho
	Graduação
País	
Idioma	
Ano de publicação	
<b>INSTITUIÇÃO SEDE DO ESTUDO</b>	
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Universidade <input type="checkbox"/> Centro de pesquisa <input type="checkbox"/> Instituição única <input type="checkbox"/> Pesquisa multicêntrica <input type="checkbox"/> Outras instituições <input type="checkbox"/> Não identifica o local	
<b>TIPO DE PUBLICAÇÃO</b>	
<input type="checkbox"/> Publicação de enfermagem <input type="checkbox"/> Publicação médica <input type="checkbox"/> Publicação de outra área de saúde. Qual?	
<b>CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ESTUDO</b>	
1 Tipo de publicação	1.1 Pesquisa clínica <input type="checkbox"/> Abordagem quantitativa <input type="checkbox"/> Delineamento experimental <input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental <input type="checkbox"/> Delineamento não-experimental <input type="checkbox"/> Abordagem qualitativa 1.2 Pesquisa não clínica <input type="checkbox"/> Revisão de literatura <input type="checkbox"/> Relato de experiência <input type="checkbox"/> Outras
2 Objetivo ou questão de investigação	



3 Amostra	3.1 Seleção <input type="checkbox"/> Randômica <input type="checkbox"/> Conveniência <input type="checkbox"/> Outra 3.2 Tamanho (n)  <input type="checkbox"/> Inicial _____  <input type="checkbox"/> Final _____ 3.3 Características Idade _____
4 Tratamento dos dados	
5 Intervenções realizadas	5.1 Variável independente _____  5.2 Variável dependente _____ 5.3 Grupo controle: sim ( ) não ( ) 5.4 Instrumento de medida: sim ( ) não ( ) 5 Duração do estudo _____ 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção _____
6 Resultados	
7 Análise	7.1 Tratamento estatístico _____ 7.2 Nível de significância _____
8 Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados  8.2 Quais são as recomendações dos autores
9 Nível de evidência	
<b>AVALIAÇÃO DO RIGOR METODOLÓGICO</b>	

Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes)	
Identificação de limitações ou vieses	
<b>AVALIAÇÃO DO RIGOR METODOLÓGICO</b>	
Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes)	
Identificação de limitações ou vieses	