

# Saúde pública e saúde coletiva:

Núcleo de saberes e práticas



Bianca Nunes Pimentel  
(Organizadora)

**Atena**  
Editora  
Ano 2022

# Saúde pública e saúde coletiva:

Núcleo de saberes e práticas



Bianca Nunes Pimentel  
(Organizadora)

**Atena**  
Editora  
Ano 2022

**Editora chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

**Editora executiva**

Natalia Oliveira

**Assistente editorial**

Flávia Roberta Barão

**Bibliotecária**

Janaina Ramos

**Projeto gráfico**

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

**Imagens da capa**

iStock

**Edição de arte**

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

**Conselho Editorial****Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



## Saúde pública e saúde coletiva: núcleo de saberes e práticas

**Diagramação:** Daphynny Pamplona  
**Correção:** Maiara Ferreira  
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga  
**Revisão:** Os autores  
**Organizadora:** Bianca Nunes Pimentel

### Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S255 Saúde pública e saúde coletiva: núcleo de saberes e práticas / Organizadora Bianca Nunes Pimentel. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0155-1

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.551220205>

1. Saúde pública. 2. Saúde coletiva. I. Pimentel, Bianca Nunes (Organizadora). II. Título.

CDD 362.1

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

**Atena Editora**  
Ponta Grossa – Paraná – Brasil  
Telefone: +55 (42) 3323-5493  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br



**Atena**  
Editora  
Ano 2022

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



## APRESENTAÇÃO

No Brasil, desde a Constituição de 1988, a saúde é reconhecida como um direito social, de acesso igualitário, integral e universal. Saúde Pública é um termo designado para definir as decisões do Estado relacionadas aos problemas de saúde no nível da coletividade. A Saúde Coletiva, por sua vez, é uma construção social, a partir das necessidades e expectativas da própria população, considerando não apenas a ausência de doenças, mas também melhorias na qualidade de vida nos diferentes cenários humanos.

A saúde depende de um conjunto de múltiplos fatores que fornecem às pessoas condições essenciais à manutenção da própria vida e do seu bem-estar. Apesar de importantes para atingir esse “estado de bem-estar”, as medidas individuais são insuficientes, sendo imperativo a organização de setores preocupados com as decisões e medidas coletivas. Esses setores buscam conhecer e identificar as necessidades de saúde para seu melhor enfrentamento, considerando variáveis importantes como a cultura de cada região, sua política atual e a situação econômica. Além disso, demais setores e empresas podem influenciar no estado sanitário das comunidades, tais como saneamento, educação, trabalho, mobilidade urbana, segurança pública, bem como as mídias e as empresas de comunicação.

Dessa forma, o livro “Saúde Pública e Saúde Coletiva: núcleo de saberes e práticas” não tem a pretensão de esgotar o tema proposto, pelo contrário, é uma composição que visa fomentar novos debates, resultado de recortes atuais da saúde pública e saúde coletiva, a partir do olhar de profissionais de variadas formações com práticas e experiências plurais.

Como esta é uma obra construída por muitas mãos, expressei meu profundo reconhecimento e gratidão aos autores e autoras, das diversas instituições de ensino e pesquisa do país que, generosamente, compartilharam seus estudos compilados neste livro, bem como meu agradecimento à Atena Editora por disponibilizar sua equipe e plataforma para contribuir com a atualização da literatura científica em prol de melhorias na saúde dos brasileiros.

Boa leitura!

Bianca Nunes Pimentel




## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **A IMPORTÂNCIA DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO PLANEJAMENTO DE AÇÕES EM SAÚDE PÚBLICA**

Rafael Francisco Teixeira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5512202051>

### **CAPÍTULO 2..... 9**

#### **A RELEVÂNCIA DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

João Felipe Tinto Silva

Rannatricia Sampaio Gomes

João Carlos Dias Filho

Maria Emanuele do Rego Santos

Cinara Lima Visgueira

Liliane Maria da Silva

Héverson Batista Ferreira


Camila Freire Albuquerque

Lyanne Isabelle Fonteneles Oliveira

Maria Clara Lima Silva

Joelma Maria dos Santos da Silva Apolinário

Geovana Maria Rodrigues de Sousa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5512202052>

### **CAPÍTULO 3..... 19**

#### **ADESÃO DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS ENTRE A EQUIPE ASSISTENCIAL NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA**

Carina Galvan

Rosane Maria Sordi

Liege Segabinazzi Lunardi

Terezinha de Fátima Gorreis

Flávia Giendruczak da Silva


Andreia Tanara de Carvalho

Adelita Noro

Paula de Cezaro

Rozemy Magda Vieira Gonçalves


Ana Paula Narcizo Carcuchinski

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5512202053>

### **CAPÍTULO 4..... 25**

#### **ATIVIDADES DE EXTENSÃO ONLINE: UMA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE AS PUERPERAS**

Cari Corrêa


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5512202054>

### **CAPÍTULO 5..... 27**

#### **ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:**

## ARTICULAÇÃO DAS ESPECIFICIDADES PROFISSIONAIS


Ágna Retyelly Sampaio de Souza  
Ana Paula Pinheiro da Silva  
Camilla Ytala Pinheiro Fernandes  
Aline Muniz Cruz Tavares  
Amanda Cordeiro de Oliveira Carvalho  
Pedro Victor Landim Ribeiro  
José Thiago Alves de Sousa  
Yolanda Rakele Alves Leandro Furtado  
Luciana Nunes de Sousa  
Lis Maria Machado Ribeiro Bezerra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5512202055>

## **CAPÍTULO 6..... 39**

### COVID-19 E A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UMA CIDADE DO INTERIOR GAÚCHO


Sandra Maria de Mello Cardoso  
Lucimara Sonaglio Rocha  
Andressa Peripolli Rodrigues  
Marieli Teresinha Krampe Machado  
Margot Agathe Seiffert  
Rita Fernanda Monteiro Fernandes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5512202056>

## **CAPÍTULO 7..... 50**

### EDUCAÇÃO PARA DIVERSIDADE CULTURAL E ÉTNICA NO TRABALHO EM SAÚDE: CURSOS SUPLEMENTARES NO CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS/UFPB


Rilva Lopes de Sousa-Muñoz  
Gustavo Gomes Santiago  
Maria Eduarda Gomes Rodrigues  
Maria Eduarda Silva Dias

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5512202057>

## **CAPÍTULO 8..... 63**

### EDUCAÇÃO PERMANENTE: AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS


Mariana Brandalise  
Míria Elisabete Bairros de Camargo  
Marina Klein Becker  
Ana Paula Lemes da Rosa  
Italo Rottoli  
Amanda Gevehr Guimarães  
Rosane Sperb Mello  
Aline Liars de Campos  
Ana Clara Ribeiro Vargas  
Leandro Abreu de Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5512202058>

**CAPÍTULO 9..... 77**

**INCAPACIDADES FÍSICAS NA HANSENÍASE: CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E REFLEXÃO ACERCA DOS DIREITOS HUMANOS**


Danielly da Costa Rocha  
Amanda Ramos de Brito  
Fernanda Zambonin  
Paulo Sérgio da Silva  
Jackeline da Costa Maciel

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5512202059>

**CAPÍTULO 10..... 102**

**INFLUÊNCIA DO PRECONCEITO NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA DE TRANSEXUAIS E TRAVESTIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA**


Tuanny Italla Marques da Silva Pereira  
Lídice Lílian Santos Miranda  
Aislany Warlla Nunes Luna  
Bruna Leticia da Silva Melo  
Fernanda Emilia Xavier de Souza  
Maria Clara Campos de Sá  
Mariana Pereira Gama  
Marcelo Domingues de Faria

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020510>

**CAPÍTULO 11 ..... 113**

**INVISÍVEIS A CÉU ABERTO: DIREITOS EM SAÚDE DAS CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE RUA**

Caroline Silva de Araujo Lima  
Letícia Gomes Souto Maior  
Jasminy Gonçalves Moreira  
Ana Luísa Sena Morais Gratão  
Maria Elisa Lolli Bordoni Silva  
Glória Edeni Dias Pereira Amorim  
Gabriel Neves de Oliveira  
Giovana Nunes de Assunção  
Lara Rafaela Rodrigues de Oliveira  
Letícia de Oliveira Leandro  
Ana Júlia Marques Ramos  
Brenda Santos Silva  
Júlia Beatriz Barros Silva Lima  
Maria Eduarda Marques Ramos  
Lana Francischetto  
Sofia Lara Almeida pontes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020511>

**CAPÍTULO 12..... 124**

**CAMPANHA NACIONAL DE VERMINOSES: IMPACTO E ANÁLISE SOBRE AS INFECÇÕES POR GEO-HELMINTOS EM ESCOLARES NO MUNICÍPIO DE BELÉM,**

## ESTADO DO PARÁ, BRASIL

Sheila Paula da Costa Prestes  
Ricardo José de Paula Souza  
Martin Johannes Enk Guimarães

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020512>

### **CAPÍTULO 13..... 137**

#### **PNEUMONIA: FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À VENTILAÇÃO MECÂNICA**


Silvia Cristianne Nava Lopes  
Aline Silva Andrade Costa  
Érica Celestino Cordeiro  
Júlio César Costa dos Santos  
Pâmela Cirqueira Nunes  
Rafayelle Maria Campos Balby  
William Vieira Ferreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020513>

### **CAPÍTULO 14..... 143**

#### **O DIREITO À SAÚDE E OS DESAFIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**


Jade Ferreira Gerales Iglesias  
Jhonas Geraldo Peixoto Flauzino  
Alexia Allis Rocha Lima  
Ana Luiza Alves Fonseca Pellissaro  
Ana Paula Dupuy Hermes  
Beatriz Ramos Canato  
Catarina Castro dos Santos  
David Geraldo Ormond Junior  
Ellen Diamonds  
Fernanda Ribeiro Faria  
Kamila Giovana Lacerda Villas Bôas Dechichi  
Marcela Lara Albuquerque Ranulfo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020514>

### **CAPÍTULO 15..... 147**

#### **O IMPACTO DA OBESIDADE NA MORBIMORTALIDADE DOS PACIENTES COM COVID-19: UMA REVISÃO DE LITERATURA**


Gabriel Andrade Borges  
Victória César Monteiro  
Arthur Sebba Rady Alberici  
Daniel El Jaliss Schuh  
Isabel Silva Araújo Borges  
Júlia Pina Vieira dos Santos  
Letícia de Matos Campos  
Stella Vasques Resende  
Valkíria César Monteiro  
Victor Lenin Dias Melo  
Elias Hanna

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020515>

**CAPÍTULO 16..... 154**

**O DESAFIO DA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FRENTE ÀS FACES DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL**


Ana Angélica Boneli Ferreira  
Beatriz Davantel Klaus  
Beatriz Silva Silvestre Santos  
Brena Maria Almeida Araújo de Paula Pessoa  
Brenna Kurt Reis de Moraes Rezende Dante Machado  
Bruna Batista de Souza Gonçalves  
Eduarda Becker  
Ingrid Ribeiro Gonçalves  
Keliani Santana da Silva  
Larissa Georgia Rodrigues Florêncio  
Nathália Carvalho de Almeida  
Nathália de Almeida Barros Nascimento  
Sheila Kussler Talgatti

