



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARIA LUIZA RÊGO BEZERRA

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM A PARTIR DO CONSTRUCTO DE
AUTOCUIDADO DE OREM EM USUÁRIOS ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE**

Orientadora: **Profa. Dra. Cristine Alves Costa de Jesus**

BRASÍLIA

2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARIA LUIZA RÊGO BEZERRA

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM A PARTIR DO CONSTRUCTO DE
AUTOCUIDADO DE OREM EM USUÁRIOS ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília.

Aluna bolsista de Pós-graduação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

Área de Concentração: Políticas, Práticas e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Cristine Alves Costa de Jesus

BRASÍLIA – DF

2016

MARIA LUIZA RÊGO BEZERRA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM A PARTIR DO CONSTRUCTO DE
AUTOCUIDADO DE OREM EM USUÁRIOS ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre em Enfermagem pelo
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da
Universidade de Brasília.

Aprovado em 26 de agosto de 2016

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Cristine Alves Costa de Jesus – Presidente de Banca
Universidade de Brasília

Professor Dr. Rinaldo de Souza Neves – Membro Externo
Escola Superior de Ciências da Saúde – Fundação de Ensino e Pesquisa de Ciências da Saúde
(ESCS – FEPECS)

Professora Dra. Maria Socorro Nantua Evangelista – Membro Efetivo
Universidade de Brasília

Professora Dra. Diana Lúcia Moura Pinho – Membro Suplente
Universidade de Brasília

Aos meus pais, Teodolina e Nelson.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela Sua forte presença diária, pela sabedoria a mim presenteada e pela perseverança e coragem exercitadas todos os dias. O meu eterno Amém!

A minha mãe, Teodolina, mesmo que distante, pelas palavras incentivadoras do cuidado, coragem e Fé, amenizadoras de muitos momentos conflituosos desta jornada.

Ao meu pai, Nelson, mesmo que distante, pelo seu zeloso cuidado e amor e por divertir-me sempre, independentemente das tribulações do dia.

Ao meu irmão, Maurício, pela grande prova de amor sempre que me refere como exemplo em sua vida.

Aos meus avós, Marinalva e Francisco Lindório, pelo cuidado e carinho desde a infância e pela a noção amorosa de “Princesa” que nunca se apagou em mim.

Aos meus tios, tias, primos, primas, sobrinhos, sobrinhas, paternos e maternos que sempre estão presentes com o sincero: “Calma, vai dar tudo certo! ”, paliativo necessário para muitos momentos destes dois últimos anos na batalha pela obtenção do título de Mestre.

Aqueles que descansaram na eternidade, em especial, a minha vovó Maria do Carmo, vovô Nelson, a minhas primas queridas, Nayara, Gabriela, Gisele, Neyva e seu esposo Ribamar, ao tio Tito, tio Marcos, por me fazerem sentir que lá do céu, me ama e protegem.

As minhas priminhas princesas Vanessa e Letícia pelo carinho, confiança e amor de sempre!!!

As minhas tias, Adelaide, Terezinha, Lúcia e Maria dos Anjos, exemplos de mulheres batalhadoras, de atitude e de muita Fé para mim.

As minhas tias, Merandolina e Fátima e ao meu tio Carlos pelo amor, sorriso de incentivo às minhas conquistas e sábios conselhos de sempre.

A tia Zilda, grande mulher, sábia, boa aconselhadora e carinhosa em todos os momentos. Obrigada por ter se tornado um dos meus grandes amores de família.

As minhas amigas do peito, Shirlene e Ana Paula pelo carinho de muitos e recentes anos e pela valorização da palavra “amizade” em todos os momentos, sejam eles, eufóricos, tristonhos e, sobretudo, felizes.

As minhas amigas Roberta, Adriana, Talita, Yana e Mayara, pelos longos anos de amizade acompanhada de muita cumplicidade, gargalhadas, amor e diversões típicas e atípicas.

As minhas amigas Vera e Maria Luiza (Lu) pela amizade tão recente e já eterna.

A minha grande amiga e afilhada, Aline Isabella, percursora da ideia que me fez mudar como pessoa e como profissional nestes últimos dois anos. O meu muito obrigado, vivenciado constantemente como prova de amor e amizade diária.

A meu amigo, Gil Gilmar pelos ensinamentos linguísticos e paciência.

Ao meu grande amigo, Lucas, pelo companheirismo, divertimento e carinho.

Ao meu amigo Yuri, por ser meu amigo.

A minha amiga, Grazyela, pelo encorajamento e oração de sempre!!

A meu amigo e afilhado, Caio, pela atenção, cordialidade, ensinamentos e amizade construída nesses dois anos e que perdurará para sempre.

Aos meus bons amigos da República Tropicália, Victor, Tulio, Danielle e Tais por me proporcionarem momentos de aprendizado, maturidade, diversão e antes de tudo, de respeito a todas as diferenças necessárias e lindas para ser feliz.

A minha turma de Mestrado, 2014.2 - PPGENF-UnB, em especial a Micheline, Raíza, Kassandra, Johnanta, Joyce, Márcia e Jane pelo carinho a mim depositados, pelas boas risadas e pela amizade tão necessária nestes dois últimos anos e que perdurará para sempre.

A minha grande amiga, Carolina Custódio, presente destes dois anos de aprendizado, luta e crescimento, por ser exemplo de maturidade e carinho para mim, com seu jeito bruto e sensível de ser.

A minha amiga Lethicia Torres (Lêle) pela doçura e companheirismo na amizade construída com todo carinho nestes dois anos e que perdurará para sempre.

Às minhas mais novas amigas de trabalho, Samylla e Evelin por me ajudarem nas tão preciosas trocas de plantão, bem como, pela amizade e risadas já constantes na nossa rotina diária.

Aos meus Professores do curso pelo qual me graduei, curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, campus de Imperatriz-MA, por me fazerem entender a importância de sempre fazer e buscar o melhor com humildade, parcimônia e dedicação, o meu muito obrigada!

Aos meus alunos e alunas que me proporcionam crescimentos e aprendizados diários sobre a beleza e os desafios que fazem parte da docência em Enfermagem, bem como da própria essencialidade relacionada à esta ciência tão imprescindível para o bom cuidar.

A Equipe de Enfermagem do ambulatório de Hanseníase no Hospital Universitário de Brasília, em especial, as enfermeiras Fátima, Selma e a doce técnica de Enfermagem, Dona Hilda pelo carinho, responsabilidade e confiança a mim depositadas.

Aos participantes desta pesquisa e às suas famílias que se dispuseram a aprender e antes de tudo me ensinar sobre a persistência, o respeito às pessoas, os enfrentamentos da vida e o valor da Enfermagem para todas as vertentes assistenciais, sobretudo, para o paciente acometido pela Hanseníase.

A minha orientadora, Dra. Cristine Alves Costa de Jesus, grande Enfermeira, grande mulher, esposa e exemplo de todas estas dimensões que nos desafiam constantemente como mulheres e como almejadoras dos nossos sonhos. O meu obrigada é, em especial, pela paciência de sempre!!

"O amor é paciente, o amor é bondoso. Não inveja, não se vangloria, não se orgulha.

Não maltrata, não procura seus interesses, não se ira facilmente, não guarda rancor.

O amor não se alegra com a injustiça, mas se alegra com a verdade.

Tudo sofre, tudo crê, tudo espera, tudo suporta.

O amor nunca perece; mas as profecias desaparecerão, as línguas cessarão, o conhecimento

passará".

1 Coríntios 13:4-8

RESUMO

BEZERRA, M. L. R. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM A PARTIR DO CONSTRUCTO DE AUTOCUIDADO DE OREM EM USUÁRIOS ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE. 2016. 145f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

Este estudo objetivou analisar o perfil diagnóstico de enfermagem de usuários acometidos pela hanseníase, em um hospital de ensino do Distrito Federal, conforme a Taxonomia II da NANDA-I, à luz do construto de autocuidado de Orem. Estudo descritivo, quantitativo de delineamento transversal, realizado entre os meses de janeiro a março de 2016, e contemplou uma amostra por conveniência de 40 indivíduos acometidos pela hanseníase atendidos em um ambulatório especializado em hanseníase. A maioria dos participantes era homens (26; 65%), com idade entre 56-66 anos (14; 35%), de cor parda (24; 60%), estado civil casado (18; 45%), religião católica (55%; 22) e nível de instrução ensino fundamental completo (9; 23%). A renda familiar mais referida foi a correspondente de até 1 salário mínimo (16; 40%). Aposento por idade foi a ocupação mais ocorrente nos participantes do estudo (7; 18%) e 68% (27) dos mesmos apresentaram como condicionantes de saneamento básico e acesso à saúde água tratada, rede de esgoto, rua asfaltada e televisão. No que concerne a procedência a maioria dos indivíduos era de regiões administrativas do Distrito Federal como: Planaltina (20%; 8), Riacho Fundo I (3; 8%), São Sebastião (3; 8%) e Santa Maria (2%; 5); os demais corresponderam ao Plano Piloto (2; 5%) e a outros estados como Goiás (45%; 18), Minas Gerais (3; 8%) e Piauí (1; 3%). Dezoito (45%) dos participantes da pesquisa foram caracterizados com outras formas clínicas, tendo igual referência para as baciloscopias de raspado intradérmico com resultado positivo e não informado (16; 40%). Poliquimioterapia (PQT) de 6 a 12 meses (18; 45%), classificação operacional (40; 100%) e PQT comum (26; 65%) foram os achados em relação ao tratamento poliquimioterápico. A maioria dos indivíduos era caso novo de hanseníase (29; 73%), com uma cicatriz de BCG (19; 48%) e com o sintoma mais referido neuralgia de membros (8; 20%). Foram listados no estudo 637 diagnósticos de enfermagem, sendo ao todo 37 rótulos diagnósticos evidenciados, dos quais 44,6% (284) foram com foco no problema, 49% (309) diagnósticos de risco ou vulnerabilidade e apenas 7 % (44) enquadraram-se na classificação de promoção da saúde. Com frequência acima de 50% estão os seguintes diagnósticos: Dor crônica (40; 100%), Proteção ineficaz (40; 100%), Risco de constipação (40; 100%), Risco de função hepática prejudicada (40; 100%), Risco de lesão (40; 100%), Risco de lesão térmica (40; 100%), Risco de infecção (40; 100%), Risco de baixa autoestima situacional (38; 95%), Estilo de vida sedentário (34; 85%), Conhecimento deficiente (33; 83%), Atividade de recreação deficiente (29; 73%), Distúrbio na imagem corporal (29; 73%), Risco de olho seco (26; 65%), Disposição para processos familiares melhorados (26; 65%) e Fadiga (26; 65%). Os diagnósticos de enfermagem Integridade da pele prejudicada (17; 43%), Integridade tissular prejudicada (4; 10%) e Risco de integridade da pele prejudicada (19; 48%) também foram destacados e discutidos no estudo diante da relevância, dado ao acometimento cutâneo da hanseníase. Em suma evidenciou-se a relevância dos diagnósticos de enfermagem para o planejamento, implementação e avaliação do processo de cuidar em enfermagem à luz da Teoria do Autocuidado de Orem em indivíduos acometidos pela hanseníase.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem, Teoria de Enfermagem, Hanseníase.

ABSTRACT

BEZERRA, M. L. R. **NURSING DIAGNOSES FROM THE CONSTRUCT OF SELF-CARE OF OREM IN USERS AFFECTED BY LEPROSY. 2016.** 145p. Dissertation (Master) – Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasília, Brasília, 2016.

This study was intended to analyze the nursing diagnosis profile of users affected by leprosy, in a teaching hospital of the Federal District, according to NANDA-I Taxonomy II, based on the Orem's construct of self-care. This is a descriptive and quantitative study, with a cross-sectional design, performed between the months of January and March 2016, which encompassed a convenience sample of 40 individuals affected by leprosy and assisted in an outpatient clinic specialized in leprosy. Most participants were men (26; 65%), aged between 56 and 66 years (14; 35%), with brown color (24; 60%), married (18; 45%), Catholics (55%; 22) and with a schooling level equivalent to the complete elementary school (9; 23%). The most referred family income was the one corresponding to up to one minimum wage (16; 40%). Retirement due to age was the most recurrent occupation in the study participants (7; 18%), and 68% (27) of them reported conditions such as basic sanitation and access to health, treated water, sewage system, paved street and television. Concerning the origin, most individuals were from administrative regions of the Federal District such as: Planaltina (20%; 8), Riacho Fundo I (3; 8%), São Sebastião (3; 8%) and Santa Maria (2%; 5). The others corresponded to the Plano Piloto (2; 5%) and other Brazilian states such as Goiás (45%; 18), Minas Gerais (3; 8%) and Piauí (1; 3%). Eighteen (45%) of the research participants were characterized with other clinical forms, with equal reference to skin smears of intradermal scraping with positive result and unanswered (16; 40%). Multidrug therapy (MDT) from 6 to 12 months (18; 45%), operational classification (40; 100%) and common MDT (26; 65%) were the findings with respect to the polychemotherapeutic treatment. Most individuals were new cases of leprosy (29; 73%), with a BCG scar (19; 48%), and the most referred symptom was the neuralgia in members (8; 20%). The study listed 637 nursing diagnoses, and to all 37 labels evidenced diagnostics, of which 44.6% (284) were Focused on the problem, 49% (309) Vulnerability diagnoses, and only 7% (44) framed, in Health promotion classification. Often above 50 % are the following diagnoses: Chronic pain (40; 100%), Ineffective protection (40; 100%), Risk for constipation (40; 100%), Risk for impaired liver function (40; 100%), Risk for injury and Risk for thermal injury (40; 100%), Risk for infection (40; 100%), Risk for situational low self-esteem (38; 95%), Sedentary lifestyle (34; 85%); Knowledge deficit (33; 83%), Deficit in recreational activities (29; 73%), Disturbed body image (29; 73%), Risk for dry eye (26; 65%), Willingness to improved family processes (26; 65%) and Fatigue (26; 65%) were the most frequent nursing diagnoses displayed. Impaired skin integrity (17; 43%), Impaired tissue integrity (4; 10%) and Risk for impaired skin integrity (19; 48%) were also emphasized and discussed in the study because of the relevance given to the cutaneous involvement of leprosy. In summary, it has highlighted the relevance of the nursing diagnoses for the planning, implementation and assessment of the process of caring for in nursing on the basis of the nursing theory "Orem's Theory of Self-Care" in individuals affected by leprosy.

Descriptors: Nursing diagnosis, Nursing theory, Leprosy.

RESUMEN

BEZERRA, M. L. R. **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA A PARTIR DEL CONSTRUCTO DE AUTOATENCIÓN DE OREM EN USUARIOS AFECTADOS POR LA LEPROSA**. 2016. 145p. Disertación (Maestría) – Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasília, Brasília, 2016.

Este estudio tuvo como objetivo analizar el perfil de diagnóstico de enfermería de usuarios afectados por la lepra, en un hospital de enseñanza del Distrito Federal, de acuerdo con la Taxonomía II de la NANDA, a la luz del constructo de autoatención de Orem. Estudio descriptivo y cuantitativo, con diseño transversal, efectuado entre los meses de enero y marzo de 2016, que incluyó un muestreo por conveniencia de 40 individuos afectados por la lepra atendidos en un dispensario médico especializado en lepra. La mayoría de los participantes eran hombres (26; 65%), con edades entre 56 y 66 años (14; 35%), de color pardo (24; 60%), casados (18; 45%), católicos (55%; 22) y con nivel de escolaridad equivalente a la enseñanza fundamental completa (9; 23%). El ingreso familiar más referido fue aquel que corresponde hasta 1 salario mínimo (16; 40%). La jubilación por edad fue la ocupación más recurrente en los participantes del estudio (7; 18%), y 68% (27) de ellos presentaron condiciones tales como saneamiento ambiental y acceso a la salud, agua tratada, red de alcantarillado, calle asfaltada y televisión. En relación con el origen, la mayoría de los individuos provenían de regiones administrativas del Distrito Federal como Planaltina (20%; 8), Riacho Fundo I (3; 8%), São Sebastião (3; 8%) y Santa Maria (2%; 5). Los remanecientes correspondieron al Plano Piloto (2; 5%) y otros estados brasileños como Goiás (45%; 18), Minas Gerais (3; 8%) y Piauí (1; 3%). Dieciocho (45%) de los participantes de la investigación se caracterizaron con otras formas clínicas, teniendo referencia igual para las baciloscopias de raspado intradérmico con resultado positivo y no informado (16; 40%). Poliquimioterapia (PQT) de 6 a 12 meses (18; 45%), clasificación operacional (40; 100%) y PQT común (26; 65%) fueron los hallazgos con respecto al tratamiento poliquimioterápico. La mayoría de los individuos eran nuevos casos de lepra (29; 73%), con una cicatriz de BCG (19; 48%), y el síntoma más referido fue la neuralgia de las extremidades (8; 20%). Fueron listados 637 diagnósticos de enfermería, y todo el 37 etiquetas evidenciaron diagnósticos, de los cuales el 44,6 % (284) se han centrado en el problema, el 49% (309) diagnósticos de riesgo o vulnerabilidad, y sólo el 7 % (44) enmarcados, en la clasificación de promoción de la salud. A menudo por encima del 50 % son los siguientes diagnósticos: Dolor crónico (40; 100%), Protección ineficaz (40; 100%), Riesgo de estreñimiento (40; 100%), Riesgo de deterioro de la función hepática (40; 100%), Riesgo de lesión y Riesgo de lesión térmica (40; 100%), Riesgo de infección (40; 100%), Riesgo de baja autoestima situacional (38; 95%), Estilo de vida sedentario (34; 85%); Déficit de conocimientos (33; 83%), Déficit de actividades recreativas (29, 73%), Alteración de la imagen corporal (29; 73%), Riesgo de ojo seco (26; 65%), Disposición para mejorar los procesos familiares (26; 65%) y Fatiga (26; 65%) fueron los más frecuentes diagnósticos de enfermería señalados. Deterioro de la integridad de la piel (17; 43%), Integridad tisular prejudicada (4; 10%) y Riesgo de deterioro de la integridad de la piel (19; 48%) también fueron señalados y discutidos en el estudio delante de la relevancia asignada a la afección cutánea de la lepra. Resumiendo, hemos subrayado la relevancia de los diagnósticos de enfermería para el planeamiento, implementación y evaluación del proceso de atención de enfermería a la luz de la teoría de enfermería “Teoría de la Autoatención de Orem” en los individuos afectados por la lepra.

Descriptor: Diagnóstico de enfermería, Teoría de enfermería, Lepra.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO DA BCG COMO PROFILAXIA AOS CONTATOS DE HANSENÍASE.....	34
FIGURA 2 - DOROTHEA ELIZABETH OREM (1914-2007, MARYLAND, EUA).....	36
FIGURA 3 - RELAÇÕES EXISTENTES ENTRE O AUTOCUIDADO O AGENTE DO AUTOCUIDADO E A DEMANDA TERAPÊUTICA DE AUTOCUIDADO.....	42
FIGURA 4 - CONSTITUINTES TEÓRICOS DA TEORIA DO DÉFICIT DO AUTOCUIDADO E DOROTHEA OREM.....	45
FIGURA 5 - ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM E SUAS INTER-RELAÇÕES.....	48
FIGURA 6 - PROCESSO DE OBTENÇÃO DA AMOSTRA POR CONVENIÊNCIA DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE, SUJEITOS DESTA ESTUDO. BRASÍLIA-DF, 2016, BRASIL.....	56
FIGURA 7 - ETAPAS DO PROCESSO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DESDE A COLETA DE DADOS ATÉ A DETERMINAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIOS.....	60

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - PRESSUPOSTOS DA TEORIA GERAL DE OREM.....	44
QUADRO 2 - QUADRO 2: APRESENTAÇÃO DAS VARIÁVEIS, POR BLOCO DE QUESTIONAMENTOS, QUE FORAM COLETADAS PARA A ANÁLISE DA PESQUISA. BRASÍLIA –DF, 2016.....	58

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: REGIÕES ADMINISTRATIVAS DO DISTRITO FEDERAL-DF, BRASIL DE PROCEDÊNCIA DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE (N=40). BRASÍLIA-DF, 2016.....	67
GRÁFICO 2: DEMAIS ESTADOS BRASILEIROS DE PROCEDÊNCIA DOS INDIVÍDUOS ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE, PARTICIPANTES DO ESTUDO (N=40). BRASÍLIA-DF, 2016.....	67

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: TABELA 1: CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES, POR GÊNERO, ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE A PARTIR DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS. BRASÍLIA-DF, 2016.....	63
TABELA 2: OCUPAÇÃO DOS INDIVÍDUOS ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE ABORDADOS NO ESTUDO. BRASÍLIA – DF, 2016.....	65
TABELA 3: CONDICIONANTES: SANEAMENTO BÁSICO E ACESSO À SAÚDE REFERIDOS PELOS INDIVÍDUOS ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE. BRASÍLIA-DF 2016.....	66
TABELA 4. CARACTERIZAÇÃO DE MORBIDADE E LABORATORIAL DOS PARTICIPANTES ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE, ABORDADOS NO ESTUDO: FORMA CLÍNICA E BACILOSCOPIA DE RASPADO INTRADÉRMICO. BRASÍLIA-DF, 2016.....	68
TABELA 5. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE QUANTO À POLIQUIMIOTERAPIA: TEMPO DE TRATAMENTO, CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL E TIPO DE ESQUEMA TERAPÊUTICO. BRASÍLIA-DF, 2016.....	69
TABELA 6. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DOS PARTICIPANTES ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE, ABORDADOS NO ESTUDO: MODO DE ADMISSÃO E IMUNIZAÇÃO BCG BRASÍLIA-DF, 2016.....	69
TABELA 7 – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DOS INDIVÍDUOS ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE: SINTOMATOLOGIA, BRASÍLIA-DF, 2016.....	70
TABELA 8 –DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EVIDENCIADOS A PARTIR DOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO: UNIVERSAIS E DESVIO DE SAÚDE. BRASÍLIA-DF, 2016.....	72
TABELA 9 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, COM FOCO NO PROBLEMA, EVIDENCIADOS À LUZ DO CONSTRUCTO DE AUTOCUIDADO DE OREM EM PACIENTES EM TRATAMENTO PARA HANSENÍASE. BRASÍLIA-DF, 2016.....	74
TABELA 10 – CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES, COM FOCO NO PROBLEMA, EVIDENCIADOS À LUZ DO CONSTRUCTO DE AUTOCUIDADO DE OREM EM PACIENTES ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE. BRASÍLIA-DF, 2016.....	75
TABELA 11 – FATORES RELACIONADOS DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES COM FOCO NO PROBLEMA EVIDENCIADOS À LUZ DO CONSTRUCTO DE AUTOCUIDADO DE OREM EM PACIENTES ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE. BRASÍLIA-DF, 2016.....	78

TABELA 12 - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, EVIDENCIADOS À LUZ DO CONSTRUCTO DE AUTOCUIDADO DE OREM EM PACIENTES ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE. BRASÍLIA-DF, 2016.....	80
TABELA 13 - CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EVIDENCIADOS À LUZ DO CONSTRUCTO DE AUTOCUIDADO DE OREM EM PACIENTES ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE. BRASÍLIA –DF, 2016.....	80
TABELA 14- DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE VULNERABILIDADE EVIDENCIADOS À LUZ DO CONSTRUCTO DE AUTOCUIDADO DE OREM EM PACIENTES ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE. BRASÍLIA – DF, 2016.....	81
TABELA 15 – FATORES DE RISCO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE VULNERABILIDADE EVIDENCIADOS À LUZ DO CONSTRUCTO DE AUTOCUIDADO DE OREM EM PACIENTES ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE. BRASÍLIA-DF, 2016.....	82

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BAAR – Bacilo álcool-ácido-resistente

BCG - Bacilo de Calmétte-Guérin

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DE – Diagnósticos de Enfermagem

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ENH – Eritema Nodoso Hansênico

FS – Faculdade de Ciências da Saúde

HI – Hanseníase Indeterminada

HD – Hanseníase Dimorfa

HB – Hanseníase *Boderline*

HV – Hanseníase Virchowiana

HDFPM - Hospital do Distrito Federal Presidente Médici

HSU – Hospital dos Servidores da União

HUB – Hospital Universitário de Brasília

ICD – Instrumento de Coleta de Dados

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IPASE- Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Serviços do Estado

MB – Multibaciliar

MH – Mal de Hansen

NANDA-I – *North American Nursing Diagnoses Association – International*

PB – Paucilbacilar

PE – Processo de Enfermagem

PQT – Poliquimioterapia

ROM – Rifampicina; Ofloxacino; Minociclina.

RR – Reação Reversa

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

UnB – Universidade de Brasília

WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
2.1 A HANSENÍASE E SUAS NUANCES.....	
2.1.1 A trajetória histórica e paradigmática: de “lepra” à “hanseníase”.....	24
2.1.2 Etiologia, transmissão e patogenia da Hanseníase.....	27
2.1.3 Sintomatologia e classificação da Hanseníase.....	29
2.1.4 Situação Epidemiológica e ações de controle no Brasil.....	31
2.1.5 Diagnóstico e Poliquimioterapia da Hanseníase.....	34
2.2 TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM.....	36
2.2.1 Conhecendo Dorothea Elizabeth Orem.....	36
2.2.2 Teoria Geral de Orem.....	37
2.2.2.1. Principais conceitos e definições	38
2.2.2.2 Teoria do Autocuidado de Orem: ideia central, principais pressupostos e proposições.....	43
2.3 PROCESSO DE ENFERMAGEM E SUAS ETAPAS INTER-RELACIONADAS.....	46
2.3.1 Diagnósticos de Enfermagem e sua relevância para a assistência de Enfermagem.....	50
3 OBJETIVOS.....	53
3.1 GERAL.....	53
3.2 ESPECÍFICOS.....	53
4 MÉTODO.....	54
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	54
4.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	54
4.3 LOCAL DO ESTUDO.....	54
4.4 AMOSTRA/SUJEITOS DA PESQUISA.....	55
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	57
4.6 ANÁLISE DE DADOS.....	60
4.7 ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS.....	61
5 RESULTADOS	63
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E DEMOGRÁFICA.....	63
5.2 CARACTERIZAÇÃO DE MORBIDADE, LABORATORIAL E CLÍNICA DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	68
5.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ELABORADOS E SEUS COMPONENTES.....	71
6 DISCUSSÃO	84
6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E DEMOGRÁFICA.....	84
6.2 CARACTERIZAÇÃO DE MORBIDADE, LABORATORIAL E CLÍNICA DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	86
6.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM LISTADOS E SEUS COMPONENTES.....	88
6.3.1 Dor crônica.....	89
6.3.2 Proteção ineficaz.....	90
6.3.3 Risco de constipação.....	92
6.3.4 Risco de função hepática prejudicada.....	93
6.3.5 Risco de lesão e Risco de lesão térmica.....	93
6.3.6 Risco de infecção.....	96
6.3.7 Risco de baixa autoestima situacional.....	97

6.3.8 Estilo de vida sedentário.....	98
6.3.9 Conhecimento deficiente.....	99
6.3.10 Atividade de recreação deficiente.....	101
6.3.11 Distúrbio na imagem corporal.....	102
6.3.12 Risco de olho seco.....	104
6.3.13 Disposição para processos familiares melhorados.....	104
6.3.14 Fadiga.....	106
6.3.15 Integridade da pele prejudicada, Integridade tissular prejudicada e Risco de Integridade da pele prejudicada.....	107
6.3.15.1 Integridade da pele prejudicada.....	108
6.3.15.2 Integridade tissular prejudicada.....	109
6.3.15.3 Risco de integridade da pele prejudicada.....	111
7 CONCLUSÕES	113
7.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
REFERÊNCIAS.....	118
APÊNDICES.....	132
ANEXO.....	140

APRESENTAÇÃO

Os diagnósticos de enfermagem são conceitos baseados em funções de saúde relacionadas à manutenção da mesma e do bem-estar, de suma importância para a otimização da assistência de enfermagem e isto tem sido demonstrado fidedignamente pela gama de pesquisadoras em constante crescimento que, com o passar dos tempos e com a atualização bienal da taxonomia II da NANDA-I (antiga *North American Nursing Diagnoses Association*, hoje assim denominada como *NANDA International*), surpreendem a cada vigência. Em cada abordagem dessas evidencia-se a abordagem constantemente desafiadora que é estudar, compilar, discutir e analisar os diagnósticos de enfermagem no Brasil e no mundo, mesmo se tendo uma taxonomia como alicerce deste processo.

Partindo do princípio de que os diagnósticos de enfermagem são a segunda etapa do Processo de Enfermagem que é o método de Sistematização da Assistência de Enfermagem mais utilizado pelos estudiosos na área, tem-se a significância e suporte essencial das teorias de enfermagem para o norteamento e fundamentação do mesmo, o que facilita evidentemente a assistência de enfermagem com fortes contributos para o indivíduo carente de cuidado e para o enfermeiro que contribui com este.

Os diagnósticos de enfermagem possibilitam um prisma de julgamentos clínicos relevantes e observantes à assistência dos indivíduos que trarão dados subjetivos, objetivos e etiológicos como contribuinte para tanto. Destarte tem-se a listagem de diagnósticos de enfermagem em indivíduos acometidos pela hanseníase, à luz do constructo de Orem como estratégia de reforço da significância dos diagnósticos de enfermagem para a elaboração, planejamento e implementação de cuidados voltados para o indivíduo acometido pela hanseníase sumariamente necessitado de autocuidado ou cuidados dependentes em sua maioria.

Porquanto este estudo traz em seu percurso a descrição teórica da hanseníase e suas nuances, seguindo-se das principais definições, postulados e pressupostos da Teoria Geral de Orem com ênfase da Teoria do Autocuidado e por conseguinte por contribuintes teóricos sobre os diagnósticos de enfermagem conforme a taxonomia II da NANDA-I (2015).

Por subsequência tem-se os objetivos, método, resultados e discussão dos mesmos, bem como os resultados e discussões. As conclusões e considerações finais trazem os achados sintetizados, as limitações, contribuições e lacunas científicas para o universo da pesquisa em enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Visada como uma das doenças infectocontagiosas mais antigas da história, a Hanseníase, antes conhecida como “lepra”, tem em seu desenvolvimento conceitual e clínico o estigma como fator característico das discussões sobre esta doença. No decorrer da história, desde de achados bíblicos tendo como berço de origem a Ásia e África, a Hanseníase sempre foi abordada como doença estereotipada relacionada à “castigos divinos”, “maldições”, “impurezas espirituais” e “desonra” que conferiam ao indivíduo acometido por esta dermatose sanitária a condição de sobrepujados perante aqueles que entendiam que qualquer lesão de pele, independente das características, era considerada “lepra” (LYON & GROSSI, 2013; BASSANEZE, GONÇALVES, PADOVANI, 2014; BOECHAT & PINHEIRO, 2012; CORREA, et al., 2012).

Alguns achados históricos datam a existência de doenças com sintomatologia semelhante à da Hanseníase há quatro mil e trezentos anos antes de Cristo (a.C), na Índia, China e Japão e alguns documentos egípcios do segundo século a.C, também fazem referência à restos mortais que evidenciavam a presença da doença (MENDES, 2015).

Na Idade Média, a presença do indivíduo acometido pela Hanseníase no meio social, era motivo de repugnância e alarde da sociedade que o considerava como perigoso para a população e que eram desmembrados em casas de isolamento, conhecidas como “leprosários”. Casamentos eram anulados, caso descobrisse que um dos cônjuges era portador da doença, bem como para que houvesse casamento sendo um dos mesmos, hanseniano, este só poderia casar-se com alguém de igual diagnóstico (LYON & GROSSI, 2013; AQUINO et al., 2015).

Estigma relaciona-se à rejeição pela sociedade de um atributo, comportamento ou marca que, são considerados incoerentes com as normas de uma dada sociedade e que tem direcionamento para a estereotipagem. Nesta ótica, no âmbito da Hanseníase destacam-se os estereótipos relacionados à doença conhecida como “castigo divino”, “maldição” ou como um “mal incurável” desde referências bíblicas até os dias atuais, sendo o estigma, um dos principais motivos de não aceitação da doença, o que acarreta problemáticas para o tratamento, bem como à própria adesão ao mesmo (LEITE, SAMPAIO, CALDEIRA, 2014).

A adesão ao tratamento e a responsabilidade com a terapêutica, são fatores preponderantes na prevenção de incapacidades neurais, que representam a principal

problemática associada ao cenário epidemiológico da hanseníase mundialmente e, sobretudo, no Brasil. Diante disto, destaca-se a intervenção da Enfermagem na assistência ao indivíduo acometido pela Hanseníase, no que se refere à aplicabilidade do Processo de Enfermagem (PE) e suas etapas a saber: Coleta de dados (Histórico de Enfermagem), Diagnósticos de Enfermagem (DE), Planejamento, Implementação e Avaliação. O Processo de Enfermagem é uma metodologia do cuidar que proporciona a otimização da assistência, no que diz respeito à sistematização do cuidado para o alcance de resultados esperados para aquela assistência (MEDEIROS, SANTOS, CABRAL, 2012; NANDA-I, 2015).

Além disto, o PE também possibilita ao Enfermeiro maior fundamentação técnico-científica para a sua assistência, uma vez que, para maior fidedignidade da aplicabilidade desta metodologia, orienta-se que o mesmo seja norteado por uma Teoria de Enfermagem, meio de fortalecimento do que se pretende alcançar numa dada assistência àquele indivíduo, família, coletividade ou grupo. Nesta perspectiva, em consonância com as necessidades do indivíduo acometido pela Hanseníase e os contribuintes da assistência de Enfermagem por meio do Processo de Enfermagem, coaduna a Teoria Geral de Orem, criada pela enfermeira estadunidense, Dorothea Elizabeth Orem categorizada em três outras teorias: Teoria do Déficit do Autocuidado Teoria dos Sistemas de Enfermagem e Teoria do Autocuidado (OREM, 2001; DOMINGOS, et al., 2015).

Dorothea Elizabeth Orem (2001), ainda corrobora que esta última tem como cerne o construto do Autocuidado para a promoção de saúde daqueles que apresentam potencial minimização deste requisito para a manutenção da qualidade de vida, não obstante, atrela-se à Teoria do Autocuidado a intervenção de enfermagem ao indivíduo acometido pela hanseníase que possui necessidades reais e potenciais de autocuidado.

O autocuidado faz parte desta abordagem de manutenção do tratamento, uma vez que, o indivíduo acometido pela hanseníase juntamente com o enfermeiro, tornam-se capacitados para o reconhecimento dos requisitos de autocuidado, bem como das atividades de autocuidado apropriadas para corresponder positivamente a estes requisitos. A intensificação da relevância das ações de autocuidado ao indivíduo em tratamento para hanseníase, implementadas a partir da aplicação do Processo de Enfermagem, à luz da Teoria Geral de Orem possibilitará o reconhecimento destas ações como cruciais para um tratamento otimizado a fim de evitar incapacidades físicas, bem como a dizimação da doença no seu convívio social e desmistificação desta doença, tratável e curável (DUARTE et al., 2014; OREM, 2001).