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020515>

**CAPÍTULO 17..... 163**

**RELAÇÃO ENTRE CASOS DE SÍFILIS GESTACIONAL E GRAU DE ESCOLARIDADE NO BRASIL DE 2011-2020**

Luis Pereira de Moraes  
Mariana Bessa Leite  
Andressa de Alencar Silva  
Debora de Menezes Dantas  
Francisco Junio Dias  
Carla Mikevely de Sena Bastos  
Alex de Souza Borges  
Cícera Georgia Brito Milfont  
Guilherme Maciel Honor de Brito  
Paulo Ricardo Batista  
Luana de Souza Alves  
Isaac Moura Araújo


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020517>

**CAPÍTULO 18..... 169**

**SABERES DE MULHERES SOBRE A INGESTÃO DO AÇÁI DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL**

Nayara Raissa Oliveira Lôbo  
Jéssica Carneiro Fernandes  
Sarah Bianca Trindade  
Andriely Katrine Silva Monteiro  
Luzilena de Sousa Prudêncio  
Tatiana do Socorro dos Santos Calandrini  
Rosilda Alves da Silva Isla Chamilco

Nely Dayse Santos da Mata

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020518>

**CAPÍTULO 19..... 182**

**USO DAS TECNOLOGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**


Rayssa Oliveira Ferreira Ribeiro Rodrigues

Karina Angélica Alvarenga Ribeiro

Maura Cristiane e Silva Figueira

Mayane Magalhães Santos

Michele Batiston Borsoi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020519>

**CAPÍTULO 20..... 193**

**SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHADOR INFORMAL NO BRASIL**

Edcarlos Souza Alencar Bezerra

Tháís Rocha Paes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020520>

**CAPÍTULO 21..... 201**

**TECNOLOGIAS DIGITAIS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

João Matheus Ferreira do Nascimento

Danila Barros Bezerra Leal

Celina César Daniel

Alane da Silva Tôrres

Herbert Cavalcante Moura

Solange Tatielle Gomes

Michelly Moura Feijó


Tanise Finamor Ferreira Tonini

Michelle Marinho Ramos

Rômulo Rufino Alves Figueiredo

Renato Mendes dos Santos

Ana Karla Sousa de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020521>

**CAPÍTULO 22..... 209**

**TOXICOLOGIA E SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A PREVENÇÃO E O CUIDADO PARA INTOXICAÇÕES NO CARIRI**

Carlos Henrique Angelim Macedo

Carlos Davi Bezerra Felipe

Wendell da Silva Sales

Thalles Aguiar Nobre


Luis Heustáquio Lima Carvalho Filho

Denise Fernandes de Moraes

Ricardo Avelino Moreira Maia Filho

Ana Gabriela Dos Santos


Daniel Bessa Mauricio  
Christian Jose De Macedo  
Tamyres Tavares Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020522>

**CAPÍTULO 23.....214**

SALAS DE ESPERA SOBRE ATIVIDADE FÍSICA COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À HIPERTENSÃO E DIABETES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Erivaldo Santos de Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.55122020522>

**SOBRE A ORGANIZADORA.....222**

**ÍNDICE REMISSIVO.....223**

## INCAPACIDADES FÍSICAS NA HANSENÍASE: CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E REFLEXÃO ACERCA DOS DIREITOS HUMANOS

Data de aceite: 01/04/2022

### **Danielly da Costa Rocha**

Universidade Federal de Roraima, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0003-3674-0134>

### **Amanda Ramos de Brito**

Universidade Federal de Roraima, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0002-9117-6110>

### **Fernanda Zambonin**

Universidade Federal de Roraima, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0002-1137-2841>

### **Paulo Sérgio da Silva**

<https://orcid.org/0000-0003-2746-2531>  
Universidade Federal de Roraima, Brasil

### **Jackeline da Costa Maciel**

Universidade Federal de Roraima, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0002-1147-6018>

**RESUMO:** A hanseníase é considerada uma doença milenar, porém ainda persiste como um problema de saúde pública no mundo. Um dos principais agravantes da doença é o seu alto poder incapacitante que acontece devido ao comprometimento nervoso, podendo ocasionar sequelas permanentes nos indivíduos afetados. Diante disso, o objetivo desse estudo foi descrever o perfil clínico das incapacidades físicas da hanseníase em pacientes atendidos em um centro de referência do extremo norte brasileiro e refletir sobre os direitos das pessoas atingidas pela hanseníase. Trata-se de uma pesquisa documental, quantitativa, descritiva e

transversal realizada em um centro de referência do estado de Roraima. A coleta de dados ocorreu através de duas etapas, utilizando as Fichas de Notificação Compulsória e o Formulário para Avaliação Neurológica Simplificada. Os dados coletados foram tabulados em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel® 2010 e receberam tratamento estatístico por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences IBM* (SPSS IBM) versão 23.0. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com o parecer nº 2.833.718. Com relação ao perfil sociodemográfico da amostra, verificou uma maior frequência de pacientes do sexo masculino, na faixa etária economicamente ativa, da raça parda, com baixo grau de escolaridade, aposentados e trabalhadores do comércio/serviço. Constatou-se que a maioria apresentava algum tipo de deficiência associada à hanseníase no momento do diagnóstico e que a média de nervos afetados foi de  $3,9 \pm 5,3$ , resultando em comprometimentos principalmente nos membros inferiores. Diante destes dados apresentados, verifica-se que a amostra foi composta principalmente pela população marginalizada e com baixo nível socioeconômico, além do alto comprometimento resultantes das incapacidades física. Portanto, faz-se necessário que sejam respeitados os direitos humanos dos pacientes acometidos pela hanseníase, a citar o tratamento gratuito, o sigilo, à reabilitação, sobretudo em receber órteses e próteses, auxílio doença, aposentadoria por invalidez, benefício de prestação continuada, isenções tributárias, pensão especial decorrente de internação compulsória.



**PALAVRAS-CHAVE:** Direitos Humanos; Epidemiologia nos Serviços de Saúde; Hanseníase; Pessoa com Incapacidade Física.

**ABSTRACT:** Leprosy is considered an ancient disease, but it still persists as a public health problem in the world. One of the main aggravating factors of the disease is its high disabling power that happens due to nervous impairment, which can cause permanent sequelae in the affected individuals. Therefore, the objective of this study was to describe the clinical profile of leprosy physical disabilities in patients seen at a reference center in the extreme north of Brazil and to reflect on the rights of people affected by leprosy. It is a documentary, quantitative, descriptive and transversal research carried out in a reference center in the state of Roraima. Data collection took place in two stages, using the Compulsory Notification Sheets and the Simplified Neurological Assessment Form. The collected data were tabulated in Microsoft Excel® 2010 spreadsheets and received statistical treatment using the Statistical Package for the Social Sciences IBM (SPSS IBM) version 23.0. The research was approved by the Research Ethics Committee, under opinion nº. 2,833,718. Regarding the sociodemographic profile of the sample, there was a higher frequency of male patients, in the economically active age group, of the brown race, with a low level of education, retirees and trade / service workers. It was found that the majority had some type of deficiency associated with leprosy at the time of diagnosis and that the average of affected nerves was  $3.9 \pm 5.3$ , resulting in impairment mainly in the lower limbs. Given these data presented, it appears that the sample was composed mainly of the marginalized population and with low socioeconomic status, in addition to the high impairment resulting from physical disabilities. Therefore, it is necessary to respect the human rights of patients affected by leprosy, to mention free treatment, confidentiality, rehabilitation, especially in receiving orthoses and prostheses, sickness benefits, disability retirement, benefit of continuous provision, exemptions tax, special pension resulting from compulsory hospitalization.

**KEYWORDS:** Human rights; Epidemiology in Health Services; Hansen's disease; Person with Physical Disability.

## 11 INTRODUÇÃO

Este capítulo descreve os resultados quantitativos obtidos a partir de uma pesquisa de campo realizada em um Centro de Referência na capital de Roraima, Boa Vista. Este estudo avaliou a adesão de pacientes em tratamento para hanseníase na referida unidade de saúde; porém, este não foi o único foco do estudo, uma vez que o mesmo procurou identificar a presença de complicações neurais e incapacidades físicas nos pacientes em acompanhamento no Centro de Referência. A realização desta pesquisa objetivou evidenciar a importância do diagnóstico precoce e, em especial, da adesão ao tratamento farmacológico para evitar danos neurológicos e físicos, pois a hanseníase é uma doença que tem cura. E, apesar da possibilidade de tratamento, muitos pacientes com hanseníase não são diagnosticados no início da doença ou ignoram os primeiros sinais e sintomas, buscando ajuda profissional apenas quando o quadro clínico se agrava. Além das sequelas geradas pela doença, o fator psicológico acaba influenciando fortemente na adesão ao

tratamento farmacológico. Ressalta-se que o paciente precisa, durante o tratamento, comparecer a unidade de saúde para receber a dose supervisionada do medicamento, mas muitos já apresentam sequelas e encontram-se também debilitados psicologicamente. Neste contexto, insere-se ainda o estigma social em relação à doença, dificultando a adesão do paciente, o qual precisa comparecer a unidade de saúde todos os meses enquanto durar o tratamento. Os resultados aqui apresentados apenas reforçam o que já existe na literatura sobre o tema, de que o Brasil e muitos outros países em todo o mundo ainda se encontram longe de atingir a meta estabelecida para 2020: um “mundo sem hanseníase”. Dessa forma, este estudo mostrou que aumentar a adesão ao tratamento farmacológico pode contribuir para a redução do grande quantitativo de pacientes com elevado número de sequelas e, assim, garantir a cura da doença, melhorando a qualidade de vida dos pacientes.

A opção em investigar o tema-problema Hanseníase posiciona profissionais da área da saúde em multivariados domínios do saber. Fala-se sobre a necessidade de fortalecimento dos diálogos interdisciplinares no plano da produção do cuidado em saúde, como forma de beneficiar as pessoas acometidas por esta doença.

O debate em torno da pessoa acometida pela hanseníase, por natureza é um fenômeno complexo, que corre pelo interior de análises minuciosas da fisiopatologia da doença, diagnóstico médico, modalidades de prevenção, tratamento e cura. Por não se esgotar em uma linguagem estritamente clínica, é oportuno destacar que sua compreensão no contexto do cuidado em saúde imbrica nos discursos do ser doente que vive em sociedade.

O esforço é para reconhecer a individualidade e elementos singulares da pessoa diagnosticada com hanseníase e localizar nela hábitos, crenças, costumes, valores e códigos culturais para obtenção de êxito no tratamento da hanseníase e ruptura do estigma social ainda tão presente em torno desta doença. Esses discursos preliminares sinalizam que a hanseníase é considerada um problema de saúde pública persistente, com elevada detecção no mundo, mesmo com as melhorias identificadas no seu controle (Monteiro et al., 2013).