Destarte faz-se relevante a análise do perfil diagnóstico de usuários acometidos pela hanseníase, levantando diagnósticos de enfermagem, conforme a Taxonomia II da NANDA-I 2015-2017, à luz do construto do autocuidado de Orem. Retomando que os diagnósticos de enfermagem são a segunda etapa do Processo de Enfermagem, e como julgamentos clínicos, propõem ao enfermeiro a oportunidade de planejamento da assistência, a partir de uma metodologia científica norteadora do cuidar efetivo e qualificado, somando-se aos requisitos do autocuidado, do indivíduo acometido pela hanseníase, independentemente de sua variabilidade clínica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A HANSENÍASE E SUAS NUANCES

2.1.1 A trajetória histórica e paradigmática: de “lepra” à “hanseníase”

A segregação, o estigma, o preconceito, o misticismo e os conhecimentos insuficientes e peculiares sobre a então denominada “lepra” estão datados historicamente desde o Egito antigo, sendo citada previamente por Hipócrates (400-500 a.C) que a fazia constantes associações a doenças eczemáticas. Citações bíblicas referenciam a “lepra” como castigos divinos e resignação. As pessoas “leprosas” eram consideradas imundas e repugnantes, perante as leis de Deus, sendo este o potencial e único detentor de retirada deste “pecado, como referido no Novo Testamento, livro de Mateus: “[...] curai os doentes, ressuscitai os mortos, purificai os leprosos” (BROWNE, 2003; LYON & GROSSI, 2013; MENDES, 2015; BÍBLIA, MATEUS, 10:8, 2000).

Papiros datados do reinado de Ramsés II (4.300 a.C, Egito) trazem relatos evidentes da doença, bem como achados cadavéricos de algumas múmias da época. Na China há referências do imperador chinês Huang Ting no livro “*Nei Ching Wen*”, traduzido entre 2698-2598 a.C, sobre o termo “*lifeng*” para conceituar paralisia grave e descrever uma circunstância patológica que trazia como evidência clínica nodulações, madarose (queda da sobrancelha), dormência, mudança na cor da pele e desabamento do nariz (OPROMOLLA, 2000; LYON & LYON, 2013).

“*Sushta*” é a denominação hindu dada a Hanseníase, evidenciada nos primeiros Vedas, livros sagrados da Índia designada clinicamente a partir de dois tipos de manifestações: anestesia local e deformidades de extremidades e ulcerações, queda de dedos e desabamento do septo nasal (EIDT, 2004; LYON & LYON, 2013).

O rei Ozias (“*Uzias*” ou “*Azarias*”) foi o 10º rei de Judá e é reconhecido no Velho Testamento, no livro de Crônicas II, por ter desrespeitado à Deus, que o “castigou” com a “lepra”, por ter queimando incenso no templo, atividade privativa aos sacerdotes e diante destes tornou-se leproso e como tal permaneceu até a sua morte, sendo excluído dos grupos soberanos resultando assim em seu sepultamento ao lado dos pais e não no cemitério onde os reis eram enterrados,

“[...] cometeu uma falta contra o Senhor, se Deus, entrando no templo do Senhor para queimar incenso no altar dos perfumes [...] Resistiram ao rei Ozias e lhe disseram:

não compete a ti, Ozias, queimar incenso ao Senhor, mas aos sacerdotes da estirpe de Aarão, que foram consagrados para esse fim. [...] Então Ozias, tendo na mão o turíbulo, encolerizou-se; mas, durante esse acesso de cólera, apareceu a lepra em sua frente, ali, no templo do Senhor, na presença dos sacerdotes, diante do altar dos perfumes [...] O rei Ozias ficou leproso até à morte.” (BÍBLIA, 2000, CRÔNICAS II 26: 16; 18; 19; 21).

Soldados persas, a partir do seu contato com a doença na Índia, migraram para a Grécia em 480 a.C, dizimando a doença nesta região. Em 300 a. C, diante do contato das tropas de soldados de Alexandre, o Grande, em suas campanhas na Índia, a Hanseníase foi disseminada por toda a Europa, atingindo o seu auge endêmico na Idade Média (LYON & LYON, 2013).

O Rei Balduino IV, conhecido como “O Rei Leproso” é reconhecido mundialmente como um dos personagens mais famosos, portadores de Hanseníase que tem datada sua morte consequente à doença, no ano de 1185, em Jerusalém, terra de seu reinado, interrompido precocemente, aos 25 anos de idade (CARVALHO, 2013; GUERRERO-PERAL, 2009).

Contribuições de Lyon & Grassi (2013) referem achados da Idade Média significativos sobre a exclusão social e o preconceito relacionadas a “lepra” que se destacou neste período, sobretudo, nas regiões da Europa e o Oriente Médio. Neste período estabeleceu-se o isolamento do doente em relação à população sadia, sendo esta medida bastante rigorosa em alguns países que interviam até nas questões conjugais, onde só se era permitido o casamento de um “leproso” com aquela pessoa de igual situação patológica, além do próprio isolamento social já esperado e orientado.

Este isolamento até então compulsório era encaminhado para locais específicos para este fim, os “leprosários”, residências, na grande maioria, filantrópicas, existentes até os dias atuais, que acolhiam aqueles leproso em situação de abandono por suas famílias ou por outros motivos cabíveis para este fim (LYON & GRASSI, 2013; AQUINO, 2015).

O indivíduo acometido por “lepra” tinha vestimentas específicas que o caracterizavam como tal diante da sociedade e além disto tinham de estar munidos de uma sineta que deveria ser acionada sempre que eles estivessem passando por qualquer localidade que tivessem outros indivíduos, teoricamente sadios. Se a finalidade fosse pedir esmolas, os “leproso” tinham que além das vestimentas e da sineta, colocar uma sacola na ponta de uma vara, o que conforme orientações da época, distanciava o doente da possibilidade de transmissão aos sadios, bem como o caracterizava em sua essencialidade como “unicamente leproso”, corroborando cada

vez mais para a fortificação do estigma e segregação social (SERRES & BORGES, 2015; MACIEL, 2014).

Destarte enfatiza-se a caracterização da “lepra” como doença negligenciada, por apresentar endemia clássica de países em condições de pobreza, bem como, associada a fatores tropicais influentes e com quadro de desigualdade, já que representam forte empecilho para as possibilidades de desenvolvimento socioeconômico dos países (WHO, 2010; ARAÚJO, MOREIRA e AGUIAR, 2013).

Historiadores referem a relação da “lepra” como forte representação de um sério problema político do século XIX, quando muitas nações europeias se preocupavam com a expansão comercial e econômica de suas divisas e que coincidentemente a “lepra” assolava e caracterizava estas como inoportunas para o crescimento que ali se almejava (BECHLER, 2011).

Foi diante deste cenário e cronologia, que Gerhard Henrick Armauer Hansen (1841 - 1912) o mais novo de nove irmãos noruegueses, filhos de pais aristocráticos bem-sucedidos para a época foi o grande descobridor, após uma série de entraves e discórdias científicas com outros célebres bacteriologistas da época, do *Mycobacterium leprae* (1874) bacilo causador da hanseníase. Infere-se cronologicamente que a Hanseníase surgiu, inicialmente, no continente africano, posteriormente, espelhando-se para Ásia e América do Sul (ALVES, FERREIRA, FERREIRA, 2014; QUEIRÓS, 2014; TALHARI et al., 2015).

Mal sabia Amauer Hansen, que a “sua descoberta” marcaria e modificaria vertentes e discussões relacionadas à bacteriologia do século XIX, até então rudimentares em relação aos tempos atuais e surpreendentes quando referenciadas à “lepra”, historicamente marcada por evidências que vão além de conceitos físicos e divinos (FARIA & SANTOS, 2015).

O jovem médico norueguês surpreendeu à toda a comunidade científica da época quando na publicação de seu primeiro trabalho em 1874, anunciava que aquela doença deformante, estigmatizada milenarmente, arraigada por fortes preconceitos sociais, era causada por um bacilo, e não por questões genéticas, hereditariedade e muito menos, por castigos divinos, relacionados a deturpações da alma ou desobediência (CARVALHO, 2013).

Este foi um dos passos precursores para as modificações de termos relacionados à Hanseníase, mundialmente conhecida por “lepra” ou “*leprosy*”, também chamada de “mal de Hansen”, embora possua outras terminologias como “morfeia”, “mal morfético”, “mal de

Lázaro”, e equivocadamente de “elefantíase”, “fogo de Santo Antônio”, dentre outros (BASSANEZE, GONÇALVES, PADOVANI, 2014; BRASIL, 1960; TAVARES, MARQUES e LANA, 2015).

Leite, Sampaio e Caldeira (2015) e Femina et al. (2007) cooperam que a maioria destas terminologias são marcadas por forte estigma e legados de uma trajetória histórica e social da Hanseníase carregada de preconceitos, equívocos conceituais e, sobretudo, de segregação que ainda influenciam muitas sociedades contemporâneas a relembra-las. Reitera-se que o uso do termo “lepra” tornou-se inapropriado, sobretudo, diante do indivíduo acometido pela doença e a todos que fazem parte daquele contexto patológico e de tratamento.

O eufemismo relacionado à palavra “hanseníase” no Brasil tem contribuído para a diminuição do forte estigma ainda presente na realidade de muitos indivíduos acometidos por esta dermatose sanitária, que traz consigo o legado milenar degradante relacionado à castigos divinos, repugnância, estereotipagem diagnóstica e intensa exclusão social, ainda vigentes na atualidade brasileira. Informações sobre a sintomatologia, tratamento e cura da doença são fatores relevantes para os esclarecimentos a fim de minimizar os fatores previamente listados (LEITE, CALDEIRA e SAMPAIO, 2015; ALMEIDA, et al, 2013).

A Lei 9.010 de 29 de março de 1995 dispõe sobre a terminologia oficial da Hanseníase no Brasil e dá outras providências, proibindo terminantemente o uso do termo “lepra” e seus derivados como, “leprologia”, “leproso”, “leproma” em documentos oficiais da administração centralizada e descentralizada da União e dos Estados-membros, estando sujeitos ao não curso de quaisquer documentos que não atentem a terminologia ora estabelecida (BRASIL, 1995).

2.1.2 Etiologia, transmissão e patogenia da Hanseníase.

Conhecido mundialmente por “bacilo de Hansen” em homenagem clássica ao seu “descobridor”, Amauer Hansen (1874), o *Mycobacterium leprae* é o único agente etiológico devidamente reconhecido como causador da Hanseníase, além de ter sido a primeira bactéria evidenciada cientificamente, relacionada a uma doença humana (TALHARI, et al., 2015; LYON & GRASSI, 2013; LAUTNER, 2014; BECHLER, 2011; TAVARES, MARQUES, LANA, 2015; RAMAN, BUCKINGHAM, RAMAN, 2013).

O bacilo de Hansen é uma bactéria intracelular obrigatória, um dos fatores pelos quais a mesma ainda não foi cultivada em cultura, que possui tropismo por células cutâneas, bem como por células dos nervos periféricos (células de Schwan), locais estes, apropriados para a

sua multiplicação, que embora feita de forma lenta, conforme as circunstâncias imunológicas do indivíduo contaminado e o não diagnóstico precoce da doença, pode levar a deformidades e incapacidades que trarão um forte impacto aos atributos biopsicossocial à aquele que agora está condicionado a novo caso de Hanseníase (LYON & LYON, 2013; ALVES, FERREIRA, FERREIRA, 2014; ARAÚJO & ARAÚJO 2014; MATTOS, et al., 2011; MENDES, 2015).

O agente etiológico da Hanseníase tem resistência a álcool e ácido, fator este que o caracteriza como um “BAAR” - bacilo álcool-ácido-resistente, além de caracterizar-se morfológicamente por um bastonete, envolto por uma espessa camada lipídica, ácido micólico e polissacarídeos característicos de micobactérias. O PGL-1 é um antígeno específico do bacilo e foi descoberto em 1981 (MENDES, 2015).

O genoma do *Mycobacterium leprae* foi decodificado em 2001 tendo como tempo de multiplicação 10 a 16 dias e o período de incubação varia de 2 a 5 anos para paucibacilares (indivíduos com carga bacilar negativa) e de 5 a 10 anos para multibacilares (indivíduos com carga bacilar positiva). O longo período de incubação deste bacilo traz à tona a caracterização da hanseníase como doença infectocontagiosa crônica e é uma das chaves da grande significância imunológica relacionada à ação deste patógeno que resultará em respostas clínicas significativas para o diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2010a; LAUTNER, 2014; TALHARI et al., 2015; SMITH, VAN BRAKEL, GILLIS, SAUNDERSON, RICHARDUS, 2015).

A transmissão da Hanseníase se dá de pessoa para pessoa, através das vias aéreas superiores ou por lesões de pele e mucosa que contenham secreção de continuidade diante das condicionantes bacilíferas também observadas nessa lesão. Sabe-se até então que o homem é o principal hospedeiro definitivo e não se discute a possibilidade de um vetor envolvido no processo de transmissão. (SMITH, VAN BRAKEL, GILLIS, SAUNDERSON, RICHARDUS, 2015; LYON & GRASSI, 2013).

A mucosa nasal é destacada como a principal fonte de eliminação do bacilo de Hansen, bem como via de penetração. A partir daí os bacilos invadem o organismo atingindo os linfonodos, onde será desencadeado o processo de resposta imunológica diante do enfrentamento *Mycobacterium leprae* – hospedeiro. Na grande maioria dos casos a resposta imune é eficaz de tal forma que elimina os bacilos, ou seja, sem a ocorrência da patologia, entretanto, nos casos diferenciados as bactérias passarão para o sangue e depois se disseminarão para a pele, nervos ou vísceras. É relevante ratificar que a Hanseníase tem alta infectividade e

baixa patogenicidade, ou seja, infecta muitos dos indivíduos que foram expostos ao bacilo de Hansen, porém, poucos manifestam os sinais e sintomas que evidenciam a doença (LYON & GRASSI, 2013; TALHARI et al., 2015a).

2.1.3 Sintomatologia e classificação da Hanseníase

Historicamente existem discussões relacionadas a alguns achados, possivelmente equivocados e confusos, sobre a descrição clínica da Hanseníase relatada milenarmente. Curi (2002) corrobora que algumas evidências listadas na Bíblia sobre a Hanseníase, então denominada de “lepra” não traziam consigo sintomas característicos da doença como a anestesia das lesões cutâneas e rarefação de pelos (TAVARES, MARQUES e LANA, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define caso de Hanseníase como toda pessoa que tem lesão dermatológica com parestesia (alteração de sensibilidade) e que pelos registros encontrados no percurso da conformação diagnóstica da doença desde seus primórdios, foi erroneamente evidenciado, uma vez que, associava-se a Hanseníase, ainda conhecida nominalmente por “lepra”, a toda e qualquer lesão de pele independente das lesões e de alteração de sensibilidade nas mesmas fato este contribuinte de muitas problemáticas relacionadas a doença como a dificuldade no diagnóstico diferencial e além deste o aumento da incidência da doença (TALHARI et al., 2015; MACIEL, 2014).

Dermatologicamente, a hanseníase se manifesta por máculas hipocrômicas, avermelhadas, violáceas ou amarronzadas, placas eritematosas, nódulos, sobretudo, na região das orelhas e face e membros periféricos, com alteração de sensibilidade, variando desde parestesia a anestesia nos locais das lesões. Além disso, também existem queixas de parestesias em regiões da pele, que porventura, não possam estar com a integridade da pele prejudicada, mas que se enquadram como um achado clínico relevante. Também podem ocorrer o espessamento cutâneo, infiltrações, hipoidrose e xerodermia (LYON & GROSSI, 2011; SILVA et al., 2012; BRASIL, 2010a; ALVES, FERREIRA, FERREIRA, 2014).

No que se refere ao comprometimento neural, a hanseníase, rotineiramente acomete os nervos dos membros superiores, radial, ulnar e mediano, bem como os dos membros inferiores, fibulares e tibiais posteriores. O nervo facial e trigêmeo são comprometidos quando há alterações neurológicas na face, olhos e nariz. Enfatiza-se que a sintomatologia é dependente da forma clínica ora evidenciada, uma vez que, a hanseníase é classificada em quatro formas clínicas que diferem, pelo número e caracterização de lesões cutâneas, comprometimento

neural, e complementação diagnóstica do índice bacilar obtido a partir da coleta da baciloscopia de raspado intradérmico. A baciloscopia é um exame microscópico onde se observa o *Mycobacterium leprae* diretamente nos esfregaços de raspados intradérmicos das lesões cutâneas hansênicas ou de outros sítios de coleta selecionados como: lóbulos auriculares e/ou cotovelos, e ainda da região dos joelhos (ARAÚJO, et al., 2014; REIS, GOMES, CUNHA, 2013; LYON & GRASSI, 2011).

No percurso histórico da identificação dos aspectos clínicos da Hanseníase, várias classificações lhe foram atribuídas e a mais aceita até a atualidade, foi a proposta por Rabello (1953) no Congresso de Leprologia, realizado em Madrid – Espanha, onde foram descritas e evidenciadas quatro formas polares da Hanseníase, baseadas em critérios histopatológicos, imunológicos e bacteriológicos. Estas formas são descritas como: Hanseníase Indeterminada, Hanseníase Tuberculóide, e Hanseníase Wirchowiana, acrescentando-se uma forma transitória que evoluía da Hanseníase Indeterminada, entretanto, apresentando sintomas e sinais que não contemplam nem a Tuberculóide e nem Wirchowiana, a essa forma, diante dos achados sintomatológicos, denominou-se *boderline* que também é conhecida por “dimorfa” no países de língua portuguesa e hispânica (LASTÓRIA & ABREU, 2012; BRASIL 2010a; BRASIL, 2010b; CÓTICA, 2010).

A Hanseníase Indeterminada (HI) é a forma mais precoce da doença caracterizada por máculas hipocrômicas, planas com bordas imprecisas de maior ocorrência na face, tronco, nádega e membros periféricos. Com a evolução da doença e o não tratamento podem acontecer ainda a rarefação dos pelos no local da lesão e até mesmo alopecia e ainda hipoidrose. Não há comprometimento de troncos nervosos e a baciloscopia de raspado intradérmico é sempre negativa. A HI é comumente confundida com a outras dermatoses como Pitiríase versicolor (“pano branco”), eczemátide e até mesmo com dermatite seborreica. Destaca-se a importância de uma avaliação dermatoneurológica, sobretudo, para o diagnóstico diferencial. O exame histopatológico contribui para a identificação e confirmação diagnóstica da hanseníase atentando à relevância da sintomatologia para tanto (TALHARI et al., 2015; MACIEL, 2014; LYON & GRASSI, 2012).

Diferentemente da HI a Hanseníase Tuberculóide (HT) caracteriza-se pelo aparecimento de placas eritematosas, com bordas papulosas que também podem ser hipocrômicas e apresentam-se parestésicas aos testes térmicos e dolorosos. Pode-se observar a “lesão em raquete” representada pelo comprometimento neural de um filete nervoso superficial que surge

a partir da lesão. A HT possui diagnóstico diferencial com a dermatofitose, psoríase e esclerodermia em placa, dentre outras dermatopatologias. A baciloscopia de raspado intradérmico é negativa admitindo assim a menor probabilidade de transmissão da doença (LASTÓRIA & ABREU, 2012; BRASIL 2010a; BRASIL, 2010b; CÓTICA, 2010).

A Hanseníase *boderline* ou Dimorfa tem forte variabilidade nas suas manifestações clínicas devido a sua instabilidade imunológica, evidenciada pelo comprometimento cutâneo, neurológico e até mesmo sistêmico. As lesões cutâneas apresentam-se com bordas externas elevadas, bem delimitadas e bordas internas de limites imprecisos com centro plano e hipocrômico. Existem variações da forma *boderline*: Hanseníase *Boderline-Tuberculóide*, Hanseníase *Boderline-Boderline* e Hanseníase *Boderline-Wirchowiana* que possuem características histopatológicas e dermatoneurológicas bem acentuadas e transitórias. A baciloscopia de raspado intradérmico pode ser positiva dependendo da forma variável dentre outros fatores (CÓTICA, 2010; LAUTNER, 2014).

Conhecida como a forma mais grave da Hanseníase, a tipologia wirchowiana apresenta-se através de manifestações cutâneas como nódulos, tubérculos, infiltração progressiva e difusa da pele, mucosas, sobretudo, a nasal, podendo atingir testículos, medula óssea, olhos dentre outros órgãos. É aparente as nodulações nos lóbulos das orelhas, sobrancelhas e até mesmo a perda destas, definida como madarose. A face leonina também pode ocorrer. Os membros superiores e inferiores também sofrem nodulações e infiltrações cutâneas, e aquelas denominam-se hansenomas. A xerodermia pode ser fortemente observada em algumas regiões da pele e a baciloscopia de raspado intradérmico é fortemente positiva aumentando assim a possibilidade de transmissão do bacilo de Hansen, diante das prerrogativas imunológicas, de infectividade e patogenicidade relacionadas ao mesmo. O comprometimento nervoso pode acarretar uma série de deformidade e incapacidades, quando não diagnosticados e tratados precocemente (TALHARI et al., 2015; LASTÓRIA & ABREU, 2012; OPROMOLLA, 2002).

2.1.4 Situação Epidemiológica e ações de controle no Brasil

Apesar das inúmeras estratégias de eliminação da Hanseníase adotadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em todos os países com alto coeficiente de detecção de casos para a doença, bem como , os avanços e bons resultados relacionados às intervenções de vigilância, controle e tratamento da doença, ainda há muito o que ser conquistado mundialmente e mais enfaticamente no Brasil que ocupa a segunda colocação de países com maior coeficiente de detecção de casos de Hanseníase no mundo, perdendo apenas para Índia (BRASIL, 2010b;

ALVES, FERREIRA & FERREIRA, 2014; GENOVEZ & PEREIRA, 2013; TAVARES, MARQUES & LANA, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem intensificando as intervenções relacionados ao controle epidemiológico da Hanseníase em todos os países endêmicos e hiperendêmicos para a doença, a fim de diminuir a incidência da mesma, bem como direcionar a intensificação ao diagnóstico precoce e importância da adesão e cumprimento do tratamento (WHO, 2010; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010b).

O continente americano abrange 17% dos casos de Hanseníase no mundo, dos quais 93% estão evidenciados no Brasil, que tem a doença distribuída espacialmente de forma heterogênea no país. As regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste contempla a maior prevalência de Hanseníase no Brasil (MONTEIRO et al., 2015; PENNA, OLIVEIRA, PENNA, 2009; TALHARI et al., 2015).

Em janeiro de 2015 foram divulgados dados nacionais de redução de casos de Hanseníase, aparentemente positivos: houve uma redução de 68% da prevalência da doença nos últimos dez anos, pois em 2003 tinha-se a taxa de prevalência de 4,52 por 10 mil habitantes, sendo esta reduzida para 1,42 por 10 mil habitantes, em 2013, entretanto, não fez jus à meta da OMS de 1 caso a cada 10 mil habitantes a ser obtida no ano de 2015. A taxa de cura que em 2003 era de 69,3% em 2014, teve aumento de 14% passando para 84% (SILVA et al., 2015; LAUTNER, 2014).

No Brasil uma série de estratégias vem sendo adotadas, a partir das orientações da OMS diante da situação de hiperendemicidade da Hanseníase em alguns estados brasileiros. Em 2011 o Ministério da Saúde revisou estas estratégias para que fossem mais eficazes e mudassem seus planos de intervenção epidemiológica para a eliminação das doenças negligenciadas, dentre elas, o Plano Integrado de Ações Estratégicas para Eliminação da Hanseníase, Filariose, Esquistossomose e Oncocercose como Problema de Saúde Pública, Tracoma como Causa de Cegueira e Controle das Geo-helminthiases que no que concerne a Hanseníase é uma das inúmeras estratégias adotadas no Brasil para possibilitar a eliminação de casos destas doenças, caracterizadas como negligenciadas, uma vez que, são mais incidentes e prevalentes em grupos brasileiros, vulneráveis socioeconomicamente (BRASIL, 2016, BRASIL, 2012).

Os estados brasileiros com maior risco de transmissão são Maranhão, Pará, Mato Grosso e Goiás que concentram mais de 80% do total de casos diagnosticados. A taxa de prevalência

no Mato Grosso chega a 9,03 por 10 mil habitantes — contra a média nacional de 1,42. Isto se deve pela distribuição geográfica dispersa característica de algumas populações da Amazônia legal em detrimento à acessibilidade das mesmas às instituições de saúde pública (MENDES, 2015; LYON & GRASSI, 2013).

Vale ressaltar que no Distrito Federal (DF), desde o ano de 2008 houve uma queda de notificação de casos novos até o ano de 2013, de 37,75% para, em média 7,55% ao ano. Entretanto, o coeficiente de detecção (que no DF acompanha a tendência de queda observada no Brasil) mantém-se em nível médio segundo os parâmetros de avaliação do MS - de 2 a 9,99 por 100.000 habitantes, o que demonstra que as ações de vigilância e controle, ainda requerem forte atenção e prática (BRASIL, 2013).

Regiões Administrativas como Brazlândia, Núcleo Bandeirante, Paranoá, Planaltina, Recanto das Emas, São Sebastião e Varjão, mantêm altos índices de coeficiente de detecção geral no DF. Os casos em menores de 15 anos estão concentrados principalmente na Ceilândia, Paranoá, Recanto das Emas e Riacho Fundo (BRASIL, 2013).

Outro fator preocupante na realidade epidemiológica da Hanseníase no Brasil é a alta taxa de prevalência em menores de 15 anos, fator este de grande significância para as ações de controle e vigilância da doença. Em 2012, o coeficiente de detecção foi de 17,17/100 mil habitantes na população em geral brasileira. Em menores de 15 anos, o coeficiente foi de 4,81/100 mil habitantes, redução percentual acumulada de 40% na comparação com o período de 2003 (7,98/100 mil habitantes) a 2012 (BRASIL, 2013; 2012; PIRES, et al., 2012; SANTOS, et al., 2015).

Como ações primárias de controle da Hanseníase no Brasil tem-se a educação em saúde para a prevenção da doença, a vigilância epidemiológica, o diagnóstico preciso e precoce, o tratamento oportuno de todos os casos diagnosticados até a cura, a prevenção e o tratamento de incapacidades e deformidades, que devem ser incentivados, sobretudo, por meio de Educação em Saúde a população de áreas endêmicas (BRASIL, 2010; 2015; TALHARI et al., 2015).

A vigilância dos contatos domiciliares também é uma intervenção essencial para o controle desta endemia. A mesma é feita a partir de exame dermatoneurológico de todos os indivíduos que residem ou residiram com o paciente diagnosticado com Hanseníase nos últimos cinco anos. Independente da classificação operacional, se paucibacilar ou multibacilar, os contatos intradomiciliares são convidados a comparecerem no serviço de saúde responsável

pelo tratamento daquele paciente, onde recebem orientações sobre a importância da participação deles no processo de vigilância e controle da doença. A vacina BCG (Bacilo de Calmét-Gérin) deverá ser administrada nos contatos intradomiciliares, sem sintomatologia sugestiva para Hanseníase, conforme prerrogativa a seguir (Fig. 1) (BRASIL, 2010; 2015):

FIG. 1 - ESQUEMA DE ADMINISTRAÇÃO DA BCG COMO PROFILAXIA AOS CONTATOS DE HANSENÍASE

Avaliação da cicatriz vacinal	Conduta
Sem cicatriz	Prescrever uma dose
Com uma cicatriz de BCG	Prescrever uma dose
Com duas cicatrizes de BCG	Não prescrever nenhuma dose

Fonte: Caderno da Atenção Básica- nº 21, DAB/SAS/MS, 2.ed. rev.2008. (BRASIL, 2010)

É importante salientar aos contatos que a imunização BCG não é específica para a Hanseníase e que ela faz parte do processo de abordagem de contatos intradomiciliares conforme as normativas do Ministério da Saúde e além disso, orientar sobre a importância de se autoinspecionar, a partir do reconhecimento dos sinais e sintomas da Hanseníase e que isto deve ser encaminhado o mais precoce possível, quando houver aspectos clínicos sugestivos, à Unidade Básica de Saúde ou Centros de Saúde mais próximo deste contactante (BRASIL, 2010; 2015; LYON & GROSSI, 2013).

Em 2015 o Ministério da Saúde instituiu a partir da Portaria Nº 32, de 30 de junho de 2015, que todo contato intradomiciliar de paciente portador de Hanseníase deverá receber uma dose de Rifampicina em dose única como quimioprofilaxia desses (BRASIL, 2015a).

2.1.5 Diagnóstico e Poliquimioterapia da Hanseníase

Para fins diagnósticos, considera-se caso de Hanseníase o indivíduo que apresenta regiões ou lesões de pele com alteração de sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil, associado ou não com espessamento de nervo periférico com consequente alteração das funções sensitivas, bem como a presença de *Mycobacterium leprae*, evidenciada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou no exame histopatológico (biópsia). No que concerne à notificação destes casos, deve ser realizada de forma compulsória utilizando formulário específico do Sistema de Notificação de Agravos e Notificação (SINAN) (BRASIL, 2010; MONTEIRO et al., 2015; PENNA, OLIVEIRA, PENNA, 2009).

A Baciloscopia de Raspado Intradérmico é um exame de baixa custo e fácil realização sendo realizada por profissional devidamente treinado e solicitada pelo médico da Unidade

Básica de Saúde ou serviço de referência em Hanseníase. É feita a coleta de raspado intradérmico dos lóbulos das orelhas, cotovelos, joelhos e se houver lesão sugestiva, faz-se a coleta do material intradérmico desta. Com o auxílio do microscópio observa-se a presença do bacilo de Hansen em sua integridade ou fragmentado, bem como sua quantidade para que assim possa ser orientada a contribuição diagnóstica (BRASIL, 2010e).

O diagnóstico da Hanseníase é soberanamente clínico e epidemiológico associado à anamnese completa sobre antecedentes mórbidos pessoais e familiares do paciente, bem como sobre as condições de vida deste. A avaliação dermatoneurológica é aplicada para a avaliação cutânea no que se refere a evidência de lesões ou regiões sugestivas de Hanseníase, bem como para a avaliação, por meio de inspeção e palpação, dos troncos nervosos superiores radial, ulnar e mediano e dos nervos inferiores fibular e tibial posterior. A avaliação da força também é realizada a partir de movimentos específicos para tal (BRASIL, 2010; LAUTNER, 2014).

A partir da avaliação dermatoneurológica pode-se obter a avaliação do grau de incapacidade, relacionado, principalmente a lesões neuríticas mais graves nos olhos, nariz, bem como, anestésias e/ou parestesias nas regiões palmares e plantares (BRASIL, 2010).

Para fins de tratamento, após a confirmação do caso de Hanseníase tem-se a classificação operacional deste como: paucibacilar (classificação para aqueles indivíduos com até cinco lesões e com carga bacilar à baciloscopia de raspado intradérmico negativo) ou multibacilar (aqueles com mais de seis lesões e com carga bacilar positiva, logo, são fortes transmissores da doença (LASTÓRIA & ABREU, 2012; TALHARI et al., 2015).

Demais achados clínicos, além da história epidemiológica e clínica e o exame dermatoneurológico também contribuirão na classificação operacional. A positividade da baciloscopia de esfregaço intradérmico caracteriza o indivíduo como multibacilar e a negatividade não exclui o diagnóstico da doença, bem como não o qualifica obrigatoriamente como paucibacilar, reitera-se a soberania das evidências clínicas neste sentido (SANTOS, et al, 2012; DUARTE et al., 2014; MOREIRA et al., 2014; LANZA et al., 2014).

Neste universo diagnóstico da Hanseníase, também existem os estados reacionais ou reações hansênicas (tipo 1 e tipo 2), que são manifestações clínicas consequentes à instabilidade do sistema imunológico, que se exteriorizam de forma aguda e subaguda e que pode ocorrer antes, durante e depois do uso da Poliquimioterapia (PQT). São mais frequentes em pacientes com classificação operacional MB (BRASIL, 2015a; 2010; LASTÓRIA & ABREU, 2012).

Poliqumioterapia (PQT) é o termo adotado para o tratamento da Hanseníase orientada a partir da classificação supracitada. Fazem parte deste grupo de medicamentos a Rifampicina, a Dapsona e a Clofazimina, no que concerne à PQT comum. A Minociclina e o Ofloxacino também podem ser inseridos, a partir do momento em que se evidencia intolerâncias aos medicamentos do esquema rotineiro, caracterizando assim o esquema alternativo de tratamento para a doença. No que se refere a reação hansênica tipo 1 o medicamento de primeira escolha é o corticoide Prednisona em doses orientadas a partir das condicionantes clínicas do paciente. Já na reação hansênica tipo 2, forma mais grave e que requer maior atenção aos sintomas que podem tornar-se sistêmicos, a droga de escolha é a Talidomida que tem atividade antimoduladora e imunossupressora diante do Eritema Nodoso Hansênico, terminologia também utilizada para a reação hansênica tipo 2 (BRASIL, 2010;2010a; 2015).

2.2 TEORIA DO AUTOUIDADO DE OREM

2.2.1 Conhecendo Dorothea Elizabeth Orem

Dorothea Elizabeth Orem (Fig. 2) uma das teóricas em Enfermagem mais citadas da história da Enfermagem, nasceu em Baltimore, Maryland, EUA (1914-2007). Filha de um operário da construção civil e de uma dona de casa, foi a mais nova de duas irmãs iniciando sua carreira de enfermagem no Hospital Universitário de Enfermagem de Washington, EUA, onde recebeu o diploma de Enfermagem no início dos anos 30. Nove anos depois concluiu o bacharelado em Enfermagem na Universidade Católica da América e posteriormente o título de Mestre na mesma Universidade (TOMMEY & ALIGOOD, 2001).

FIG. 2 - DOROTHEA ELIZABETH OREM (1914-2007, MARYLAND, EUA)



Fonte: <http://nurseslabs.com/dorothea-orem/>

Tommey & Aligood (2001) ainda contribuem sobre a trajetória relevante de Dorothea Orem, diante das suas diversas atuações, como na enfermagem em centro cirúrgico, pediátricos e de adultos, supervisão noturna de serviços de urgência e emergência, além de serviços de enfermagem em hospitais privados e em atendimentos domiciliares. A docência em ciências biológicas também fez parte do processo de construção curricular da teorista. No Hospital Providência de Detroit (EUA) foi diretora da Escola e do Departamento de Enfermagem, entre os anos de 1940 e 1949. Após mudar-se de Detroit para Washington, Orem assumiu cargos como o de consultora de currículos do Ministério da Educação, Departamento de Saúde e Bem-estar (1958 a 1960).

Orem foi uma das enfermeiras pioneiras nos questionamentos relacionados ao exercício da enfermagem direcionada para o cerne da mesma. Teve uma trajetória histórica basicamente fundamentada nos conceitos que traziam à valorização científica e prática do exercício da enfermagem, trabalhando, sobretudo, em Instituições de Ensino Superior relacionadas ao curso de Enfermagem, com a premissa de construção curricular dos mesmos (COSTA, 2012; BRAGA, 2014; OREM, 2001).

Dorothea Orem, publicou pela primeira vez seu conceito de enfermagem como provimento de autocuidado em 1959 e em 1971 apresentou sua obra “*Nursing: concepts of practice*” que teve edições publicadas em 1980, 1985, 1991, 1995 e 2001, conforme a expansão de conhecimento direcionado para teoria, ora proposta por ela. (OREM, 2001; RAIMONDO, et al., 2012; CACCIARI, et al. 2014).

Orem faleceu em 22 de junho de 2007, na cidade onde viveu seus últimos 25 anos, Savannah, EUA aos 92 anos de idade (BRAGA & SILVA, 2011).