Trata-se de uma problemática global onde mais de 213 mil novos casos foram registrados. A título de contextualização epidemiológica a Índia, Brasil e Indonésia, notificam mais de dez mil novos casos por ano e juntos representam 81% dos pacientes recém-diagnosticados e notificados mundialmente. O retrato da distribuição espacial da hanseníase aponta para o agravo predominante em países em desenvolvimento justificada pelas desigualdades sociais, econômicas, condições culturais, acesso a informações e aos serviços de saúde (Leano, Araújo, Rodrigues, Bueno & Lana, 2017; Sobrinho, Mathias, Gomes & Lincoln, 2007).

Especificamente, no continente americano, a hanseníase foi eliminada como problema saúde pública em quase todos os países, com exceção do Brasil (Organização

Pan-Americana de Saúde [OPAS], 2018), o qual representa 90% dos casos neste continente, equivalente a 151.764 casos novos diagnosticados entre 2012 e 2016 (Santana et al., 2018).

Nesse sentido, a vigilância e o monitoramento em saúde se firmam como palavras de ordem para o reconhecimento da distribuição epidemiológica da hanseníase. O coeficiente de detecção de casos com incapacidade física grau dois consiste em um precioso indicador para o monitoramento da meta de eliminação da hanseníase (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2016). O Brasil, neste indicador, apresentou taxa de 10,53 casos para cada um milhão de habitantes (Brasil, 2018a).

As análises por região no período de 2012-2017 sinalizam que o Centro-oeste (37,27/100 mil habitantes), Norte (34,26/100 mil habitantes) e Nordeste (20,58/ 100 mil habitantes) apresentam as maiores taxas médias gerais da doença. Em contrapartida, a regiões Sul (3,75 por 100 mil habitantes) e Sudeste (5,31 por 100 mil habitantes) apresentaram as menores taxas médias da doença (Brasil, 2018a, 2018b).

Isso demonstra a heterogeneidade na distribuição da doença e que ela se concentra em regiões mais desfavorecidas social e economicamente, além daquelas com grande extensão territorial (Monteiro, Mota, Melo, Alencar & Heukelbach, 2017). Diante deste panorama, a OMS passou a delinear metas para que os países chegassem a uma taxa de menos de um caso por dez mil habitantes (Ribeiro, Castillo, Silva & Oliveira, 2015).

Com objetivo de reduzir a carga de hanseníase em âmbito global e local, no ano de 2015, foi lançada a “Estratégia global para hanseníase 2016-2020: aceleração rumo a um mundo sem hanseníase”. Esse documento da OMS fundamenta-se nos seguintes pilares a serem objetivados nas práticas de saúde: fortalecer o controle, a coordenação e a parceria do governo; combater a hanseníase e suas complicações; combater a discriminação e promover a inclusão (OMS, 2016).

Olhar para estes objetivos com intuito de aplicá-los na região extremo norte do Brasil é uma oportunidade de intensificação de uma aposta científica que toca a construção de um sistema de saúde equitativo, integral e universal as necessidades de saúde apresentadas pelas pessoas afetadas pela hanseníase.

Baseado nessas acepções, o presente estudo adentra no espaço roraimense como forma de localizar pistas investigativas que ainda não tinham sido suscitadas para pensar a qualidade de vida, a cidadania e os direitos das pessoas acometidas pela hanseníase.

Neste particular, o estado de Roraima detectou 145 casos novos de hanseníase no ano de 2017, sendo o município de Boa Vista, detentor de 50% do total dos casos. Além disso, a capital de Roraima possui um coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase por 100.000 habitantes de 28,20, considerado muito alto pelo Ministério da Saúde (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil [DATASUS], 2018).

As sinalizações do Ministério da Saúde apontam uma situação considerada

alarmante, pois o estado foi considerado hiperendêmico para os casos detectados em menores de quinze anos de idade e muito alto para a taxa de detecção de novos casos, atestando; portanto, não somente o alto índice de acometimentos, como também manejos inapropriados da doença nos serviços de saúde ofertados (Brasil, 2016).

Cabe contextualizar: desde o ano de 2015, o estado de Roraima enfrenta desordenados deslocamentos de refugiados provenientes da Venezuela, país fronteiriço, que se encontra em crise humanitária (Simões, 2017). Isto não significa que a hanseníase seja importada ao estado por meio deste grupo populacional, no entanto há que se considerar na perspectiva do cuidado em saúde o acometimento da hanseníase estar condicionado ao contexto social e a vulnerabilidade das pessoas em seus diferentes ciclos da vida (Lopes & Rangel, 2014).

Nesse sentido, encaixa-se a população venezuelana imigrante, sobretudo as pessoas inseridas em condições precárias de trabalho, alimentação, saúde, moradia com uma forte tendência a aglomerações, seja nos espaços da vida ou em abrigos, constituindo uma população de risco para o desenvolvimento de diversos acometimentos em saúde e como de interesse nesta investigação, a hanseníase (Lopes & Rangel, 2014; Simões, 2017).

Situado a noção elementar que a hanseníase extrapola o nível biológico e se expande para compreensão de fenômenos de ordem social, econômica, epidemiológica e existenciais, como é o caso da imigração venezuelana no território de Roraima; docentes do curso de graduação em Enfermagem, pós-graduação *stricto sensu* em nível de mestrado profissional na área de Ciências da Saúde e enfermeiros se encontram para no plano coletivo pousar nas dimensões orgânicas que tocam o cuidado e os direitos de pessoas acometidas pela doença.

Diga-se que pensar em outras inquietações fora do corpo fisicamente acometido pela hanseníase, implica na compreensão da pessoa com novas lentes: a da produção do cuidado em saúde que se apresenta como uma lacuna do conhecimento quando se olha para os direitos das pessoas atingidas pela hanseníase no contexto de Roraima.

Com esse fio reflexivo, emergem os seguintes objetivos desta investigação: discutir no plano epidemiológico perfil clínico pacientes com hanseníase atendidos em um centro de referência do extremo norte brasileiro, com ênfase na descrição das incapacidades físicas e refletir sobre os direitos das pessoas atingidas pela hanseníase.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental, quantitativa, descritiva e transversal. O estudo foi realizado em um centro de referência para pessoas acometidas por hanseníase localizado na cidade de Boa Vista, capital do estado de Roraima. Esta unidade presta atendimentos ambulatoriais especializados e é a mais antiga instituição de saúde no estado.

Trata-se de um serviço de saúde referência a nível secundário para quinze municípios do estado, bem como para os países fronteiriços República Bolivariana da Venezuela e República Cooperativista da Guiana, além de assistir os Distritos Sanitários Especiais Indígenas Yanomami e Ye'Kuana (DSEI-Y) e Leste de Roraima (DSEI-L).

O Programa de Hanseníase, no centro de referência do estudo, atende pacientes referenciados das Unidades Básicas de Saúde de Boa Vista e demais municípios do estado. O acompanhamento a essa clientela é realizado por uma equipe multiprofissional, composta por dois médicos especialistas em hansenologia; um médico ortopedista que avalia a necessidade do procedimento cirúrgico para reabilitação; um fisioterapeuta que atua na prevenção e controle das incapacidades causadas pela enfermidade.

Além desses profissionais, o serviço conta com a presença de um enfermeiro e um técnico de enfermagem que atuam na orientação e entrega de medicamentos, bem como na administração da dose supervisionada, marcação de consulta para acompanhamento mensal e esclarecimento de possíveis dúvidas.

A população do estudo foi constituída por pacientes diagnosticados com hanseníase e acompanhados no referido centro de referência para pessoas acometidas com hanseníase. Em relação à amostra: foram incluídos pacientes notificados e com diagnóstico confirmado de hanseníase no período de janeiro de 2017 a maio de 2018.

Foram excluídos os casos suspeitos, casos confirmados acompanhados em outras unidades; pacientes indígenas; pacientes menores de 18 anos e pacientes que não apresentaram nenhuma avaliação neurológica simplificada e/ou registros de administração das doses supervisionadas no prontuário.

Para a produção dos dados da amostra, utilizou-se um instrumento elaborado para esse fim, sendo dividido em duas etapas. A primeira etapa se voltou para a coleta de dados da Ficha de Notificação Compulsória para Caso Confirmado de Hanseníase. Cabe sublinhar que o instrumento possui 43 tópicos a serem preenchidos, dividido entre campos obrigatórios, que são aqueles cujo o não preenchimento impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sistema de Informação de Agravos de Notificação; e os campos essenciais são aqueles que, mesmo não sendo obrigatórios, registram dados necessários à investigação do caso ou ao cálculo de indicadores epidemiológicos ou operacionais (Brasil, 2016).

Os dados coletados na ficha de notificação e investigação foram sociodemográficos (nome, sexo, data de nascimento, idade, ocupação, raça/cor/etnia, grau de escolaridade, município de residência, bairro de residência) e clínicos (município de notificação, data do diagnóstico, número de contatos, número de lesões cutâneas, classificação operacional, forma clínica, número de nervos afetados, modo de entrada, modo de detecção, esquema terapêutico, baciloscopia).

Na segunda etapa foi realizada a coleta de dados dos prontuários, do Formulário para Avaliação Neurológica Simplificada (FANS) e de anotações complementares, bem

como os registros de consultas. O FANS é padronizado nacionalmente pelo Ministério da Saúde e preconiza-se sua aplicação, pelo menos, no momento do diagnóstico e da alta. O instrumento utiliza o Escore OMP (olhos, mãos e pés) que avalia cada incapacidade de forma isolada, possibilitando uma intervenção voltada ao problema e utiliza técnicas de inspeção, palpação, teste de força muscular e avaliação sensitiva (Brasil, 2017a).

No local em que foi realizado o estudo, os pacientes são avaliados pelo fisioterapeuta com experiência em avaliação dermatoneurológica e treinado para aplicar o formulário padronizado de modo a haver uma uniformização da técnica e registro da avaliação. Os dados coletados no FANS foram: principais nervos afetados, grau de incapacidade física no diagnóstico, grau de incapacidade física na última avaliação, alterações ocorridas no nariz, olhos, membro superior, membro inferior.

Os dados coletados foram tabulados em planilhas eletrônicas do Microsoft Excel® 2010. Além disso, receberam tratamento estatístico por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences IBM* (SPSS IBM) versão 23.0, através da análise descritiva dos dados, utilizando medidas de tendência central para as variáveis quantitativas (média e desvio padrão) e distribuição de frequência (simples e relativa) para variáveis qualitativas.

Para verificar se houve diferença significativa entre o GIF no diagnóstico e o GIF na última avaliação utilizou-se o Teste t Student para amostras pareadas, considerando significativo  $p < 0,05$ . A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com o parecer nº 2.833.718, e todos os princípios de sigilo e confidencialidade previstos na resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram cumpridas.