2.2.2 Teoria Geral de Orem

A Teoria Geral de Orem é evidenciada no âmbito do raciocínio conceitual das teorias de Enfermagem como uma grande teoria, voltada para as terapêuticas de enfermagem no âmbito da identificação de necessidades humanas básicas (MCEWEN & WILLS, 2009)

Santos, Rocha e Berardinelli (2011) e Raimondo (2012) subsidiam que, embora sejam percebidas dificuldades para o processo de entendimento dos conceitos que envolvem as teorias de enfermagem, observa-se o aumento do número de pesquisas voltadas para esta temática, seja no âmbito prático ou conceitual, entre as quais se cita a Teoria Geral de Orem, considerada como um marco teórico de referência para a prática profissional em enfermagem.

Orem desenvolveu sua teoria baseada na necessidade de reformular os currículos da enfermagem, pois acreditava que essa tarefa era necessária para a identificação do domínio e limites da enfermagem como uma ciência e arte. O desenvolvimento da Teoria do Déficit de Autocuidado foi motivado pela insatisfação e preocupação com a ausência de um grupo de conhecimentos de enfermagem (OREM, 2001; MCEWEN, 2009).

No Brasil, o modelo conceitual de Dorothea Orem é um dos mais pesquisados, fato este justificado a partir de dois fatores principais: a promoção de saúde por meio de intervenções educacionais do enfermeiro, que facultem ao indivíduo e/ou grupos populacionais o autocuidado e aos tratamentos em longo prazo relacionados ao avanço de condições crônicas de doença e as necessidades de cuidados particulares, como em domicílio dentre outras tecnologias, como formas de cuidar de si (SCHAURICH & CROSSETTI, 2010).

A Teoria Geral do Autocuidado de Orem é composta por três teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e Teorias dos Sistemas de Enfermagem além de sua ideia central, principais pressupostos, proposições, conceitos e definições que serão destrinchados a seguir (OREM, 2001; BRAGA & SILVA, 2011; COSTA & CASTRO, 2014; TOMEY & ALLIGOOD, 2002; QUEIRÓS, VIDINHA & FILHO, 2014).

2.2.2.1. Principais conceitos e definições

A Teoria do Autocuidado de Orem aborda conceitos e definições que também são participantes das outras duas teorias de Orem, Teoria do Déficit de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem, desta forma tem-se: o *autocuidado*, *requisitos de autocuidado*, *demandas de autocuidado terapêutico*, *agente e atuação de enfermagem*. Reitera-se que Orem define autocuidado como a prática de atividades iniciadas e executadas pelo indivíduo em seu próprio benefício, para que sejam mantidos a vida e bem-estar, sendo a atividade de autocuidado a habilidade para engajar-se nesta prática. A exigência terapêutica de autocuidado abrange a totalidade de ações de autocuidado empregadas, através de métodos válidos, realizados conjuntamente (OREM, 2001; BRAGA & SILVA, 2011; QUEIRÓS, VIDINHA & FILHO, 2014).

O *autocuidado* é reiterado conceitualmente como algo deliberado pelo indivíduo no que se refere a uma ou várias ações reguladoras humanas para manter ou suprir o bem-estar a integridade, continuidade e desenvolvimento humanos (OREM, 2001; MCEWEN & WILLS, 2009).

Os *requisitos de autocuidado* significam as necessidades específicas de cuidados de cada indivíduo à luz do autocuidado. Um requisito de autocuidado formulado designa: (1) os fatores a serem controlados e mantidos para a manutenção da saúde e bem-estar do indivíduo, família e coletividade; (2) qual a origem da ação de autocuidado requerida (OREM, 2001).

Orem (2001) diante do seu conceito de autocuidado e de demais pressupostos e proposições elaborou três tipos de requisitos de autocuidado que se inter-relacionam e que são aplicáveis diante do contexto de autocuidado ou cuidado dependente exigidos: *requisitos universais de autocuidado*, *requisitos de desenvolvimento de autocuidado* e *requisitos de desvios de saúde*.

Os *Universais* são os requisitos sugeridos para a manutenção da integridade estrutural e funcional humana em diversos ciclos da vida, variando desde necessidades biológicas básicas até a manutenção da interação social, como listado a seguir (OREM, 2001):

1 – Manutenção do aporte respiratório suficiente e adequado;

2 – Suporte hídrico apropriado;

3 - Apropriação suficiente de ingesta de alimentos;

4 - Manutenção suficiente das eliminações fisiológicas;

5 - Equilíbrio entre atividade e repouso;

6 - Preservação do equilíbrio entre solidão e interação social;

7 - Prevenção de riscos para a vida e ao bem-estar;

8 - Promoção do funcionamento e desenvolvimento humano nos grupos sociais;

Os *Requisitos de Autocuidado de Desenvolvimento* referem-se aos processos de vida e maturação da mesma, bem como previnem ou mitigam as condições que agem em detrimento destes mesmos processos. Volta-se para os eventos ou situações novas de vida onde prioriza-se o desenvolvimento a partir destas. Para o cumprimento destes requisitos é necessária a identificação dos requisitos universais de autocuidado (OREM, 2001).

Aqueles requisitos exigidos em condições de doença, ferimento ou moléstia que precisam ser sanados, após sua identificação e diagnóstico, para fins de tratamento, profiláticos,

de recuperação e reabilitação da saúde, são denominados *Requisitos de Desvios de Saúde*. (OREM, 2001).

Orem (2001) organizou estes requisitos, voltadas aos indivíduos enfermos, em seis categorias:

- Manutenção de ajuda médica apropriada para as diversas situações comprometedoras dos bem-estar biopsicossocial;
- Ter ciência dos efeitos e resultados das respectivas situações patológicas;
- Realizar efetivamente todas as intervenções para a promoção das ações de controle, vigilância, tratamento e reabilitação;
- Estar ciente e preparado para os possíveis efeitos adversos daquele tratamento médico, sobretudo, os que influenciam nos padrões de desenvolvimento;
- Aceitação e potencialidades adaptativas às adversidades de saúde e, em contrapartida, buscar atendimentos específicos para tanto;
- Aceitação da sua atual condição de saúde-doença para o preparo da superação de possíveis adversidades, contribuindo assim para o desenvolvimento pessoal de forma organizada, deliberada e contínua.

As demandas de autocuidado terapêutico, também citada em algumas literaturas como *demandas de autocuidado*, referem-se a delimitação do tipo e quantidade de autocuidado, ou seja, de sua especificidade, necessários ao indivíduo a partir da verificação de fatores direcionados à isso, no âmbito das funções reguladoras humanas. Em outras palavras caracteriza-se pela observação das necessidades de autocuidado para atender adequadamente aos requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde apresentados pelo indivíduo em um dado momento. A análise calcular da demanda terapêutica de autocuidado é feita com base nos fatores atuantes no detrimento à saúde do indivíduo (OREM, 2001).

Em se tratando do paciente com Hanseníase as principais demandas de autocuidado terapêutico estão voltadas para os cuidados com a face, mãos e pés no que se refere aos acometimentos neurais que podem ocorrer, significantes agravantes da doença. A de se considerar também os autocuidados dermatológicos que são fortes contribuintes do tratamento, sobretudo, na manutenção e regeneração da integridade da pele, como pode ser ilustrado pela educação promovida ao paciente acometido pela Hanseníase que irá iniciar a Poliquimioterapia (PQT), ressalta-se a este a importância de proteger-se do sol , bem como a ciência de que a clofazimina (medicamento participante da PQT) hiperpigmenta a pele , alterando sua coloração

que é revertida após um ano da conclusão do tratamento (BRASIL, 2010b; TALHARI et al., 2015; KUBOTA et al., 2014; OPRMOLLA, 2000)

Também se reitera a problemática de determinação social relacionada à hanseníase, uma vez que a mesma faz parte do grupo das doenças negligenciadas, ou seja, aquelas que estão diretamente relacionadas às mazelas sociais como pobreza, fome e debilidades de saneamento básico. A estigmatização social e o preconceito são ratificados como os fortes condicionantes de caracterização da doença que influenciam até mesmo nas contribuições dos serviços de saúde e profissionais destes nos processos de vigilância, tratamento e controle da hanseníase (BRASIL, 2010b; TALHARI et al., 2015; OPRMOLLA, 2000).

Fatores socioculturais, estilo de vida, família e ambiente pode influenciar no cálculo e evidência das *demandas de autocuidado terapêutico* (OREM, 2001). Orem (2001) destaca que o enfermeiro diante de sua atuação como promotor de autocuidado, deve ser capaz de evidenciar com destreza os fatores que corroboram para a não evidência da demanda de autocuidado existente naquele indivíduo, para que assim seja otimizada e eficaz a assistência à luz desse. Como exemplo, podem-se ilustrar todos os cuidados essenciais que a pessoa com Hanseníase precisa ter ciência para aplica-los para si.

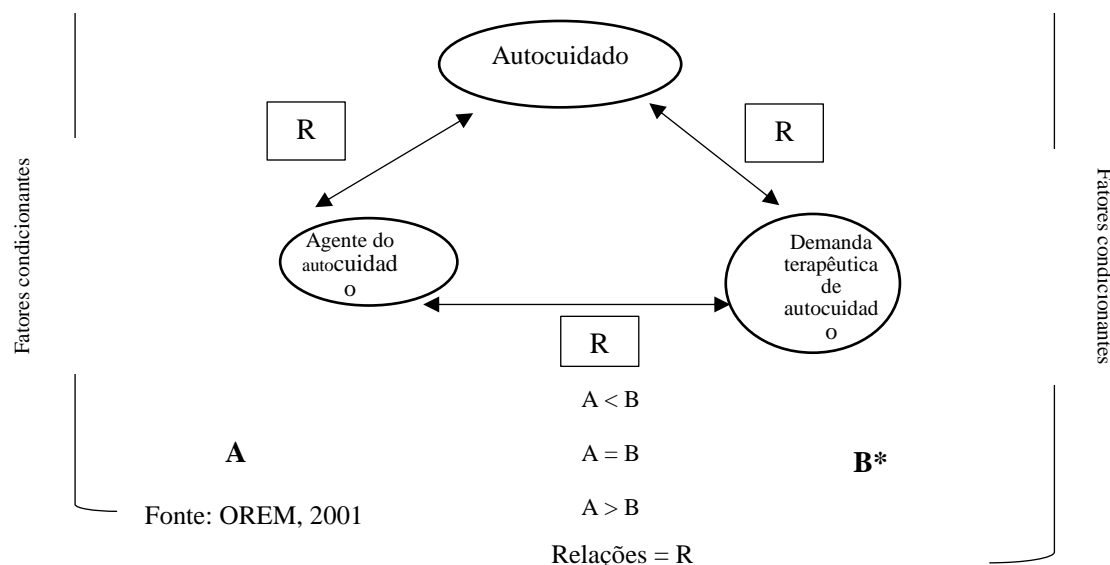
O *agente do autocuidado* é aquela pessoa, que segundo as discussões de Dorothea Orem (2001) toma parte das ações de autocuidado, para si ou para outrem, e que deve ser passível de conhecimentos e experiências relacionados às necessidades de autocuidado existentes ali. É responsabilidade da enfermagem incentivar e promover diante de fundamentação científica, bem como sistemática e percepções sobre o constructo do “autocuidado”, a pessoa que está em situação de necessidade deste.

No que concerne à Hanseníase o *agente do autocuidado* é o próprio paciente ou aquele que se dispõe a oferecer este cuidado, em circunstâncias de dependência, que se refere algum familiar ou um cuidador, ou até mesmo o enfermeiro. Este propicia intervenções específicas ao tratamento, no que se refere ao acompanhamento do mesmo, bem como na busca ativa dos casos, por meio das hipóteses diagnósticas dos mesmos, a partir da anamnese, avaliação dermatoneurológica, testes de sensibilidade térmica, tátil e dolorosa e abordagem e acompanhamento dos contatos (BRASIL, 2010a; 2010b; NASCIMENTO, BARRÊTO, BRANDÃO & TAVARES, 2011)

A atuação da enfermagem deve estar voltada para a identificação de todos os requisitos de autocuidado bem como das demandas terapêuticas de autocuidado para assim possibilitar à pessoa que necessita desse, segurança, significância à ciência de enfermagem e otimização do suporte e manutenção do autocuidado, tendo o enfermeiro a responsabilidade de evidenciar intercorrências que possam surgir em detrimento deste autocuidado. Intervenções de enfermagem no âmbito de prevenção e promoção da saúde, em níveis primário, secundário e terciário de atenção em saúde, além dos fatores apropriados para recuperação, reabilitação, tratamento, vigilância e avaliação da aplicabilidade deste autocuidado devem ser implementadas à luz do conceito de enfermagem proposto (OREM, 2001; MCEWEN & WILLS, 2009). Tais estratégias reforçam e estão diretamente relacionadas àquelas propostas para a Hanseníase diante da situação endêmica e problemática em saúde pública que se tem no Brasil. A atuação da enfermagem em sua completude e essencialidade, seja diante do paciente com Hanseníase seja diante do que a ciência traz como proposta de cuidado, à luz do autocuidado de Orem, são significantes para o alcance do bem-estar do paciente, no que se refere aos requisitos de autocuidado evidenciados como prioritários para tal resultado (OREM, 2001; BRASIL, 2010a; 2010c; NASCIMENTO, BARRÊTO, BRANDÃO & TAVARES, 2011; DUARTE, 2014).

Para facilitar a compreensão em relação aos principais conceitos e definições evidenciados por Orem (2001), a nobre teórica, estudou a relação entre os mesmos, sobretudo, ficou evidente a relação mais fidedigna entre o *autocuidado*, o *agente de autocuidado* e a *demanda de autocuidado terapêutico* (Fig. 3).

FIG. 3 - RELAÇÕES EXISTENTES ENTRE O AUTOCUIDADO O AGENTE DO AUTOCUIDADO E A DEMANDA TERAPÊUTICA DE AUTOCUIDADO



Quando os indivíduos necessitam de ações deliberadas de autocuidado estão assim buscando a satisfação dos *requisitos de autocuidado*, identificados a partir da *demanda de autocuidado terapêutico* existente. Reitera-se que as necessidades para satisfazer os *requisitos de autocuidado, universais, de desenvolvimento e de desvios de saúde* constituem essencialmente a demanda terapêutica dos indivíduos. O responsável pela provisão deste autocuidado seja para si próprio ou dependente é o *agente de autocuidado*. Ao estabelecer-se esta relação em um tempo hábil e propício diante do demandante identificado, obtêm-se assim o *autocuidado* (OREM, 2001).

É salutar voltar-se para os fatores condicionantes destas relações que possibilitam circunstâncias apropriadas para a aplicabilidade do autocuidado e a identificação das demandas terapêuticas de autocuidado (OREM, 2001).

É importante a identificação de demandas de autocuidado terapêutico em pacientes com Hanseníase que necessitam de ações de autocuidado ou cuidados dependentes com a finalidade de prevenir incapacidades e deformidades consequentes ao acometimento neural que está intimamente relacionado ao diagnóstico tardio, não adesão ao tratamento e falta de educação em saúde para o reconhecimento das situações que evidenciam tais potencialidades da Hanseníase (DUARTE et al, 2014; LYON & GRASSI, 2013; BRASIL, 2010d).

2.2.2.2 Teoria do Autocuidado de Orem: ideia central, principais pressupostos e proposições

Orem foi a pioneira nas discussões relacionadas as potencialidades de cada indivíduo no processo de cuidar de si mesmo, constructo este que ela denominou de “autocuidado”. Este conceito surgiu em 1958-1959 quando Dorothea Orem, à luz de outras ciências, sobretudo, as humanas, questionou-se sobre quais condicionantes seriam necessários para que cada indivíduo necessitasse de cuidados de Enfermagem e a partir do conceito precursor e da definição de outros conceitos que fundamentam uma Teoria de Enfermagem, Dorothea elaborou a Teoria do Autocuidado (OREM, 2001; BRAGA & SILVA, 2001; QUEIRÓS, VIDINHA & FILHO, 2014).

Orem (2001) em 1990 levantou a hipótese de que o autocuidado estava baseado em funções regulatórias humanas e que a elaboração desta adveio das duas teorias base de sua Teoria Geral, Teoria do Autocuidado e Teoria do Déficit do Autocuidado. Sendo assim, tornou-se a ideia central da Teoria do Autocuidado de Orem.

As habilidades do cliente são de grande importância para as práticas de autocuidado, cujas funções humanas básicas são determinantes para a esta prática, e a avaliação delas mostrará se uma pessoa tem capacidade de ser independente para o autocuidado ou se necessita de ajuda (OREM, 2001; FROTA et al., 2012; MENEZES et al., 2013).

A partir desta ideia relacionada às funções humanas essenciais para a manutenção da saúde e do bem-estar dos indivíduos é que foram elaborados os pressupostos, a ideia central da Teoria Geral de Orem e uma série de proposições relacionadas à mesma. Todas estas elaborações são aplicáveis à três teorias de Orem e expressam fidedignamente às mesmas (OREM, 2001; BARBOSA et al., 2012).

Vale ressaltar que o agente do autocuidado é a pessoa responsável pela execução deste e a pessoa que promove autocuidado a outrem é denominada de agente de cuidado dependente (OREM, 2001).

Orem (2001) direciona os pressupostos da Teoria do Autocuidado em relação ao exercício deste e práticas relacionadas à sua manutenção, bem como aos fatores condicionantes individuais e coletivos que podem interferir no processo de formalização do autocuidado, dentre outras discussões supostas sobre a supracitada teoria. Destarte, foram traçadas seis conjecturas atreladas ao autocuidado de Orem (Quadro 1).