### 3 | RESULTADOS

Os pacientes com hanseníase que realizaram tratamento no local da pesquisa no período compreendido entre janeiro de 2017 e maio de 2018 resultaram em um total de 82 pacientes. Porém, através dos critérios de inclusão e exclusão foi obtida uma amostra de 42 pacientes. Destes, 29 são do sexo masculino (69,0%) e 13 do sexo feminino (31,0%).

Quanto à idade, houve variação entre 18 e 85 anos e uma média de  $48,5 \pm 16,2$  anos, sendo a faixa etária de 18 a 59 anos (66,7%) a mais afetada pela doença, sendo destes,  $n=5$  (11,9%), correspondente aos pacientes entre 18 e 29 anos de idade. Pacientes com idade igual ou superior a 60 anos representaram 33,3% da amostra.

No que diz respeito à raça/cor, observou-se, que 81% dos pacientes são pardos. Quanto a escolaridade, a maioria dos pacientes possuem até 7 anos de estudo (59,5%), totalizando 25 pacientes, estando incluídos nesse grupo, 8 (19%) pacientes analfabetos, 14 (33,3%) com ensino fundamental incompleto e 3 (7,1%) com ensino fundamental completo demonstrando a prevalência da hanseníase entre indivíduos com baixo nível de escolaridade.

No que concerne à ocupação, os pacientes que exerciam atividades remuneradas

foram agrupados em subcategorias conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) (Brasil, 2010). Nesse sentido, observou-se maior predomínio entre os aposentados (26,2%), em seguida, tiveram representações mais significativas os trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio (21,4%), autônomos (14,3%), trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca (11,9%), do lar (9,5%), trabalhadores da produção de bens e serviços industriais (9,5%). Todos estes dados podem ser evidenciados na Tabela 1.

<b>Variáveis</b>	<b>M±DP</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>			
Masculino		29	69,0
Feminino		13	31,0
<b>Média de idade em anos</b>	48,5±16,2		
<b>Faixa etária</b>			
18 a 59 anos		28	66,7
≥ 60 anos		14	33,3
<b>Raça</b>			
Parda		34	81,0
Branca		4	9,5
Afrodescendente		2	4,8
Não Informado		2	4,8
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>			
Até 7 anos de estudo		25	59,5
≥ 8 anos de estudo		16	38,1
Não Informado		1	2,4
<b>Ocupação</b>			
Aposentado		11	26,2
Trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio*		9	21,4
Autônomos		6	14,3
Trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca*		5	11,9
Trabalhadores da produção de bens e serviços industriais*		4	9,5
Do lar		4	9,5
Operadores de máquinas*		1	2,4
Técnicos de nível médio*		1	2,4
Membros das forças armadas, policiais e bombeiros*		1	2,4

Tabela 1 - Características sociodemográficas pacientes com hanseníase acompanhados em um centro de referência. Boa Vista - Roraima, 2020.

\*Conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO, 2010). M: média; DP: desvio padrão.

Fonte: autores, 2020.

No que tange ao GIF dos pacientes avaliados, um total de 40,5% (n=17) apresentaram algum tipo de deficiência associada à hanseníase no momento do diagnóstico (GIF 1 e

GIF 2). Foi observado que em 6 (14,3%) pacientes não foi feita a avaliação do GIF no diagnóstico ou esta informação não estava disponível nos prontuários dos mesmos, destes, 4 foram classificados com GIF 0 e 2 foram classificados com GIF 2, na última avaliação, demonstrando os ameaças que cercam a negligência desta avaliação inicial como ilustrado na Tabela 2.

Variáveis	n	%
<b>GIF no Diagnóstico</b>		
Grau 0	19	45,2
Grau 1	12	28,6
Grau 2	5	11,9
Não realizada	6	14,3
<b>GIF na Última Avaliação</b>		
Grau 0	21	50,0
Grau 1	11	26,2
Grau 2	10	23,0
Não realizada	0	0,0

Tabela 2 - Grau de Incapacidade Física (GIF) no diagnóstico e na última avaliação em pacientes com hanseníase atendidos em um centro de referência. Boa Vista – Roraima, 2020.

Fonte: autores, 2020.

A Tabela 3 diz respeito às incapacidades físicas, ao comparar o Grau de Incapacidade Física (GIF). Verificou-se no diagnóstico a média de 0,61 e na última avaliação de 0,75, um acréscimo de 0,14, entretanto não foi encontrada significância estatística ( $p=0,169$ ) para esta evolução.

Variável	Média	Teste t de Student	p-valor*
GIF no Diagnóstico	0,61	0,706	0,169
GIF na Última Avaliação	0,75		

Tabela 3 - Comparação entre as médias do Grau de Incapacidade Física (GIF) no Diagnóstico e na Última Avaliação em pacientes com hanseníase atendidos em um centro de referência. Boa Vista – Roraima, 2020.

\*Foi aplicado o teste t Student para amostras pareadas

Fonte: autores, 2020.

Em relação aos principais tipos de alterações identificadas nos pacientes desta pesquisa, observou-se que, com base nos dados contidos na Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada (FANS) 95,2% (n=40) desses pacientes apresentam alterações nos membros inferiores (MMII) e 69% (n=29) nos membros superiores (MMSS), sendo pés e mãos os mais afetados. Foi verificado também que 33,3% (n=14) apresentaram alterações na face (Tabela 4). Ressalta-se que grande parte dos pacientes apresentaram



concomitantes alterações em mais de um membro, conforme ilustrado na Tabela 4.

Variáveis	n	%
<b>Alterações em Membros Inferiores (MMII)</b>	40	95,2
<b>Alterações em Membros Superiores (MMSS)</b>	29	69,0
<b>Alterações na Face (olhos e nariz)</b>	14	33,3
<b>Reações hansênicas</b>		
Nenhuma	30	71,4
Tipo 1	10	23,8
Tipo 2	2	4,8

Tabela 4 - Características das Incapacidades físicas de acordo com a Avaliação Neurológica Simplificada e ocorrência de reações hansênicas em pacientes com hanseníase atendidos em um centro de referência. Boa Vista - Roraima, 2020.

Fonte: autores, 2020.

Ao estratificar as complicações neurais por sítio corporal (Tabela 5), observou-se que as principais manifestações foram: sensibilidade diminuída (83,3%) e ferida (19%) nos pés; sensibilidade diminuída (35,7%) e garra móvel (9,5%) nas mãos; diminuição da acuidade visual (23,8%) e catarata (14,3%) nos olhos; ferida (9,5%) e reabsorção (7,1%) no nariz. No geral, sobressaiu-se a diminuição da sensibilidade, caracterizando a alteração mais representada neste estudo.

Sítio corporal	n	%
<b>Olhos</b>		
Diminuição da sensibilidade	3	7,1
Catarata*	6	14,3
Diminuição da acuidade visual*	10	23,8
<b>Nariz</b>		
Reabsorção	3	7,1
Ferida	4	9,5
Perfuração do septo	1	2,4
<b>Mãos</b>		
Garra móvel	4	9,5
Garra rígida	1	2,4
Reabsorção	2	4,8
Ferida	2	4,8
Sensibilidade diminuída	15	35,7
<b>Pés</b>		
Garra móvel	1	2,4
Reabsorção	1	2,4
Ferida	8	19
Sensibilidade diminuída	35	83,3

Tabela 5 - Principais complicações neurais por sítio corporal dos pacientes com hanseníase que foram atendidos em um centro de referência. Boa Vista - Roraima, 2020.

\*Registros da avaliação neurológica simplificada, no entanto, não ficou clara a associação com a hanseníase, sendo possível se tratar de uma alteração anterior a doença.

Fonte: autores, 2020.

A Tabela 6, o comprometimento neural cuja média de nervos afetados foi de  $3,9 \pm 5,3$  ( $M \pm DP$ ), e o nervo mais acometido no momento do diagnóstico foi o nervo ulnar ( $n=25$ , 59,5%), seguido do nervo fibular ( $n=22$ , 52,4%). Nestes nervos foram encontradas as maiores frequências de alterações nos quesitos palpação do nervo (espessamento, dor e choque) e avaliação da força (diminuição e paralisia).

Nervos	M±DP	n	%
<b>Nervos afetados</b>	$3,9 \pm 5,3$		
<b>Ramos neurais superiores</b>			
Ulnar		25	59,5
Mediano		5	11,9
Radial		4	9,5
<b>Ramos neurais inferiores</b>			
Fibular		22	52,4
Tibial		15	35,7

Tabela 6 - Principais nervos afetados em pacientes com hanseníase atendidos em um centro de referência. Boa Vista - Roraima, 2020.

\*M ± DP: M= média; DP: desvio padrão.

Fonte: autores, 2020.

## 4 | DISCUSSÃO

De saída, é oportuno trazer à tona discussões que tocam elementos conceituais da hanseníase. Amplamente conhecida pela denominação de “lepra”, a hanseníase é considerada uma das mais antigas doenças que afetam a sociedade (Marinho, Nardi, Coutinho & Sime, 2015; Queiroz, 1997; Savassi, 2010). Detém uma aterrorizante imagem na história e na memória da humanidade, pois desde os mais antigos relatos é considerada como um mal contagioso, incurável e incapacitante, levando ao confinamento e exclusão das pessoas acometidas (Nunes, Oliveira & Vieira, 2011).

Causada pelo *Mycobacterium leprae* (ML) um bacilo álcool-ácido resistente e fracamente gram-positivo pertencente à família *Mycobacteriaceae*, ordem *Actinomycetales*, classe *Schizomycetes*. O ML é um patógeno intracelular obrigatório e apresenta afinidade pelas células neurais, especificamente as células de Schwann (Ribeiro & Lana, 2015), por esta razão possui acometimento dermatoneurológico, com lesões cutâneas e nos nervos periféricos, principalmente, nos olhos, membros superiores e membros inferiores (Araújo et al., 2014; Ribeiro et al., 2015) como manchas hipocrômicas, infiltrações, nódulos, entre outros (Brasil, 2002).

De modo geral, o comprometimento de receptores nervosos, responsáveis pela sensibilidade tátil, estímulo doloroso e visão, torna essa população mais vulnerável a acidentes, feridas, queimaduras e, inclusive, amputações, resultando em danos psicológicos

e sociais, que interferem na qualidade de vida (Seshadri, Khaitan, Khanna & Sagar, 2015).

As neuropatias hansênicas envolvem principalmente os nervos periféricos localizados na face (trigêmeo e facial), nos braços (radial, ulnar e mediano) e nas pernas (fibular e tibial) conforme a Figura 3 (Brasil, 2017a).

Na face a lesão do ramo zigomático causa paralisia da musculatura orbicular, impossibilitando oclusão das pálpebras, levando ao lagoftalmo. Nos membros superiores (MMSS) a lesão do nervo radial, o menos acometido entre eles, leva à perda da extensão de dedos e punho, causando deformidade em “mão caída”. No nervo ulnar acarreta a paralisia dos músculos interósseos e lumbricais do quarto e quinto dedos da mão, que conduzem ao desequilíbrio da flexão e extensão dos dedos, assim, a falange proximal é hiperextendida e os flexores profundos flexionam exageradamente as falanges distais resultando na mão em garra. O nervo mediano, pode ser acometido na região do punho, ocasionando a paralisia dos músculos ténares, com perda da oposição do polegar (Brasil, 2017b).