QUADRO 1 - PRESSUPOSTOS DA TEORIA GERAL DE OREM

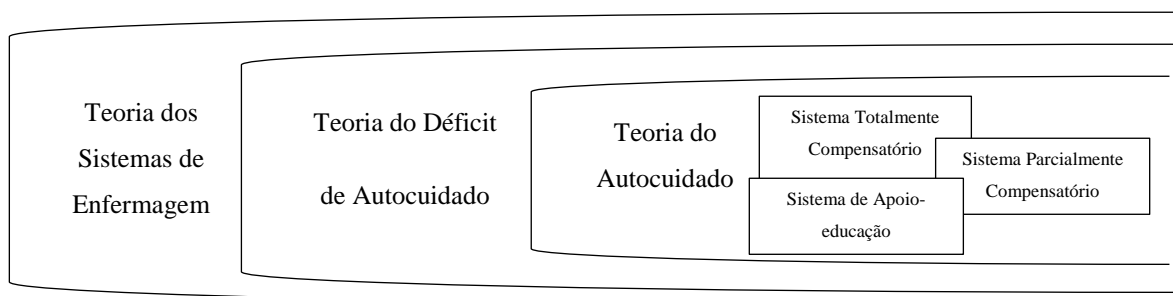
PRESSUPOSTOS DA TEORIA GERAL DE OREM	
PRESSUPOSTO 1:	Os seres humanos precisam de educação em saúde deliberada e contínua sobre si mesmos e sobre o ambiente para desenvolverem habilidades práticas e intelectuais a fim de darem continuidade à manutenção de suas funções humanas essenciais
PRESSUPOSTO 2:	O autocuidado e a promoção de cuidados dependentes requerem disponibilidade, aquisição, preparação e utilização de recursos determinantes para a necessidade e prestação de cuidado.
PRESSUPOSTO 3:	Os meios e procedimentos pelos quais o autocuidado é propiciado ao indivíduo e a seus dependentes variam de acordo com fatores culturais, sociais e de coletividade.
PRESSUPOSTO 4:	Situações estáveis ou mudanças de vida condicionam a possibilidade de o indivíduo apropriar-se ou não de atividades de autocuidado e de cuidados dependentes.
PRESSUPOSTO 5:	A experiência em ações de autocuidado e de cuidados dependentes propicia a formação de um corpo estruturante sobre os tipos de cuidado bem como sobre a promoção e manutenção do mesmo.
PRESSUPOSTO 6:	O conhecimento científico e o conhecimento empírico devem estar atrelados no processo de promoção de autocuidado e cuidados dependentes.

Fonte: Adaptado de OREM (2001).

As proposições apresentadas por Dorothea Orem sobre a Teoria do Autocuidado não são logicamente relacionadas e são base para a formulação e testes de hipóteses relacionadas ao autocuidado. É salutar reiterar que proposições no âmbito do estudo de teorias e modelos conceituais de enfermagem, conforme Tomey & Alligood (2002, p.9) são “postulados que determinam as relações propostas entre os conceitos de uma teoria”.

Constituída como a essência da Teoria Geral de Orem, a Teoria do Déficit de Autocuidado (Fig. 3), constituída é definida como aquela que descreve e explica a necessidade da enfermagem para contribuir nas ações de autocuidado do indivíduo que se sente incapacitado e limitado para prover autocuidado contínuo e eficaz. A Teoria dos Sistemas de Enfermagem limita-se a explicar a maneira pela qual os indivíduos necessitam dos cuidados de enfermagem a partir do déficit do mesmo, ou seja, são evidenciados os sistemas de compensação apropriados para a possibilidade e manutenção de autocuidado para estes indivíduos (OREM, 2001; QUEIRÓS, VIDINHA & FILHO, 2014).

FIG. 4 – CONSTITUINTES TEÓRICOS DA TEORIA DO DÉFICIT DO AUTOCUIDADO E DOROTHEA OREM



Fonte: (OREM, 2001).

Ratifica-se que a Teoria dos Sistemas de Enfermagem baseia-se essencialmente nas necessidades de autocuidado e na capacidade do paciente para a execução de atividades de autocuidado, a fim de satisfazer os requisitos de autocuidado do indivíduo, e que para tanto Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem: *Sistema Totalmente Compensatório*, passando pelo *Parcialmente Compensatório*, culminando no *Sistema de Apoio-educação* se apropriado às necessidades terapêuticas de autocuidado do indivíduo (OREM, 2001; CACCIARI, et al., 2014; COSTA & CASTRO, 2014; COSTA, CASTRO, ACIOLI, 2013; QUEIRÓS, VIDINHA & FILHO, 2014).

A abordagem das atividades de autocuidado, segundo a Teoria Geral de Orem, possibilita a relação com grupos específicos de indivíduos acometidos por doenças

caracterizadas pela necessidade de autocuidado. Na esteira deste raciocínio, destacam-se os indivíduos acometidos pela Hanseníase, que é uma doença dermatoneurológica, altamente incapacitante. Admite-se que o homem é o reservatório do bacilo e que a transmissão se dá por gotículas contaminadas eliminadas pela tosse, espirros e pela própria fala, já que incidentalmente o parasita se encontra no trato respiratório superior (NASCIMENTO, et al., 2011; CORREA, et al., 2012).

2.3 PROCESSO DE ENFERMAGEM E SUA ETAPAS INTER-RELACIONADAS

Introduzido nos cursos de Enfermagem nas décadas de 1920 – 1930, o planejamento da assistência e, mais recentemente, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é a organização dos procedimentos de cuidados em enfermagem de forma metódica e devidamente fundamentada. Está fundamentação é essencialmente feita por uma Teoria de Enfermagem que norteará a assistência de enfermagem para fins de otimização e alcance das metas inicialmente determinadas (TANNURE & PINHEIRO, 2011; SILVA, et al., 2012; MEDEIROS, SANTOS, CABRAL, 2012; NEVES, 2010).

Furtado & Nóbrega (2013), Medeiros, Santos & Cabral (2012), Tomey & Alligood (2004) contribuem que ao discutir sobre o PE e SAE, ressalta-se a relevância da utilização das Teorias de Enfermagem, definidas como um grupo conceitual interrelacionado que norteia a prática de enfermagem, conforme o que se pretende abordar naquele contexto. Cada teoria de enfermagem tem seu nível de abstração, bem como possibilidade ou não de aplicabilidade, principais conceitos e definições, postulados, pressupostos, modelo, bem como a explanação, quando for pertinente à teoria, dos metaparadigmas: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem.

Destarte o PE aplicado à luz de uma teoria de enfermagem, possibilita ao enfermeiro maior autonomia profissional, assim como suporte epistemológico crítico suficiente para solucionar os problemas de saúde reais ou potenciais identificados, sendo o raciocínio clínico, a etapa mais complexa para esta tomada de decisão, além de proporcionar o reconhecimento da enfermagem como ciência do cuidar que alia a teoria e prática, com a devida fundamentação empírica (LIRA & LOPES, 2011; MATOS, et al., 2011).

Enfatiza-se a figura de Wanda de Aguiar Horta (1928 – 1981) no Brasil como pioneira das discussões e levantamentos relacionados ao Processo de Enfermagem iniciados na década de 60 que trouxe forte marco conceitual para a significância da enfermagem enquanto ciência mais científica e menos intuitiva (HORTA, 1979; SOUZA, 2014)

O Conselho Federal de Enfermagem a partir da Resolução COFEN nº 358/2009 dispõe sobre a responsabilidade do enfermeiro na aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem, e do Processo de Enfermagem, além de dá outras providências nesta ótica. Esta aplicabilidade refere-se a todo e qualquer serviço de saúde em que sejam geridos, planejados e executados cuidados de enfermagem, sejam eles de natureza pública ou privada (BRASIL, 2009; TANNURE & PINHEIRO, 2009).

A Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto 94.460 de 08 de junho de 1987 que regulamenta o exercício profissional da Enfermagem no Brasil, bem como dá outras providências, também traz referências da relevância da assistência de enfermagem feita de sistemática para otimização da assistência, bem como, para outras contrapartidas relevantes neste sentido, como o reforço do reconhecimento técnico-científico do enfermeiro (BRASIL, 1986; 1987)

Toda e qualquer estratégia, coerentemente fundamentada, utilizada para tornar metodológica, sistêmica e organizada o planejamento e execução da assistência de enfermagem refere-se à SAE que pode ser assim aplicada a partir do Planos de Cuidados em Enfermagem, sendo o Processo de Enfermagem a forma mais utilizada e conhecida desta metodologia do cuidar em enfermagem (NEVES, 2010; TANNURE & PINHEIRO, 2011; SOARES et al., 2015).

Nettina (2011) define Processo de Enfermagem como uma ação de enfermagem deliberada, metodológica capaz de atender às necessidades de saúde dos indivíduos, família e coletividade a partir da aplicabilidade de suas etapas.

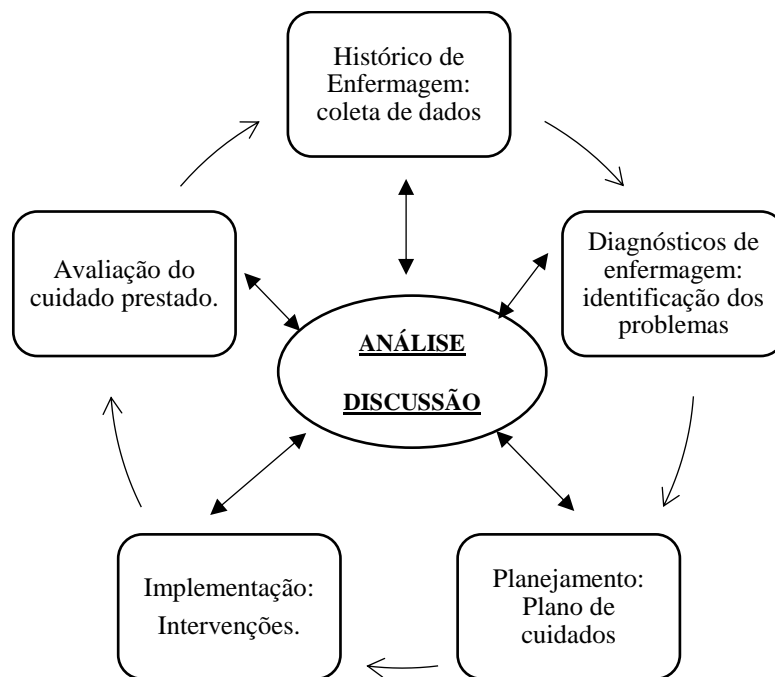
Garcia & Nóbrega (2009) ratificam que o Processo de Enfermagem é um método ou modo de fazer em enfermagem, sistemático, que abrange o respeito aos princípios e valores e também tem forte suporte técnico-científico para a assistência de enfermagem.

Tannure & Pinheiro (2011) corroboram de forma concisa que o Processo de Enfermagem é a metodologia pela qual se implementa à luz do exercício profissional de enfermagem, uma teoria de enfermagem

Orem (2001) por sua vez, define Processo de Enfermagem como uma metodologia capaz de evidenciar as carências de autocuidado ou de cuidados dependentes aos indivíduos, possibilitando a identificação dos papéis dos agentes de autocuidado para satisfazerem o plano de cuidados em enfermagem proposto.

O Processo de Enfermagem apresenta cinco etapas inter-relacionadas (Fig. 4) que norteiam a identificação do paciente, bem como dos problemas de saúde reais e potenciais ali evidenciados, para, posteriormente, planejar, implementar e avaliar a assistência de enfermagem prestadas. Destarte tem-se como etapas do Processo de Enfermagem: a coleta de dados (histórico de enfermagem), diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem (BRASIL, 2009; NANDA-I, 2015; NETTINA, 2011; NEVES, 2010).

FIG. 5 - ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM E SUA INTER-RELAÇÕES.



Fonte: A autora (2016)

O *Histórico de Enfermagem*, etapa inicial do Processo de Enfermagem, também conhecido por investigação ou coleta de dados é a fase na qual aplica-se uma anamnese completa a fim de caracterizar inicialmente os indivíduos nos quesitos sóciodemográficos, culturais, clínicos e de morbidade. São questionados dados de identificação, a queixa principal, história da doença atual, antecedentes mórbidos pessoais, familiares, possíveis alergias, atopias, dentre outros quesitos que contribuirão para a compreensão inicial do indivíduo, como paciente. Nesta etapa também é realizado o exame físico em sua completude e destreza técnica, onde também é aplicada a propedêutica de enfermagem (inspeção, palpação, percussão e ausculta) e onde são evidenciados achados clínicos, sinais e sintomas, relevantes para todas as etapas do Processo de Enfermagem (TANNURE & PINHEIRO, 2011; POTTER & PERRY, 2009).

No que concerne ao *Histórico de Enfermagem* do paciente acometido pela Hanseníase, aqui são levantados principalmente os antecedentes familiares e pessoais para a doença, condicionantes de saneamento básico, bem como é feita a avaliação dermatoneurológica e testes de sensibilidade tátil, térmico e dolorosos para a avaliação das possíveis lesões e /ou áreas parestésicas sugestivas de Hanseníase.

A segunda etapa do Processo de Enfermagem, conforme Tannure & Pinheiro (2011), Silva, Garanhani e Peres (2015), NANDA (2015) é a etapa dos *Diagnósticos de Enfermagem* onde são observados e identificados, a partir dos achados na etapa anterior, Histórico de Enfermagem, os problemas de saúde reais e potenciais e os fenômenos relacionados à promoção da saúde dos indivíduos e que terá uma única seção, posteriormente, para melhor entendimento.

Por conseguinte, tem-se a terceira etapa do Processo de Enfermagem, *Planejamento*, onde a partir do que foi identificado nas etapas anteriores, à luz de uma teoria de Enfermagem, elabora-se o plano de cuidados onde são traçadas metas e resultados esperados para aquela assistência específica. No âmbito da assistência de enfermagem ao indivíduo portador de Hanseníase à luz da Teoria de Orem, são evidenciados, sobretudo, as demandas terapêuticas para a implementação das prescrições de enfermagem à luz do autocuidado (NANDA-I, 2015; POTTER & PERRY, 2009; NETTINA, 2011).

As intervenções de enfermagem são aplicadas na quarta fase subsequente. Esta por sua vez, denominada de *Implementação* onde são aplicados os cuidados propostos no plano de cuidados ora planejado a fim da obtenção dos resultados esperados e metas propostas. Nesta etapa é importante que o enfermeiro exercite com responsabilidade, destreza, técnica e suporte científico a sua assistência de enfermagem propriamente dita, uma vez que destas intervenções surgirão apontamentos posteriores para a continuidade do plano de cuidados de enfermagem (OREM, 2001; TANNURE & PINHEIRO, 2011; GARCIA & NÓBREGA, 2009; POTTER & PERRY, 2009).

A Avaliação que consiste na quinta etapa do Processo de Enfermagem volta-se para os registros e análise da assistência que foi implementada. Nesta fase observa-se se os resultados esperados foram alcançados e como que isso se deu, quais os percalços para a obtenção destes, bem como os facilitadores para o alcance da assistência. Mesmo não alcançando os resultados ora propostos, ou obtendo-se resultados negativos em relação à assistência de enfermagem, faz-se necessário discutir e analisar o que foi aplicado. A evolução de enfermagem, registro relevante para a manutenção, continuidade e identificação da assistência de enfermagem é parte

fidedigna desta etapa (POTTER & PERRY, 2009; NETTINA, 2011; TANNURE & PINHEIRO, 2011).

2.3.1 Diagnósticos de Enfermagem e sua relevância para a assistência de Enfermagem

A taxonomia II da NANDA- I (2015) discorre que os *Diagnósticos de Enfermagem* são compreendidos e evidenciados como julgamentos clínicos relacionados à pessoa, família e coletividade que possibilitarão a organização do plano de cuidados para posterior, implementação, avaliação e reavaliação do mesmo.

Para a identificação dos diagnósticos de enfermagem é necessário que o enfermeiro tenha potencial capacidade de julgamento clínico, bem como de análise, síntese e acurácia na interpretação dos dados clínicos ora evidenciados (TANNURE & PINHEIRO, 2011; SOUZA, 2014).

Em 1986 foi elaborada, mas apenas em 1989 foi publicada a primeira taxonomia de diagnósticos de enfermagem pela então *North American Nursing Diagnoses Association* (NANDA) a fim de padronizar mundialmente a linguagem dos diagnósticos de enfermagem. A segunda taxonomia proposta foi aprovada em 2000 e publicada em 2001. Em 1994 o Comitê de Taxonomia da NANDA-I, propôs uma nova estrutura de organização dos diagnósticos de enfermagem que ainda não era satisfatória. Em 1998 uma estrutura de organização de diagnósticos de enfermagem, baseada nos Padrões Funcionais de Gordon foi melhor vista para ser a base da taxonomia, embora ainda complexa para o processo de listagem e discussão diagnóstica. Somente em 2002, após inúmeros ajustes, que foi aceita a taxonomia II, baseada na organização dos diagnósticos de enfermagem em domínios e classes (SOUZA, 2014; NANDA-I, 2015).

A taxonomia II atual apresenta uma estrutura multiaxial, organizada em sete eixos, referente a construção de conceitos diagnósticos (NANDA – I, 2015):

- Eixo 1: Foco diagnóstico (raiz do conceito diagnóstico; elemento central);
- Eixo 2: Sujeito do diagnóstico (indivíduo, família, coletividade, etc);
- Eixo 3: Julgamento (complicado, ineficaz, prejudicado, etc);
- Eixo 4: Localização (auditivo, tissular, ocular, etc);
- Eixo 5: Idade (idoso, lactente, adulto, etc);
- Eixo 6: Tempo (agudo, crônico, intermitente, etc);

- Eixo 7: Situação do diagnóstico (com foco no problema, de risco, promoção de saúde).

O eixo 7 refere-se em outras palavras aos tipos de diagnósticos de enfermagem existentes na taxonomia II da NANDA – I (2015).

A NANDA-I (2015) ainda corrobora que como parte da contemplação do diagnóstico de enfermagem necessita-se dos termos-chaves para a formação destes, que são três, a saber: características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco.