Observa-se que a hanseníase apresenta um alto poder incapacitante devido ao comprometimento nervoso, podendo ocasionar sequelas permanentes (Ribeiro & Lana, 2015). Estimativas sugerem que entre dois a três milhões de indivíduos tenham algum grau de comprometimento físico como resultado desta enfermidade. Cerca de 20% dos indivíduos recém-diagnosticados com hanseníase e/ou em tratamento apresentam algum grau de incapacidade física e sofrimento psicossocial e 23% irão desenvolvê-las mesmo após a alta; estes necessitarão de intervenções na reabilitação e cuidados médicos permanentes (Santana et al., 2018; Taglietti & Peres, 2013; Uchôa, Brito, Santana, Soares & Silva, 2017). Atrelado a isso, as incapacidades físicas geradas pela hanseníase acometem, principalmente, indivíduos na fase economicamente produtiva da vida e esse fator tem grande importância social e econômica, já que interfere na atividade laboral e na vida social (Araújo et al., 2014).

À luz dos resultados as formulações produzidas em Boa Vista trazem à tona discussões epidemiológicas e caracterizações da hanseníase e das incapacidades físicas desencadeadas pela mesma no território de Roraima. Verificou-se uma maior frequência do acometimento de hanseníase no sexo masculino. Sobre isso, a OMS afirma que os homens são mais frequentemente afetados pela hanseníase quando comparado às mulheres. Estudos realizados no Brasil também corroboram com essas informações e com os resultados obtidos nesta pesquisa (Abraçado, Cunha & Xavier, 2015; Chichava, 2010; Farias et al., 2015; Monteiro et al., 2013; Santana et al., 2018).

O boletim epidemiológico de casos novos de hanseníase no Brasil, no período de 2012 a 2016, mostrou que de 151.764 casos novos notificados, 84.447 (55,6%) ocorreram no sexo masculino, confirmando que se trata de uma realidade nacional (Brasil, 2018a).

Faz-se necessário, portanto, ter uma maior atenção em relação à saúde do homem. Em contrapartida, os estudos de Ribeiro e Lana (2015) e Uchôa et al. (2017), demonstraram maior detecção da hanseníase no sexo feminino; porém, os homens obtiveram mais

diagnósticos de grau de incapacidade física 2 no momento do diagnóstico, configurando uma detecção mais tardia.

Dessa forma, é crível que os homens estejam mais expostos aos riscos à saúde do que as mulheres, devido ao estilo de vida, fatores biológicos, econômicos e culturais (Chichava, 2010; Simpson, Fonsêca & Santos, 2010; Abreu & Portela, 2015), tornando-os mais suscetíveis a infecções por doenças transmissíveis (Correa, Ivo & Honer, 2006).

No diz respeito à idade, os resultados desta investigação foram similares a outras pesquisas, evidenciado que a hanseníase afeta em maiores proporções jovens e adultos, que são os indivíduos em “idade produtiva”, ou seja, a população economicamente ativa (Aquino, Caldas, Silva & Costa, 2003; Ignotti, Andrade, Sabrosa & Araújo, 2001; Nardi, Paschoal, Neto & Zanetta, 2012; Sousa et al., 2013). Estes fatos implicam em perdas econômicas, as quais geram mais pobreza e exclusão social, já que a hanseníase pode levar às incapacidades físicas e, conseqüentemente, ao afastamento desses pacientes de suas atividades laborais.

Outrossim, apesar da menor representação da população idosa neste estudo (33,3%), no que se refere ao GIF 1 e GIF 2, 36% e 50%, respectivamente, correspondiam aos pacientes maiores de 60 anos de idade. Fato importante, quando se leva em consideração que independente da hanseníase, as limitações e deficiências são mais frequentes conforme a idade progride (Nardi et al., 2012). Dessa forma, uma vez acometidos pela hanseníase, estes indivíduos têm grandes chances de demandarem cuidados futuros, o que exige dos profissionais o planejamento de ações neste sentido.

Predominou neste estudo a raça parda. O último boletim epidemiológico divulgado em 2018 pela Secretaria de Vigilância em Saúde confirmou esta tendência de maiores índices de adoecimento de hanseníase na cor parda, dos quais 58,9% dos casos notificados em todo o território brasileiro, correspondiam a esta categoria (Brasil, 2018a).

Ao considerar a definição de população negra, que de acordo com as especificações do Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288/2010), é “o conjunto de pessoas que se autodeclararam pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)”, e que as categorias de raça e cor utilizadas pelo IBGE são as mesmas utilizadas pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); no presente estudo, a população negra somou 85,8% dos casos notificados. Prevalência também observada nacionalmente, e que reporta ao contexto histórico no Brasil, de que este grupo representa a maior parte da população do país, além de ser o que mais sofre com as desigualdades sociais (Brasil, 2018a).

Quanto a escolaridade, a prevalência de pacientes com baixo nível de escolaridade, foi encontrada por outros autores (Abraçado et al. 2015; Chichava, 2010; Monteiro et al., 2013; Nardi et al., 2012; Ribeiro & Lana, 2015; Santana et al., 2018; Santos et al., 2017), demonstrando que grande parte dos pacientes acometidos pela hanseníase tem baixa escolaridade, evidenciando ainda a relação entre o nível de instrução e o acometimento

pelo GIF 2 (Monteiro et al., 2013; Nardi et al., 2012; Ribeiro & Lana, 2015).

Foi ressaltado ainda o baixo nível de escolaridade como um determinante social que influencia fortemente para o crescimento da hanseníase; e, a necessidade de ações contínuas relacionadas à educação em saúde, especialmente, ao autocuidado (Brasil, 2018a). O baixo nível de instrução pressupõe condições de pobreza, vulnerabilidade e difícil acesso aos serviços de saúde (Ribeiro & Lana, 2015) e, compromete o entendimento da doença, quanto aos sinais iniciais e a importância do diagnóstico precoce e tratamento para prevenção de incapacidades físicas (Abraçado et al., 2015; Sousa et al., 2013).

Este fator deve ser observado, pois, como descrito, a baixa escolaridade tem forte relação com condições precárias de saneamento básico, moradia, higiene, nutrição e acesso aos serviços de saúde, fatores que determinam a manutenção da cadeia de transmissão da hanseníase. Isto requer dos profissionais de saúde atenção não somente à doença e ao tratamento, mas, também às ações preventivas promovendo momentos em que portador, família e comunidade possam compartilhar e sanar suas dúvidas.

No que concerne à ocupação, observou-se predomínio entre os aposentados, em seguida, tiveram representações mais significativas os trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio, autônomos, trabalhadores agropecuários, florestais, da caça e pesca, do lar, trabalhadores da produção de bens e serviços industriais.

Quando se leva em consideração o poder incapacitante da hanseníase, estes pacientes poderão corresponder, futuramente, a uma população de inativos; ou, caso consigam permanecer desenvolvendo atividades trabalhistas, precisarão ser inseridos em atividades compatíveis a suas limitações, e a depender, sujeitados a uma renda mensal diminuída (Ribeiro & Lana, 2015).

Ressalta-se sobre este tópico a situação de vulnerabilidade a qual estes indivíduos estão incluídos e as sequelas debilitantes que a hanseníase pode deixar, visto o aparecimento de lesões, principalmente, nos olhos, nariz, braços e pernas, que são áreas expostas e essenciais para o desenvolvimento de atividades; além, do sofrimento mental causado pela doença, quando seus portadores enfrentam situações de preconceito e segregação.

As deformidades físicas constituem as principais causas de estigma social e isolamento de pessoas com hanseníase, elas afetam os mecanismos de defesa, bem como a capacidade de sentir dor, a visão e o tato, comprometendo a qualidade de vida destas pessoas (Brasil, 2018a).

Em todas as formas de hanseníase há acometimento do ML nos nervos (Buna et al., 2015), causando desmielinização nas células de Schwann, associada principalmente à perda da sensibilidade, e este fenômeno pode ocorrer antes mesmo do organismo perceber a presença do bacilo (Tragliete & Peres, 2013). Acredita-se, ainda, que este comprometimento neural ocorra, principalmente, antes do diagnóstico (Meima, Gebre, Desta & Habbema, 2001).

O ML pode acometer os nervos periféricos desde as terminações cutâneas até os troncos nervosos, causando neuropatias clinicamente mistas, derivadas do comprometimento de fibras nervosas sensitivas, motoras e autonômicas (Barbosa, Mello, Pires, Margarida & Silva, 2016; Santos et al., 2017). Nas alterações sensitivas, é corrompida, inicialmente, a sensibilidade térmica, seguida da redução (e até perda) das sensibilidades dolorosa e tátil (Brasil, 2008; Uchôa et al., 2017). As alterações motoras levam a paralisias ou paresias, fraqueza e atrofia muscular.

Já nas fibras nervosas autonômicas, pele seca e presença de fissuras em consequência da diminuição das secreções que dão suporte à flexibilidade e textura da pele (Buna et al., 2015). Essas disfunções, frequentemente, estão acompanhadas de dor intensa, hipersensibilidade dos nervos, déficit motor e sensitivo e, edema. Tais alterações tornam essa população mais vulnerável a acidentes, feridas, queimaduras e, inclusive, amputações, resultando em danos psicológicos e sociais, que interferem na qualidade de vida (Seshadri et al., 2015).

No que tange ao GIF dos pacientes avaliados, um total de 40,5% (n=17) apresentaram algum tipo de deficiência associada à hanseníase no momento do diagnóstico (GIF 1 e GIF 2). Correa et al. (2006), Ramos e Souto (2010), Arantes et al. (2010), Nardi et al. (2012), Uchôa et al. (2017) também observaram resultados similares. Observa-se, que os danos neurais observados no diagnóstico inicial em pacientes com hanseníase representam prognóstico ruim, pois implicam na ocorrência de incapacidades físicas e mostram a importância da realização do diagnóstico precoce na prevenção dessas incapacidades. Vale a pena ressaltar que apenas a realização do diagnóstico não impedirá a ocorrência desses problemas físicos, sendo necessária a realização do tratamento medicamentoso, bem como a adesão do paciente ao mesmo.

Em relação aos principais tipos de alterações identificadas nos pacientes desta pesquisa, observou-se que, com base nos dados contidos na Ficha de Avaliação Neurológica Simplificada (FANS) 95,2% (n=40) desses pacientes apresentam alterações nos membros inferiores (MMII) e 69% (n=29) nos membros superiores (MMSS), sendo pés e mãos os mais afetados. Foi verificado também que 33,3% (n=14) apresentaram alterações na face. Ressalta-se que grande parte dos pacientes apresentaram alterações em mais de um membro.