Diagnóstico com foco no problema são os diagnósticos reais evidenciados a partir de características definidoras e fatores relacionados. Diagnósticos de promoção de saúde são aqueles em que se observa a motivação do indivíduo, família e coletividade em melhorar sua atual situação de saúde com ênfase nas ações que propiciem bem-estar. Já os diagnósticos de risco representam situações de vulnerabilidade à processos disfuncionais a condições de saúde, também fazem parte deste grupo as síndromes (NANDA-I, 2015).

As características definidoras, itens chaves dos diagnósticos com foco no problema, de promoção da saúde ou de síndrome, são conceituadas como as inferências e evidências clínicas observáveis no paciente. Em linhas gerais são os sinais e sintomas passíveis de serem tocados, ouvidos, inspecionados e até mesmo cheirados (NANDA-I, 2015).

Participantes dos diagnósticos com foco no problema e síndromes, os fatores relacionados são conceituados pela NANDA-I (2015) como fatores causadores ou dados que demonstram algum tipo de relação padronizada com os diagnósticos de enfermagem, ou seja, direcionam-se conceitualmente para a etiologia do que foi evidenciado como julgamento clínico.

Os fatores de risco, por sua vez, indicam aqueles que trazem vulnerabilidade ao indivíduo, família e coletividade, sejam, fatores fisiológicos, genéticos, químicos, mecânicos, ambientais, etc. Salienta-se que estes fatores fazem parte unicamente dos diagnósticos de enfermagem de risco (NANDA-I, 2015).

Ressalta-se que além dos termos-chaves, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco como somadores do título diagnóstico, para posterior identificação do diagnóstico de enfermagem é relevante a definição do mesmo descrito de forma veemente na taxonomia II da NANDA-I (2015).

Os diagnósticos de enfermagem, como parte do Processo de Enfermagem de relevância salutar para o planejamento, implementação e avaliação da assistência são importantes devido a sistematização que os mesmos oferecem ao processo de cuidar em enfermagem, direcionando com fidedignidade a assistência, proporcionando ao enfermeiro olhar crítico reflexivo e maior raciocínio científico diante das situações rotineiramente apresentadas. A enfermagem anseia por este reconhecimento necessário, diário de ciência do cuidar explícita de essencialidades técnicas-científicas que a condicionam e que os diagnósticos de enfermagem, bem como o próprio Processo de Enfermagem são fortes promotores disto (OREM, 2001; NANDA-I, 2015; TANNURE & PINHEIRO, 2011).

Diante disto ressalta-se o valor técnico-científico, conceitual e prático dos estudos de enfermagem onde são traçados perfis diagnósticos de enfermagem para indivíduos, família e coletividade em situações de diversas etiologias e características contribuindo assim para maior valoração bem como dizimação dos diagnósticos de enfermagem como julgamentos clínicos essenciais para o planejamento da assistência, bem como para sua implementação e ainda por cima, pela avaliação do processo de cuidar para a continuidade e modificação do mesmo.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar o perfil diagnóstico de enfermagem de usuários acometidos pela hanseníase, em um hospital de ensino do Distrito Federal, conforme a Taxonomia II da NANDA-I, à luz do construto de autocuidado de Orem.

3.2 ESPECÍFICOS

- Caracterizar os participantes da pesquisa a partir de variáveis sócio-econômicas-demográficas e clínicas;
- Identificar os diagnósticos de enfermagem dos usuários acometidos pela hanseníase a partir da taxonomia II da NANDA-I à luz dos requisitos universais do autocuidado de Orem;
- Identificar e discutir os diagnósticos de enfermagem com foco no problema, de promoção da saúde e de vulnerabilidade mais frequentes, identificados na amostra do estudo.
- Identificar e discutir as características definidoras e os fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem, com foco no problema, mais frequentes e relevantes nos sujeitos do estudo;
- Identificar e discutir as características definidoras dos diagnósticos de promoção da saúde mais frequentes evidenciados;
- Identificar e discutir os fatores de risco dos diagnósticos de enfermagem de vulnerabilidade mais frequentes e importantes no voluntariado deste estudo;

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa. Estudos descritivos tem a finalidade de informar sobre a distribuição e frequência de um evento, relativos às variáveis, tempo, pessoa e lugar, em termos quantitativos e não há formação de grupos-controle para a comparação de resultados (PEREIRA, 1995).

Os estudos transversais, também conhecidos por seccionais, ou de prevalência são caracterizados por obterem a análise daqueles dados em um “único” momento, como se fossem uma “fotografia” dos achados a serem verificados, diante do que se objetiva na pesquisa (ROUQUAYROL & GURGEL, 2013; PEREIRA, 1995).

Somando-se estes conceitos, tem-se os estudos de tipologia descritiva que são essencialmente observacionais e usualmente aplicáveis quando não se tem conhecimento da frequência, história natural ou determinantes de uma dada doença. A incidência (casos novos) e a prevalência (casos novos e antigos) de uma doença respondendo aos questionamentos “quando? ”, “onde? ” e “quem”? caracterizam a epidemiologia descritiva que identifica como que variáveis como sexo, idade, renda e nível de instrução, influenciados diretamente pelos determinantes de saúde relacionados à doença (LIMA-COSTA & BARRETO, 2003).

4.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

A problemática ora discutida e analisada teve como precursor o seguinte questionamento: Quais os diagnósticos de enfermagem, e seus respectivos fatores relacionados, bem como suas características definidoras e fatores de risco mais frequentes e relevantes em um grupo de pacientes portadores de Hanseníase?

4.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no ambulatório do Programa de Controle e Vigilância da Hanseníase do Hospital Universitário de Brasília (HUB), Brasília-DF, Brasil, considerado um dos centros de referência para as ações de vigilância, controle e tratamento da Hanseníase no Distrito Federal, embora, também receba pacientes dos estados do Goiás e Minas Gerais.

Inaugurado durante o regime militar em 1972 como unidade do Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Serviços do Estado – IPASE (Decreto Nº 70.178 de 21 de fevereiro de 1972), recebeu o nome de Hospital do Distrito Federal Presidente Médici – HDFPM. A priori o HDFPM dedicava-se a atenção exclusiva dos servidores públicos federais e ficou conhecido como Hospital dos Servidores da União – HSU. O modelo assistencial de saúde da época, embasava-se na seguridade social, que tinha forte característica excludente, diante da política previdenciária adotadas no Brasil e na América Latina. Em dezembro de 1979, o HDFPM passou a ser administrado pela Universidade de Brasília, por meio de convênio assinado com o Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Destarte, após uma série de avanços, discussões de melhoramentos e intervenções administrativas, em 1990 recebeu a terminologia de Hospital Universitário de Brasília (HUB) ratificando assim a sua responsabilidade como Hospital Escola da Universidade de Brasília (BRASIL, 2015).

Atualmente, o HUB enfrenta o desafio de implementar elevados padrões de qualidade nas atividades de ensino, serviço e pesquisa e para tanto, está envolvido no processo de Acreditação pela Qualidade pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação – CBA que permitirá alcançar plenamente os seus objetivos (BRASIL, 2015). No tocante à equipe do Programa de Controle e Vigilância da Hanseníase do Hospital Universitário de Brasília (HUB), conta com duas enfermeiras, dois médicos, uma fisioterapeuta, uma técnica de enfermagem, sendo o atendimento realizado semanalmente, com maior contingência de atendimento às quartas-feiras (são atendidos aproximadamente 20 pacientes neste dia específico), demandando assim uma alta rotatividade de pacientes e de serviços de vigilância, controle e tratamento da hanseníase.

Anualmente são atendidos cerca de 200 pacientes alocados entre casos novos, recidivas, reações hansênicas, novas infecções e seguimento de indivíduos com sequelas neurodermatológicas. A estrutura física do serviço é composta por duas salas onde são realizados os procedimentos de avaliação dermatoneurológica, abordagem de contatos, entrega de medicamentos e educação em saúde, o número de salas releva-se como forte problemática para a manutenção e apropriação devida das intervenções relacionados à vigilância, controle, e tratamento dos indivíduos acometidos pela hanseníase, bem como para a abordagem de seus contatos.

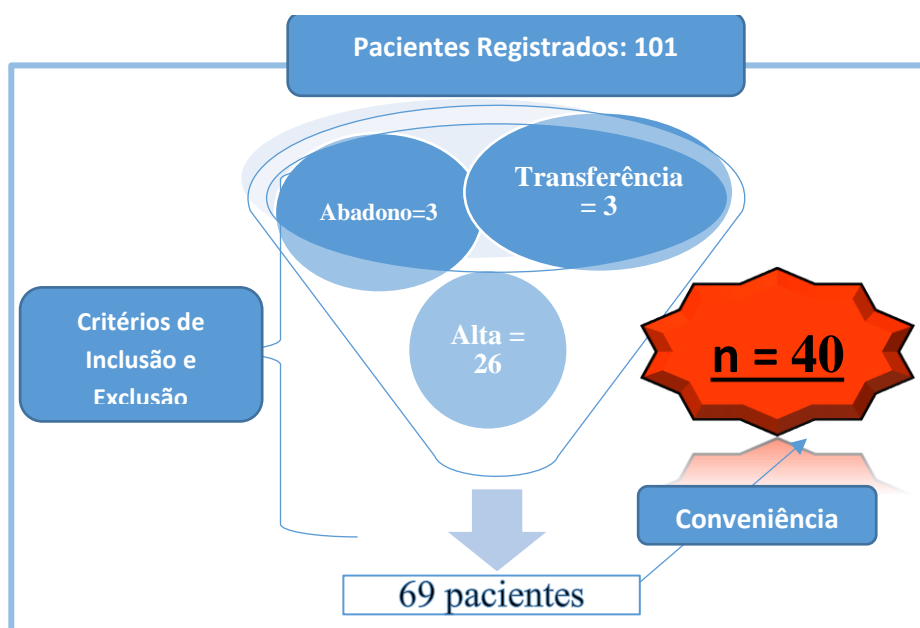
4.4 AMOSTRA/SUJEITOS DA PESQUISA

Durante o período da coleta de dados estavam registrados 101 pacientes no Ambulatório do Programa de Controle da Hanseníase do Hospital Universitário de Brasília (HUB) caracterizados entre casos novos, recidivas, reações hansênicas tipo I e tipo II e complicações relacionadas às incapacidades físicas e neurológicas consequentes à Hanseníase. Para esse quantitativo de pacientes registrados foram aplicados os seguintes critérios de inclusão:

- Idade igual ou superior a 18 anos, independente do gênero; Consentimento por escrito por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para a participação na pesquisa; Está em poliquimioterapia específica (alternativa ou comum) para Hanseníase, independente da forma clínica; Está em tratamento para Reação Hansênica Reversa (RR - reação tipo 1) ou para Eritema Nodoso Hansênico (ENH - reação tipo 2);

Como critérios de exclusão para a amostra deste estudo considerou-se a desistência lícita, permissiva e voluntária do paciente em dar continuidade à participação na pesquisa, bem como transferências para outras Instituições de saúde, óbitos, altas e abandono do tratamento. Para o quantitativo de 101 pacientes registrados foram aplicados os supracitados critérios de inclusão e exclusão, tendo como resultado: 3 transferências, 26 altas, 3 abandonos, obtendo-se assim um total de 69 indivíduos que a partir de uma abordagem amostral não probabilística, por conveniência, resultou em uma amostra de 40 sujeitos, então participantes desta pesquisa (Fig. 1):

FIG. 6 - PROCESSO DE OBTENÇÃO DA AMOSTRA POR CONVENIÊNCIA DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE, SUJEITOS DESTE ESTUDO. BRASÍLIA-DF, 2016, BRASIL.



Fonte: A autora (2016)

4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados obedeceu aos procedimentos de consulta ao prontuário, entrevista, seguida de exame físico mediante roteiro de coleta de dados desenvolvido baseado no referencial de Orem e nos aspectos relacionados à Hanseníase.

Os dados foram coletados entre os meses de janeiro a março de 2016 seguindo o fluxo de atendimento do Ambulatório do Programa de Controle da Hanseníase do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

O Instrumento de Coleta de Dados passou por um processo avaliativo por quatro juízas, duas destas, experts na temática Hanseníase e as outras, em Diagnósticos e Teorias de Enfermagem, otimizando assim a organização, concisão e significância das variáveis a serem descritas e analisadas, bem como ao Processo Diagnóstico de Enfermagem.

Inicialmente foi realizado um teste-piloto com 5 participantes, não inclusos na amostra, a fim de verificação da acurácia, significância e possibilidades de melhoramentos exclusivos ou adicionais sobre as variáveis abordadas. Após o atendimento das alterações/sugestões indicadas pelas juízas, bem como após o teste piloto, o instrumento foi finalizado para sua aplicação.

Posteriormente, após consolidado o Instrumento de Coleta de Dados, foi feita uma análise descritiva de todos os prontuários dos pacientes atendidos no Ambulatório de Hanseníase do HUB, para a verificação dos pacientes que estavam ativos que atendiam os devidos critérios de inclusão e exclusão especificados para esta pesquisa.

Os dados foram coletados entre os meses de janeiro a março de 2016 seguindo o fluxo de atendimento do Ambulatório do Programa de Controle da Hanseníase do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

O Instrumento de Coleta de Dados semiestruturado (Apêndice A) foi compilado em cinco blocos referentes as variáveis em conformidade com os objetivos propostos, o que resultou na seguinte titulação para cada bloco: Bloco I: Dados pessoais/socioeconômicos/demográficos; Bloco II: Antecedentes mórbidos e história atual da doença; Bloco III: abordagem de contatos; Bloco IV: Requisitos de autocuidado; Bloco V: Diagnósticos de Enfermagem. Embora haja um bloco específico para as abordagens referentes aos requisitos de autocuidado, conforme orientações da Teoria Geral de Orem, todo o

instrumento foi redigido tendo como norte a concepção proponente deste conceitual de enfermagem. Outras informações foram coletadas dos prontuários do paciente, a partir de dados secundários.

O quadro a seguir, detalha as variáveis que foram utilizadas para a obtenção dos resultados da pesquisa:

QUADRO 2: APRESENTAÇÃO DAS VARIÁVEIS, POR BLOCO DE QUESTIONAMENTOS, QUE FORAM COLETADAS PARA A ANÁLISE DA PESQUISA. BRASÍLIA –DF, 2016

BLOCO I - DADOS PESSOAIS/ SOCIOECONÔMICOS / DEMOGRÁFICOS
Identificação. Sexo. Orientação sexual. Idade. Religião. Nível de Instrução. Cor. Estado civil. Profissão. Condições de saneamento básico. Energia elétrica. Renda. Itens da casa.
BLOCO II – ANTECEDENTES MÓRBIDOS E HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL
Antecedentes mórvidos familiares. Forma clínica da Hanseníase. Classificação operacional. Tipo de poliquimioterapia. Data do diagnóstico. Recidiva. Reação Hansênica tipo 1. Reação Hansênica tipo 2. Baciloscopia. Exames no diagnóstico. Grau de incapacidade. Situação vacinal em relação à BCG. Data da alta por cura.
BLOCO III – ABORDAGEM DE CONTATOS
Número de pessoas que residem com o paciente. Grau de parentesco dos mesmos. Tempo de residência. Recebeu a dose ROM (Rifampicina; Ofloxacino; Minociclina); Situação vacinal em relação à BCG. Outros exames para a abordagem como contato.
BLOCO IV – REQUISITOS DE AUTOCUIDADO
<i>Requisitos universais de autocuidado:</i> Sinais vitais. Inspeção e avaliação da face (olhos e narinas). Situação dermatoneurológica. <u>Referentes à manutenção do aporte suficiente de água e alimentos:</u> Peso; IMC; Alimentos mais consumidos. Ingestão hídrica. Apetite. Capacidade para alimentar-se (nível de dependência). <u>Referente ao processo de eliminações fisiológicas:</u> Padrão miccional. Frequência urinária. Volume. Capacidade de autocuidado para urinar. Padrão de evacuação. Frequência de evacuação/dia. Capacidade de autocuidado para evacuar. <u>Referentes a manutenção do equilíbrio atividade/repouso:</u> Exercícios físicos. Atividade de lazer. Deambulação. Padrão de sono e repouso. <u>Referentes a prevenção de perigos a vida, funcionamento e bem-estar humanos:</u> Nível de consciência. Capacidade cognitiva. Capacidade de autocuidado. <i>Requisitos de desenvolvimento de autocuidado:</i> <u>Estágio de desenvolvimento:</u> Aspectos históricos referentes à Infância e à Adolescência. Adulto. Idoso. <u>Padrão sexual/reprodutivo:</u> Menarca; Ciclo menstrual (duração/fluxo); Data da última menstruação. Atividade sexual. Vasectomia. Uso de contraceptivos. Capacidade de autocuidado. <i>Requisitos de desvio de saúde:</i> Antecedentes mórvidos pessoais. Nível de conhecimento sobre a hanseníase. Cartão de aprazamento. Informações sobre o tratamento. Capacidade de autocuidado.
BLOCO V – IDENTIFICAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Diagnósticos de enfermagem. Características definidoras. Fatores relacionados. Fatores de risco.

As variáveis descritivas do Bloco I, Bloco II e Bloco III foram organizadas em tabelas, figuras e gráficos com descrição de suas frequências absolutas e relativas.