As incapacidades físicas da hanseníase também podem ser produzidas por episódios reacionais sucessivos, que consistem em reações inflamatórias exacerbadas em resposta a disfunções do sistema imunológico. Estes podem ocorrer antes do diagnóstico, durante ou após o tratamento farmacológico (Brasil, 2017b; Santana et al., 2018).

Com relação à ocorrência de episódios reacionais, a maioria dos pacientes não apresentou reações hansênicas no período do tratamento. No entanto, foi verificado que a reação reversa ou tipo 1 ocorreu em 10 (23,1%) pacientes. Esta se caracteriza pelo aparecimento de novas lesões na pele, mudanças na coloração, infiltração, dor e edema

nas lesões pré-existentes. Sobre a reação de eritema nodoso ou tipo 2, que se caracteriza pela presença de nódulos dolorosos na pele, febre e dor acentuada nas articulações, houve o registro apenas para 2 (4,8%) pacientes.

Reconhece-se que a reação tipo 1 é a mais incapacitante, no entanto a reação tipo 2 é a mais frequente (Brasil, 2017b), fato oposto aos resultados deste estudo. A falta de padronização de protocolos para a avaliação pode dificultar a classificação e o cuidado de pacientes que exibem reações hansênicas, abrindo precedentes para a progressão do grau de incapacidade física (Monteiro et al., 2013). De modo geral, estes quadros agudos de dor, febre e novas lesões também se tornam responsáveis por interferências nas atividades diárias e laborais desses pacientes.

Para Araújo e colaboradores (2014), uma das explicações para as alterações nasais é a clofazimina, medicamento utilizado na PQT, que tem como efeito colateral o ressecamento de mucosas e pele. Considera-se também ser a mucosa nasal a principal via de transmissão do ML e que, muitas vezes, a lesão nasal surge antes do acometimento em outras regiões (Kil et al., 2012).

Essas lesões no nariz têm grandes repercussões tanto físicas quanto emocionais; as físicas podem interferir na função respiratória do paciente e alterar a estética corporal; e as emocionais, por estarem intimamente ligadas ao estigma, podem afetar o desenvolvimento das atividades laborais e diárias dos pacientes (Santana et al., 2018).<sup>49</sup>

Em relação às complicações nos olhos, um total de dez pacientes apresentou diminuição da acuidade visual; porém, verificou-se que o registro dessa informação não era realizado em todos os pacientes. Além disso, nos casos em que se considerou a diminuição da acuidade visual e catarata, não se pode confirmar a real associação com as sequelas da hanseníase, já que foram considerados apenas os registros da avaliação neurológica simplificada e não foi localizado nenhum parecer de um oftalmologista.

Este fato retrata a necessidade de uma avaliação mais criteriosa dos pacientes com hanseníase e a importância da assistência de uma equipe interdisciplinar no diagnóstico e rastreamento de necessidades humanas. Sobre isto, em estudo retrospectivo, concluiu-se que a maioria dos pacientes nunca haviam sido avaliados quanto a problemas oculares ou sequer o reconhecimento destes problemas o que reforça a importância da avaliação (Kil et al., 2012).

A maior frequência do acometimento nos pés é relatada em outros estudos (Aquino et al., 2003; Kil et al., 2012; Oliveira & Macedo, 2012). Esse menor destaque de lesões nas mãos, pode ser justificado pela percepção mais precoce e também pelo melhor autocuidado dispensado a essa região, quando comparado aos pés (Araújo et al., 2014). Por outro lado, os pés padecem mais dos impactos da deambulação que, por consequência, têm a marcha comprometida e o desenvolvimento de feridas plantares (Kil et al., 2012).

Com relação ao comprometimento neural, o nervo mais acometido no momento do diagnóstico foi o nervo ulnar, seguido do nervo fibular. Em estudo, também realizado

em um centro de referência, no município de Uberlândia-MG, observou-se uma média de 2,5 nervos afetados no momento do diagnóstico. Essa investigação também verificou uma redução na média de comprometimentos após alta por cura (Santana, et al., 2018).

No estudo de Silva e colaboradores (2019), encontrou-se uma associação estatística ( $p < 0,05$ ) para os pacientes com mais de três nervos acometidos, com dezessete vezes mais chances de desenvolverem incapacidades físicas. A comparação destes dados demonstra as diferentes realidades em que a hanseníase está inserida, sendo subsidiários para dirigir as ações de cuidar específicas como forma de evitar sequelas graves pelo comprometimento neural, além de alcançar à cura e reabilitação de alterações que são inevitáveis na doença, as neuropatias.

As neurites estão presentes em todas as formas clínicas da hanseníase, sendo assim, o comprometimento neural é um fator importante na instalação das incapacidades físicas da hanseníase (Kil et al, 2012; Pimentel, Borges, Sarno, Nery & Gonçalves, 2003), mas pode ser evitado se estas complicações forem identificadas e tratadas precocemente (Araújo et al., 2014).

Ademais, o maior acometimento do nervo ulnar pode ser explicado por sua maior exposição a traumas e compressões, já que está localizado mais superficialmente, ocasionando reação inflamatória, fibrose e, por consequência, isquemia local (Leite et al., 2010). Dessa forma é imperativo o exame físico criterioso desses troncos nervosos, visto a grande importância que a lesão destes nervos tem para o desenvolvimento de deficiências.

A avaliação neurológica da hanseníase inclui a história do paciente, ocupação e atividades diárias, queixas; e, o exame físico, que inclui os critérios do FANS: palpação dos nervos, teste da força muscular, inspeção e o teste da sensibilidade dos principais nervos afetados (Brasil, 2017a; 2017b).

Especificamente na palpação dos nervos, ao considerar o acometimento dos ramos neurais avaliados, observou-se que o espessamento das estruturas nervosas foi a principal alteração. Pimentel et al. (2003), também observaram que a maioria dos pacientes exibiam espessamento e/ou dor nos nervos no começo do tratamento.

Isso vai ao encontro do que está listado por Kumar, Girdhar & Girdhar (2004), quando descrevem que dois terços dos casos de hanseníase já exibem certo grau de espessamento de pelo menos um nervo no momento do diagnóstico. De modo geral, quanto à ocorrência de espessamento, choque e dor nos nervos, os ramos ulnar e fibular foram os mais afetados.

No que se refere à avaliação da força dos nervos foi possível observar a diminuição e até mesmo a paralisia, e que estas alterações também estiveram mais presentes no nervo ulnar e no nervo fibular. Esta diminuição ou perda da força motora acarreta grandes prejuízos a estes indivíduos e até mesmo o afastamento do convívio social, pois os torna, de certa forma débeis, para a realização de determinadas atividades manuais, somado ao fato do acometimento de nervos vitais para a mobilidade e atividade.



Em se tratando da inspeção, que é a busca por alterações resultantes da hanseníase, visíveis (Santana et al., 2018); constatou-se alterações que estão entre as mais graves. Nas mãos, a mão em garra, que resulta da lesão do nervo ulnar, leva ao desequilíbrio da flexão e extensão dos dedos. E nos pés, as feridas constituem complicações secundárias, pois decorrem do comprometimento sensitivo e motor, também denominadas de úlceras plantares (Brasil, 2017b).

No que diz respeito avaliação da sensibilidade, esta foi a principal alteração encontrada nos membros superiores e inferiores dos participantes envolvidos na pesquisa. A perda da sensibilidade funcional é considerada o déficit mais importante na neuropatia hanseníase. Isso porque, durante a evolução natural da hanseníase, ocorrem inicialmente as alterações da sensibilidade. Primeiro a térmica, que segue a hiperestesia, depois hipoestesia e por fim anestesia. E seguida, perde-se progressivamente a sensibilidade dolorosa e, por último, a tátil. Posteriormente, surgem os estágios mais avançados da manifestação clínica, no qual encontramos o comprometimento neural (Araújo et al., 2014).

Vale frisar, os diversos contextos em que a perda da sensibilidade está inserida e que implicações ela traz aos portadores. Como os resultados apresentados por Ramos e Souto (2010), que relataram em seu trabalho que a maior frequência de diminuição da sensibilidade entre os pacientes que relataram trabalhos manuais, nos que apresentavam algum tipo de comprometimento neural e naqueles com GIF 2 na alta.

Dessa forma, observa-se uma experiência de veemente insegurança, ao passo que estes indivíduos, quando comparados aqueles com pele normal, estão mais vulneráveis a ferimentos e, pior que isso, lesões sobre lesões, que não cicatrizam, tornando-as um campo fértil para proliferação de microrganismos. Estes pacientes certamente precisarão de intervenções com orientações para a readaptação sensorial, além daquelas relacionadas aos cuidados gerais com a pele: higiene e secagem adequada, além de curativos diários.

Pensar nos cuidados em saúde direcionados para os pacientes acometidos por hanseníase em sua natureza é desafiador. Isso porque além os profissionais de saúde a partir de uma linguagem comum além de olharem para as necessidades físicas do corpo acometido por uma doença precisam entender o potencial estigmatizante da doença e seu impacto nas atividades de vida diária das pessoas doentes ou em reabilitação.

Dessa forma, olha-se para o ser acometido pela hanseníase com respeito e a cima de tudo buscando à garantia dos direitos humanos, sobretudo quando percorrem os serviços de saúde à procura de cuidado. Nesse aspecto, cabe uma pausa para refletir no plano das discussões sobre os direitos das pessoas diagnosticadas por hanseníase.

No plano macropolítico, a Constituição Brasileira declara como direitos sociais e fundamentais do ser humano: educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados (Constituição do Brasil, 1988).

Estando estritamente ligado ao direito à vida, à dignidade humana e à qualidade de

vida, o direito humano à saúde tem valor indispensável para o exercício de outros direitos fundamentais (Ramos & Esquivel, 2015). Porquanto, não basta a assistência médica, pois o cuidado em saúde resulta também das condições de vida do indivíduo, família e comunidade (Teixeira, 2017).

Assim, conforme afirmado na Constituição Brasileira e reafirmado na Lei orgânica de saúde número 8080 (1990): “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

No que diz respeito a pessoa acometida pela hanseníase, Teixeira (2017) relacionou como fundamental o tratamento gratuito, o sigilo, à reabilitação, sobretudo em receber órteses e próteses, auxílio doença, aposentadoria por invalidez, benefício de prestação continuada, isenções tributárias, pensão especial decorrente de internação compulsória.

O expressivo poder incapacitante e as rigorosas deformidades da hanseníase tornam fundamental a reabilitação da pessoa atingida pela doença (Brasil, 2017a). O artigo 89 da Lei 8.213 (1991) dispõe o direito de reabilitação para a pessoa parcialmente ou totalmente incapacitada para o trabalho, por meio da reeducação e readaptação profissional e social. E, conforme disposto nesta Lei, a reabilitação profissional compreende o fornecimento e manutenção gratuitos de prótese, órtese e instrumentos para auxílio da locomoção.

A Lei 8742 (1993) em seu artigo 20, estabelece os direitos de caráter retributivo, devido somente aos que contribuam para a previdência social. O auxílio doença, é o benefício assegurado ao indivíduo que ficar incapaz por mais de 15 dias consecutivos para suas atividades laborais e diárias; no entanto, é temporário. Já a aposentadoria por invalidez é o direito assegurado àqueles que a incapacidade para o trabalho é permanente, ou seja, não havendo condições para reabilitação e capacidade para suprir as necessidades mínimas para sua sobrevivência.

Sabe-se que durante vários anos a segregação da pessoa atingida pela hanseníase foi considerada como forma de controle da doença (Castro & Watanabe, 2009). Desta forma, a Lei 11.520 de 18 de dezembro de 2007, trata da pensão especial decorrente de internação compulsória concedida às pessoas que em decorrência da hanseníase submetidas a isolamento e internação compulsória.

Diferente dos direitos, que são bens e vantagens estabelecidos na Constituição e Leis que os disciplinam; as garantias são ferramentas, de via judicial, pra o exercício do direito. Usadas no momento em que os direitos não são espontaneamente assegurados (Lenza, 2012).

O texto constitucional, aborda em seu artigo quinto que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”; e que “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou

ameaça ao direito (XXXV).

Nesse sentido, as pessoas, que apresentam seus direitos transgredidos ou ameaçados, podem fazer uso da justiça em busca dos seus interesses (Cury, 2005; Teixeira, 2017). De modo inclusivo, os atingidos pela hanseníase, podem buscar a reparação de contingentes danos morais e materiais sofridos pela enfermidade.

Com base nas discussões postas, e com a certeza que o às dimensões do cuidado em saúde, direito e cidadania as pessoas acometidas pela hanseníase não se esgotam neste ensaio, realiza-se uma pausa para (in)conclusões que tocam o fortalecimento de práticas e saberes (inter)profissionais e disciplinares como forma de beneficiar as pessoas do hoje e do amanhã que buscam cuidados específicos na rede SUS.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos achados da pesquisa, verificou-se que a população mais atingida pela hanseníase são homens, na faixa etária economicamente ativa, da raça parda, com baixo grau de escolaridade, aposentados e trabalhadores do serviço e comércio. Constatou-se, ainda, um elevado grau de incapacidades físicas já no diagnóstico da hanseníase, além de uma média de cerca de quatro nervos afetados por paciente, os quais resultaram em comprometimento principalmente nos membros inferiores e superiores.

Diante desse cenário, verifica-se que a pausa nas formulações científicas deixa a certeza que existem muitas inquietações sobre os cuidados produzidos em saúde os direitos constitucionais da pessoa diagnosticada com hanseníase, sobretudo quando se olha para região extremo norte do Brasil, de maneira peculiar o estado de Roraima.

Ao ser assumido os riscos de produção de reflexões situadas no campo biológico, epidemiológico, social e do direito humano, foram constatados como rotas de fuga para implementação de práticas de cuidar resolutivas junto a prevenção, promoção, tratamento, cura e reabilitação da pessoa acometida por hanseníase o diálogo interdisciplinar.

Fala-se de um potente encontro de saberes que sejam capazes de decodificar a natureza da hanseníase, seus códigos culturais para o restabelecimento do fluxo vital das pessoas por ela acometidas. Nessa perspectiva, coloca-se em relevo conclusivo a missão do Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan) que destaca a necessidade de a doença ser compreendida no plano social como um acometimento de saúde que possui tratamento e cura, eliminando assim toda forma de estigma produzida em torno da doença.

Assim, acredita-se que as formulações postas possam contribuir com os processos de cuidar realizados pelos profissionais de saúde, além de beneficiar o desenvolvimento de práticas interprofissionais capazes de considerar dimensões existenciais, clínicas e espaciais nos diversos contextos do SUS onde transitam pessoas saudáveis e acometidas por hanseníase.

## REFERÊNCIAS

Abraçado, M. F. S., Cunha, M. H. C. M. & Xavier, M.B. (2015). Adesão ao tratamento de hanseníase em pacientes com episódios reacionais hansênicos em uma unidade de referência. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, 6(2), 23-28.

Abreu, W. A. & Portela, N. L. C. (2015). Fatores associados à não adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista Interdisciplinar**, 8(3), 50-60.

Aquino, D. M. C., Caldas, A. J. M., Silva, A. A. M. & Costa, J. M. L. (2003). Perfil dos pacientes com hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 36(1), 57-64.

Arantes, C. K., Garcia, M. L. R., Filipe, M. S., Nardi, S. M. T., Lutz, A. & Paschoal, V. D. (2010). Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 19(2), 155-164.

Araújo, A. E. R., Aquino, D. M. C., Goulart, I. M. B., Pereira, S. R. F. Figueiredo, I. A., Serra, H. O., Fonseca, P. C. A. & Caldas, A. J. M. (2014). Complicações neurais e incapacidades em hanseníase em capital do nordeste brasileiro com alta endemicidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 17(4), 899-910.

Barbosa, F. P. S., Mello, I. F., Pires, J. C. B., Margarida, T. C. & Silva, J. L. R., Jr. (2016). Incapacidades neurológicas provocadas pela hanseníase em uma unidade de saúde do município de Anápolis-GO, entre 2011 e 2013, **Revista Educação e Saúde**, 4(2), 03-10.

Brasil. (2002). **Guia para o controle da hanseníase**, Secretaria de Políticas de Saúde. (1a ed.), Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica.

Brasil. (2008). **Manual de Prevenção de incapacidades - Cadernos de prevenção e reabilitação em hanseníase**, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2010). **Classificação Brasileira de Ocupações: CBO – 2010**. (3a ed). Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego.

Brasil. (2016). **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2017a). **Guia prático sobre a hanseníase** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2017b). **Guia de Vigilância em Saúde: volume único** [recurso eletrônico]. (2a ed.). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2018a). **Boletim Epidemiológico: Caracterização da situação epidemiológica da hanseníase e diferenças por sexo, Brasil, 2012-2016**. Brasília: Secretaria de Vigilância Epidemiológica, Ministério da Saúde, 49(4), 2-10.

Brasil. (2018b). **Registro ativo: número e percentual, Casos novos de hanseníase: número, coeficiente e percentual, faixa etária, classificação operacional, sexo, grau de incapacidade, contatos examinados, por estados e regiões**. Brasil, Portal Saúde, Ministério da Saúde. Recuperado em 20 agosto, 2019, de <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/13/Registro-ativo-numero-e-percentual-por-estados-e-regioes-Brasil-2017.pdf>.

Buna, A.T.M., Rocha, F. C. G., Alves, E. M., Granja, F. B. C., Sousa, D. J. & Silva, M. G. P. (2015). Incapacidades físicas nos pacientes com hanseníase cadastrados em uma unidade de saúde de São Luís – MA. **Revista Interdisciplinar**, 8(1), 115-122.

Castro, S. M. S. & Watanabe H. A. W. (2009). Isolamento compulsório de portadores de hanseníase: memória de idosos. **Histciensude-Manguinhos**, 16(2), 449-87.

Chichava, O. A. (2010). **Fatores associados à baixa adesão ao tratamento da hanseníase em pacientes de 78 municípios do estado do Tocantins**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil. Disponível: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/1345>.

Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Senado Federal, Secretaria Especial de Informática. Brasília: DF. Recuperado em 01 fevereiro, 2020, de [www.senado.gov.br/atividade/const/con1988con1988\\_05.10.1988/con1988.pdf](http://www.senado.gov.br/atividade/const/con1988con1988_05.10.1988/con1988.pdf)

Correa, C. M. J., Ivo, M. L. & Honer, M. R. (2006). Incapacidades em sujeitos com hanseníase em um centro de referência do centro-oeste brasileiro entre 2000-2002. **Hansenologia Internationalis**, 31(2), 21-8.

Cury, L. T. (2005) **Direito fundamental à saúde: evolução, normatização e efetividade**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris.

Departamento Nacional de Informática do Sistema Único de Saúde. **Casos de Hanseníase (SINAN)**. Recuperado em 26 abril, 2018, de <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=31032752>.

Farias, C. R. S., Fregonesi, C. E. P. T., Corazza, D. A. G., Andrade, D. M., Mantovani, D. T., Silva, R., J. & Mantovani, A. M. (2015). Grau de incapacidade física de portadores de hanseníase: estudo de coorte retrospectivo. **Arquivo Ciências da Saúde**, 22(4), 58-62.

Ignotti, E., Andrade, V. L. G., Sabrosa, P. C. & Araújo, A. J. G. (2001). Estudo da adesão ao tratamento da hanseníase no município de Duque de Caxias-Rio de Janeiro. **Hansenologia Internationalis**, 26(11), 23-30.

Kil, A. K., Silvestre, C. M., Kaminice, L. M., Quintino, L. B., Lima, L. B., Paranhos, M. B., Voss, T. H., Cunha, A. C. S., Mainenti, D. A. M. & Goulart, I. M. B. (2012). Deficiências e Incapacidades por Hanseníase: avaliação clínica e epidemiológica dos pacientes atendidos em um Centro de Referência Nacional do Brasil. **Hansenologia Internationalis**, 31(1),25-33.

Kumar, A., Girdhar, A. & Girdhar, B. K. (2004). Nerve thickening in leprosy patients and risk of paralytic deformities: a field based study in Agra, India. **Leprosy Review**, 75(2), 134-42.

Leano, H. A. M., Araújo, K. M. F. A., Rodrigues, R. N., Bueno, I. C. & Lana, F. C. F. (2017). Indicadores relacionados a incapacidade física e diagnóstico de hanseníase. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 18(6), 832-839.

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de (1990). **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências** [Internet]. Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília, DF. Recuperado em 01 fevereiro, 2020, de [www.planalto.gov.br/ccivil/03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/03/leis/L8080.htm)

Lei nº8.213, de 14 de julho de 1991 (1991). **Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e das outras providências** [Internet]. Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília: DF. Recuperado em 01 fevereiro, 2020, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm).

Lei nº8742, de 07 de dezembro de 1993 (1993). **Dispõe sobre a organização da Assistência Social e das outras providências** [Internet]. Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília: DF. Recuperado em 01 fevereiro, 2020, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm).

Lei nº 11.520, de 18 de setembro de 2007 (2007). **Dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios** [Internet]. Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília: DF. Recuperado em 01 fevereiro, 2020, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/lei/l11520.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/l11520.htm).

Leite, S. N., Barros, A. R. S. B., Fonseca, M. C. R., Andrade, T. A. M., Foss, N. T. & Frade, M. A. C. (2010). Avaliação sensitiva de hansenianos pelos monofilamentos semmes-weinstein em serviço terciário de fisioterapia. **Hansenologia Internationalis**, 35(2), 9-16.

Lenza, P. (2012). **Direito constitucional esquematizado**. (16a ed., p. 957-1071) São Paulo: Saraiva.

Lopes, V. A. S. & RangeL, E. M. ( 2014). Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. **Saúde e Debate**, 38(103), 817-829.

Marinho, F. D., Nardi, S. M. T., Coutinho, G. C. & Sime, M. M. (2015). Hanseníase em Criança e Adolescente. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde*, 3(2), 95-105.

Meima, A., Gebre, S., Desta, K. & Habbema, J. D. (2001). Dynamics of impairment during and after 5 treatment: the AMFES cohort. **Leprosy Review**, 72(2), 158-70.

Monteiro, L. D., Alencar, C. H. M., Barbosa, J. C., Braga, K. P., Castro, M. D. & Heukelbach, J. (2013). Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 29(5), 909-920.

Monteiro, L. D., Mota, R. M. S., Melo, F. R. M., Alencar, C. H. & Heukelbach, J. (2017). Determinantes sociais da hanseníase em um estado hiperendêmico da região Norte do Brasil. **Revista Saúde Pública**, 51(70), 1-11.

Nardi, S. M. T., Paschoal, V. D., Neto, F. C. & Zanetta, D. M. (2012). Deficiências após a alta medicamentosa da hanseníase: prevalência e distribuição espacial. **Revista Saúde Pública**, 46(6), 969-977.

Nunes, J. M., Oliveira, E. N. V. & Vieira, N. F. (2011). Hanseníase: conhecimentos e mudanças na vida das pessoas atingidas. **Ciência Saúde Coletiva**, 16(1), 1311-1318.

Oliveira, F. F. L. & Macedo, L. C. (2012). Perfil epidemiológico dos portadores de hanseníase em um município da região centro-oeste do Paraná. **Revista Saúde e Biologia**, 7(1), 45-51.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2016). **Estratégia global para hanseníase 2016-2020: aceleração rumo a um mundo sem hanseníase**. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). (2017). **OPAS/OMS colabora com Brasil para livrar país da hanseníase**. Recuperado em 11, novembro, 2018, de [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5474:opas-oms-colabora-com-brasil-para-livrar-pais-da-hanseniae&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5474:opas-oms-colabora-com-brasil-para-livrar-pais-da-hanseniae&Itemid=812).

Pimentel, M. I. F., Borges, E., Sarno, E. N., Nery, J. A. C. & Gonçalves, R. R. (2003). 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. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, 78(5), 561-568.

Queiroz, M. S. (1997). A endemia hanseniana: **uma perspectiva multidisciplinar** [versão eletrônica]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Ramos, J. M. H. & Souto, F. J. D. (2010). Incapacidade pós-tratamento em pacientes hansenianos em Várzea Grande, Estado de Mato Grosso. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 43(3), 293-297.

Ramos, J. G. G. & Esquivel, C. L. W. (2015). O direito à saúde como direito humano fundamental: breves considerações a respeito do seu formato legal à sua eficácia social. **Ciências Sociais Aplicadas em Revista - UNIOESTE/MCR**, 15(28), 9-40.

Ribeiro, G.C. & Lana, F.C.F. (2015). Incapacidades físicas em hanseníase: caracterização, fatores relacionados e evolução. **Cogitare Enfermagem**, 20(3), 496-503.

Ribeiro, M. D. A., Castillo, I. S., Silva, J. C. A. & Oliveira, S. B. (2015). A visão do profissional enfermeiro sobre o tratamento da hanseníase na atenção básica. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**, 30(2), 221-228.

Santana, E.M.F., Brito, K. K. G., Nogueira, J. A., Leadbal, O. D. C. P., Costa, M. M. L., Silva, M. A., & Soares, J. G. O., (2015). Deficiências e incapacidades na hanseníase: do diagnóstico à alta por cura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 20(15), 11p. Recuperado em 07 novembro, 2018, de <https://doi.org/10.5216/ree.v20.50436>.

Santos, D. F., Mendonça, M. R., Antunes, D. E., Sabino, E. F. P., Pereira, R., C., Goulart, L. R. & Goulart, I. M. B., (2017). Revisiting primary neural leprosy: Clinical, serological, molecular, and neurophysiological aspects. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, 11(11),1-14.

Savassi, L. C. M. (2010). **Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde), Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, MG, Brasil. Disponível: [http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/d\\_48.pdf](http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/d_48.pdf)

Seshadri, D., Khaitan, B. K., Khanna, N. & Sagar, R. (2015). Dehabilitation in the era of elimination and rehabilitation: a study of 100 leprosy patients from a tertiary care hospital in India. **Leprosy Review**, 86(1), 62-74.

Silva J. S. R., Palmeira, I. P., Sá, A. M. M., Nogueira, L. M. V. & Ferreira, A. M. R. (2019). Variáveis clínicas associadas ao grau de incapacidade física na hanseníase. **Revista Cuidarte**, 10(1).

Simões, G. F. (2017). **Venezuelanos em Roraima: características e perfis da migração venezuelana para o Brasil**. In CIERCO, T. Fluxos migratórios e refugiados na atualidade. Rio de Janeiro: Fundação Konrad Adenauer Stiftung, 45-56.

Simpson, C. A., Fonsêca, L. C. T. & Santos, V. R. C. (2010). Perfil do doente de hanseníase no estado da Paraíba. **Hansenologia Internationalis**, 35(2), 33-40.

Sobrinho, R.A.S., Mathias, T. A. F., Gomes, E. A. & Lincoln, P. B. (2007). Avaliação do grau de incapacidade em hanseníase: uma estratégia para sensibilização e capacitação da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 15(6).

Sousa, A. A., Oliveira, F. J. F., Costa, A. C. P. J., Neto, M. S., Cavalcante, E. F. O. & Ferreira, A. G. N. (2013). Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde de Imperatriz – MA. **Sanare**, 12(1), 06-12.

Taglietti, M. & Peres, C. P. A. **Avaliação do grau de incapacidade física de indivíduos com sequelas de hanseníase que encontram-se em atendimento em centro de reabilitação física**. FIEP BULLETIN, 83(Edição especial) 3p.

Teixeira, R. M. (2017). **Direitos e garantias da pessoa atingida pela hanseníase**. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina, Botucatu, Brasil. Disponível: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/149890>.

Uchôa, R. E. M. N., Brito, K. K. G., Santana, E. M. F., Soares, V. L. & Silva, M. A. Perfil clínico e incapacidades físicas em pacientes com hanseníase. **Revista de enfermagem UFPE**, 11(3), 1464-1472.



## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Atenção básica 10, 12, 13, 14, 17, 35, 42, 66, 73, 74, 75, 97, 100, 107, 110, 111, 171, 180, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 208, 214, 215, 216, 219, 220, 221

Atenção primária 10, 11, 13, 16, 17, 18, 27, 28, 29, 35, 37, 38, 42, 66, 73, 202, 205, 208, 214

Atividade física 214, 217, 221

### C

Covid-19 39, 40, 41, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 56, 143, 144, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 210, 213

Crianças em situação de rua 113, 114

### D

Diabetes mellitus 149, 151, 153, 181, 215, 221

Direito à saúde 55, 56, 100, 115, 118, 120, 121, 143, 144, 146

Discriminação 50, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 80, 104, 105, 108, 109

Diversidade cultural 50, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 60

Doenças crônicas não transmissíveis 215, 217, 219

### E

Educação em saúde 25, 33, 63, 65, 66, 67, 70, 71, 90, 107, 111, 201, 204, 205, 207, 208, 210, 213, 214, 215, 219, 220

Educação permanente 27, 29, 30, 32, 34, 36, 37, 63, 64, 65, 66, 69, 71, 73, 74, 75, 104, 110, 111

Enfermagem 9, 11, 13, 16, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 29, 39, 42, 43, 45, 81, 82, 98, 100, 101, 112, 153, 161, 162, 167, 168, 171, 176, 181, 182, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 200, 208, 217, 220, 221

Episiotomia 155, 156, 158, 160, 161, 183

Equipe multiprofissional 12, 17, 28, 29, 32, 33, 34, 37, 38, 82

Estatuto da Criança e do Adolescente 115, 118, 122

Estigma 47, 50, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 79, 90, 92, 96, 109, 111, 117, 123

Estratégia saúde da família 10, 12, 13, 17, 18, 32, 35

### G

Grau de escolaridade 73, 77, 82, 96, 159, 163, 164, 165, 166, 167

## H

Hanseníase 57, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 134, 135

Higienização das mãos 19, 20, 22, 23, 24, 46

Humanização 4, 12, 15, 17, 35, 154, 155, 156, 157, 160, 203, 219, 221

## I

Incapacidade física 78, 80, 83, 85, 88, 89, 92, 98, 100, 101

Intoxicações 209, 210, 211, 212, 213

## M

Microrganismos 20, 21, 44, 94, 138

Moradia 81, 90, 94, 115, 116, 121, 132

Morbimortalidade 3, 121, 147, 148, 149, 151, 152

## O

Obesidade 57, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 158, 172, 217

## P

Pandemia 25, 38, 39, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 54, 56, 147, 149, 152, 209, 210, 211, 213

Período gestacional 169, 172, 179

Pneumonia 137, 138, 139, 140, 141, 142, 149

Práticas alimentares 169, 171, 173, 174, 179, 180, 181

Preconceito 50, 53, 55, 56, 90, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 117, 119

Puérperas 2, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 23, 24, 25, 41, 44, 45, 52, 63, 64, 66, 67, 72, 73, 74, 75, 79, 82, 90, 91, 96, 97, 110, 111, 118, 120, 122, 125, 137, 139, 141, 142, 145, 152, 155, 159, 164, 165, 167, 186, 187, 188, 189, 191, 192, 194, 203, 204, 209, 210, 211, 212, 213, 215, 221

## R

Residência multiprofissional 27, 28, 30, 32, 33, 35, 36, 37, 216

## S

Salas de espera 214, 217, 218, 219

Saúde do trabalhador 193, 199

Saúde mental 15, 18, 48, 53, 54, 75, 119, 196, 197, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208

Sífilis 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 163, 164, 165, 166, 167

Sistemas de informação em saúde 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7

Sistema único de saúde 1, 2, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 17, 29, 35, 40, 61, 80, 98, 111, 112, 115, 143, 145, 146, 163, 165, 167, 203, 220

## T

Tecnologias digitais da informação 201, 203

Tecnologias não farmacológicas 182, 183, 184, 188, 189, 190

Trabalho de parto 155, 157, 158, 159, 161, 162, 182, 183, 184, 186, 187, 188, 189, 190, 191

Trabalho informal 193, 194, 196, 198, 199

Transexuais 56, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112

Travestilidade 102, 103, 105, 109, 110

## V

Ventilação mecânica 137, 138, 139, 140, 141, 142, 148, 150, 151

Violência obstétrica 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162

# Saúde pública e saúde coletiva:

Núcleo de saberes e práticas



[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)



[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

**Atena**  
Editora

Ano 2022

# Saúde pública e saúde coletiva:

Núcleo de saberes e práticas



[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)



[contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)



[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)



[www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

**Atena**  
Editora  
Ano 2022