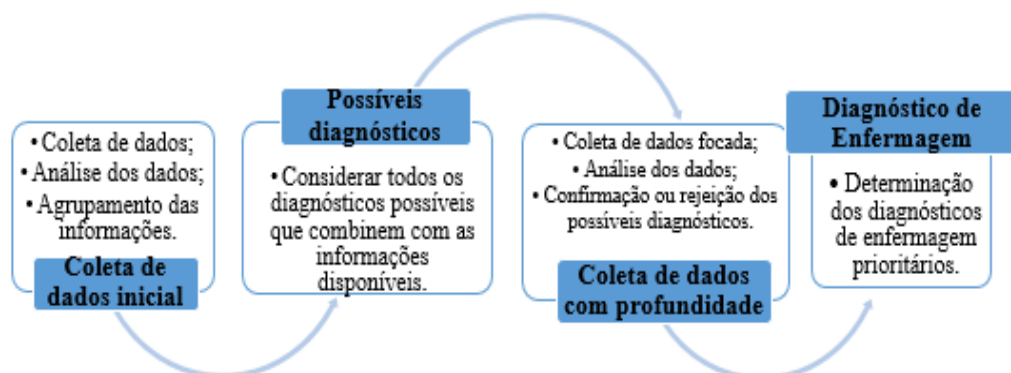
Posteriormente à aplicação do Instrumento de Coleta de Dados, aplicou-se o exame físico contemplado, inicialmente pela inspeção geral (face, olhos, nariz, orelhas, membros inferiores, membros superiores) seguida da palpação de nervos de membros superiores (radial, ulnar e mediano) e inferiores (fibular e tibial posterior), bem como a avaliação da força dos mesmos. Na ocorrência de lesão cutânea com parestesias foram feitas a inspeção em relação à mesma (quantidade de lesões, caracterização da mesma em relação a bordas, coloração, tamanho, centro da lesão, localização, alopecia, hipoidrose) bem como os testes de sensibilidade tátil, térmico e doloroso.

A coleta de dados inicial foi feita a partir dos Blocos I, II, III e IV, onde as informações foram compiladas para depois serem consolidadas e analisadas diante dos objetivos propostos, posteriormente foram listados todos os possíveis diagnósticos a partir dos dados iniciais consolidados. A coleta de dados com profundidade ratificou os achados devidamente relacionados aos requisitos de autocuidado propostos por Dorothea Elizabeth Orem (2001) que nortearam a listagem de características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco, que foram analisadas para a confirmação ou rejeição dos possíveis DE.

Após reavaliações dos possíveis diagnósticos listados, com necessidade de recapitulação de dados inicialmente coletados, foram confirmados os Diagnósticos de Enfermagem prioritários, bem como rejeitados aqueles que não contemplassem os requisitos de autocuidado propostos por Orem (2001) diante dos indivíduos acometidos pela hanseníase.

A figura 7 exemplifica ilustrativamente os passos da coleta de dados até o diagnóstico sugerido pela taxonomia II da NANDA-I (2015) que fora utilizado na pesquisa ora apresentada:

FIG. 7: PASSOS DA COLETA DE DADOS ATÉ OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM PRIORITÁRIOS



Fonte: Taxonomia II da NANDA-I (2015).

As variáveis contempladas no Instrumento de Coleta de Dados, relevantes para a discussão desta pesquisa à luz dos objetivos propostos foram descritas em tabelas com suas respectivas frequências absolutas e relativas e analisadas e discutidas obedecendo a ordem das seções: Caracterização socioeconômica e demográfica e Caracterização de morbidade, laboratorial e clínica dos participantes da pesquisa.

No que concerne aos Diagnósticos de Enfermagem, a partir dos passos para a determinação dos DE orientado pela NANDA-I (2015-2017) foram obtidos os DE prioritários, ou seja, aqueles que atendiam aos Requisitos de Autocuidado sugeridos por Orem (2001).

Estes foram organizados em uma tabela bruta com a disposição das frequências absoluta e relativa em ordem decrescente de ocorrência na amostra estudada, bem como o número de diagnósticos de enfermagem listados ao todo. Por conseguinte, estes mesmos diagnósticos de enfermagem foram organizados em tabelas subsequentes, por sua situação diagnóstica, ou seja, se representavam diagnósticos de enfermagem com foco no problema, diagnósticos de enfermagem de promoção de saúde ou diagnósticos de enfermagem de vulnerabilidade, com suas devidas frequências absolutas e relativas listadas.

Cada título diagnóstico identificado foi computado para cada paciente como diagnóstico elaborado. Calculou-se a quantidade de diagnósticos por paciente e também o total de diagnósticos elaborados por todos os pacientes. Assim, considerou-se diagnóstico de enfermagem arrolado, o total de títulos diagnósticos elencados para todos os pacientes.

As características definidoras, os fatores relacionados e os fatores de risco foram organizados em tabelas seguintes à ordem e contemplação de seus respectivos diagnósticos de enfermagem com reavaliações exaustivas para a consolidação dos dados.

A discussão foi organizada na ordem das mesmas seções dos resultados e no tocante aos diagnósticos de enfermagem foram discutidos os diagnósticos de enfermagem com frequência de ocorrência no voluntariado da pesquisa igual ou superior a 50% (20) salvo, os diagnósticos de enfermagem Integridade da pele prejudicada, Integridade tissular prejudicada e Risco de integridade tissular prejudicada que não obtiveram tal frequência determinada, mas, que são significativos e relevantes para a discussão relacionada ao autocuidado em pacientes acometidos pela hanseníase diante da significância dermatológica da mesma. Os três diagnósticos relacionados à lesão física anteriormente citados foram discutidos conjuntamente, bem como os diagnósticos de vulnerabilidade Risco de lesão e Risco de lesão térmica a fim de facilitar e otimizar o processo analítico e de observância destes.

4.7 ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS

Esta pesquisa foi submetida e posteriormente aprovada sob nº de parecer 1.369.418 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB) (Anexo 1). Os participantes foram devidamente orientados sobre os objetivos da pesquisa, relevância da mesma e questões relacionadas aos condicionantes éticos legais da pesquisa, sobretudo, no que se refere à riscos e benefícios relacionados a mesma. Após estes esclarecimentos cada voluntário, firmou seu consentimento em participar da pesquisa, ao assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) elaborado conforme as normativas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que trata de condicionantes éticos-legais em pesquisas que envolvam direta e indiretamente seres humanos.

Os participantes foram esclarecidos sobre a deliberação voluntária que eles tinham em não participar da pesquisa ou interromper a mesma em qualquer momento de sua aplicação, representando assim desistência desta sem qualquer dano aplicável pelo pesquisador ou outras consequências aparentes.

Como esclarecimentos aos sujeitos dispôs-se como risco aparente diante da participação na pesquisa, constrangimento do paciente no momento da realização da mesma ou de exame físico, embora tivessem sido tomadas todas as medidas de comprometimento por parte dos pesquisadores para a manutenção do sigilo e confidencialidade dos dados.

5 RESULTADOS

As descrições dos resultados foram organizadas em três partes principais: caracterização sócio-demográfica e econômica; caracterização de morbidade e clínica; diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco arrolados.

Na caracterização sócio-demográfica e econômica serão descritos os achados relacionados ao gênero, idade, cor, estado civil, religião, nível de instrução e renda familiar, além da ocupação, condicionantes de saneamento básico e procedência dos indivíduos voluntários da pesquisa.

No tocante a caracterização de morbidade, laboratorial e clínica da amostra estudada, apresentam-se a forma clínica da doença, a baciloscopia de raspado intradérmico, tempo de tratamento da PQT, classificação operacional da mesma e tipo de PQT (se alternativa ou comum). A forma de admissão, o número de cicatrizes da imunização BCG e a sintomatologia (queixas principais e sinais), também serão descritas.

Os diagnósticos de enfermagem à luz dos requisitos do autocuidado de Orem, bem como a listagem destes com frequência maior que 50% também serão descritas, por conseguinte aos diagnósticos de enfermagem com foco no problema, características definidoras e fatores relacionados destes, diagnósticos de enfermagem de promoção de saúde e suas respectivas características definidoras, diagnósticos de vulnerabilidade e fatores de risco que os compõem.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E DEMOGRÁFICA

No que concerne à caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes deste estudo, pode-se descrever conforme os achados, o seguinte perfil referente às variáveis gênero, idade (anos), cor, estado civil, religião, nível de instrução e renda familiar (Tabela 1):

TABELA 1: CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES, POR GÊNERO, ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE A PARTIR DE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E ECONÔMICAS. BRASÍLIA-DF, 2016

VARIÁVEIS	n *	% *
GÊNERO		
Masculino	26	65
Feminino	14	35
IDADE (ANOS)		
23 – 33	10	25
34 – 44	9	23
45 – 55	1	3
56 – 66	14	35

Continua

≥67	6	15
COR		
Branco	5	12,5
Pardo	24	60
Negro	11	27,5
ESTADO CIVIL		
Casado	18	45
Solteiro	14	35
União estável	5	13
Viúvo	2	5
Divorciado	1	3
RELIGIÃO		
Católica	22	55
Protestante	9	23
Espírita	1	3
Sem religião	8	20
NÍVEL DE INSTRUÇÃO		
Analfabeto	3	8
Fundamental Incompleto	18	45
Fundamental Completo	4	10
Médio Incompleto	1	3
Médio Completo	9	23
Superior Completo	3	8
Superior Incompleto	1	3
Pós-Graduação	1	3
RENDA FAMILIAR (2016)		
Até 1 salário mínimo	16	40
De 1 a 2 salários mínimos	9	23
De 2 a 5 salários mínimos	11	28
Acima de 5 salários mínimos	3	8
Sem renda	1	3

Fonte: A autora (2016)

Legenda: “n”: frequência absoluta baseada nos 40 participantes da pesquisa;
 “%”: frequência relativa baseada nos 40 participantes da pesquisa

Em relação ao gênero a maior observância dos achados foi em relação ao gênero masculino (n=26; 65%) ao contrário do gênero feminino que apresentou frequência absoluta de 14 e relativa de 35%. O intervalo de idade entre 56 e 66 anos foi o mais ocorrente (14; 35%) e a média de idade evidenciada foi de 46 anos. No intervalo de idade entre 23 – 33 anos foram evidenciados 10 (25%) participantes, 34-44, 9 (23%) participantes, 45-55 anos com 1 sujeito (3%) da amostra ora apresentada e com idade igual ou superior a 67 anos, obteve-se 15% (6) da mesma.

No que diz respeito à cor a maioria dos participantes da pesquisa se autodenominaram pardos (24; 60%), negros 11 (27,5%) e 5 (12,5%) brancos, já no âmbito da variável, estado civil, 18 (45%) participantes referiram ser casados, 35% (14) solteiros, 5 (13%) referiram estar em união estável, 2 (5%) viúvos e 1 (3%) divorciado. A religião mais referenciada pelos sujeitos desta pesquisa foi a católica com 55% (22) de ocorrência, seguida da religião

protestante 9 (23%), espírita 1 (3%) e 8 (20%) sujeitos da pesquisa relataram não seguirem religião alguma.

Evidenciou-se também os achados concernentes ao nível de instrução sendo o fundamental incompleto o de maior ocorrência na amostra estudada com frequência em 18 participantes refletindo assim 45% da amostra do estudo. Indivíduos com ensino médio completo compreenderam 23% (9) da amostra, seguido de ensino fundamental completo (4; 10%), analfabeto e superior completo, ambos com frequências 3 e 8%, no tocante à frequências absolutas e relativas, respectivamente. Ensino médio incompleto, superior incompleto e pós-graduação contemplaram separadamente, as mesmas frequências de evidentes em apenas 3% (1) da amostra estudada.

Renda familiar de até 1 salário mínimo foi a mais observada, uma vez que, 16 (40%) participantes referiram esta como fatídica em suas realidades familiares, por conseguinte, as rendas de 2 a 5 salários mínimos (11; 28%), de 1 a 2 salários mínimos (9; 23%) e acima de 5 salários mínimos (3; 8%) também foram evidenciadas. Apenas 1 (3%) dos participantes deste estudo, referiu não ter nenhuma renda.

A tabela 2 apresenta as evidências relacionados à ocupação dos indivíduos acometidos pela hanseníase, abordados no estudo.

TABELA 2: OCUPAÇÃO DOS INDIVÍDUOS ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE ABORDADOS NO ESTUDO. BRASÍLIA – DF, 2016

OCUPAÇÃO	n	%
Aposentado (a) por Idade	7	18
Dona de Casa	5	13
Auxílio-doença (Hanseníase)	4	10
Pedreiro	4	10
Aposentado (a) por Invalidez (Hanseníase)	3	8
Operador de Caixa	2	5
Aposentado (a) por Invalidez – outras causas	2	5
Pensionista	1	3
Servidor público	1	3
Auxilia de Serviços Gerais	1	3
Babá	1	3
Padeiro	1	3
Diarista	1	3
Formulador de Sabão	1	3
Formulador de Mármore	1	3
Autônomo	1	3
Empresário	1	3
Produtor rural	1	3
Militar – Exército	1	3
Instrutor de Trânsito	1	3
TOTAL	40	100

Fonte: A autora (2016)

Legenda: “n”: frequência absoluta baseada nos 40 participantes da pesquisa;
“%”: frequência relativa baseada nos 40 participantes da pesquisa

Destaca-se no que se refere à ocupação (Tabela 2) que a maioria dos participantes está em situação de aposentado por idade (n=7; 18%), seguido da ocupação dona de casa (n=5; 13%), aposentado (a) por auxílio-doença e pedreiro, ambos com as mesmas frequências (n=4; 10%). Os sujeitos com ocupação, aposentados (as) por invalidez obtiveram ocorrência de 8% na amostra estudada. Operador de caixa e aposentado por invalidez por outras causas, contemplaram a frequência de 5% (2) no voluntariado estudado.

Aquelas ocupações que obtiveram frequência de 1(3%) paciente, separadamente, foram: pensionista, servidor público, auxiliar de serviços gerais, babá, pedreiro, diarista, formulador de sabão, autônomo, empresário, produtor rural, militar (exército) e instrutor de trânsito.

Os condicionantes de saneamento básico e de acesso à saúde também serão descritos, conforme consta na Tabela 3 e posteriormente, discutidos conforme objetiva-se esta pesquisa.

TABELA 3: CONDICIONANTES: SANEAMENTO BÁSICO E ACESSO À SAÚDE REFERIDOS PELOS INDIVÍDUOS ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE. BRASÍLIA-DF 2016

CONDICIONANTES	n = 40			
	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
SANEAMENTO BÁSICO				
Os três condicionantes (Água tratada, Rede de Esgoto e Rua asfaltada)	27	68	13	33
ACESSO A SAÚDE				
TV	36	90	4	10
Transporte próprio	12	30	28	69
Computador	16	40	24	60
Acesso à internet	19	48	21	53
Nenhum dos itens	1	3	39	98

Fonte: A autora (2016)

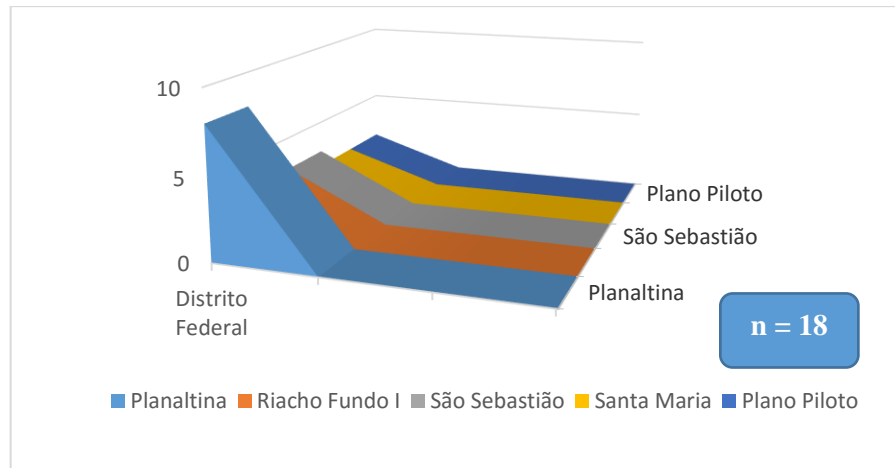
Legenda: “n”: frequência absoluta baseada nos 40 participantes da pesquisa;
“%”: frequência relativa baseada nos 40 participantes da pesquisa

É salutar a descrição de condicionantes de saneamento básico e acesso à saúde (Tabela 3) na amostra de indivíduos acometidos pela dermatose sanitária, Hanseníase. Assim evidenciou-se que 68% (n=27) dos participantes possuem água tratada, rede de esgoto e rua asfaltada, os demais 13 (33%) participantes não possuem os três ou um destes, condicionantes de saneamento básico. No que se refere aos meios traçados como passíveis de acesso à saúde, evidenciou-se que 90% dos sujeitos voluntários da pesquisa, apresentam TV em casa, seguido de 48% que apresentam acesso à internet, 16 (40%) que possuem computador, 12 (30%) que

possuem meio de transporte próprio (carro e/ou moto) e apenas 1(3%) não possui nenhum destes itens.

Releva-se a distribuição quanto à procedência dos indivíduos acometidos pela hanseníase, apresentada nos gráficos 2 e 3 a seguir.

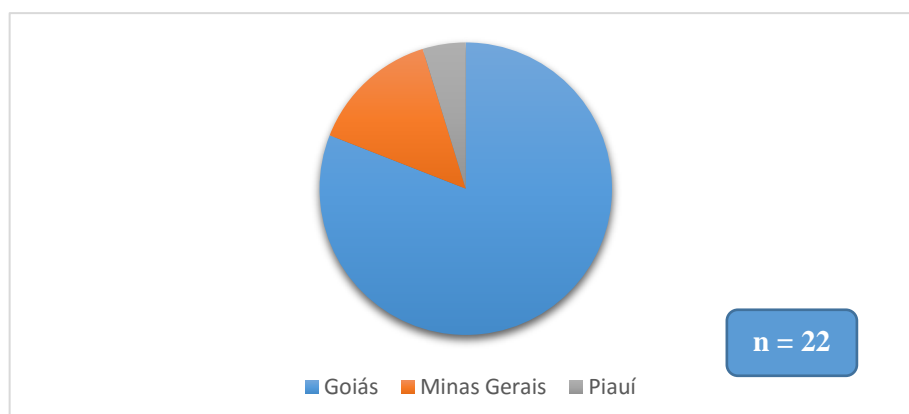
GRÁFICO 1: REGIÕES ADMINISTRATIVAS DO DISTRITO FEDERAL-DF, BRASIL DE PROCEDÊNCIA DE INDIVÍDUOS ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE (n=18). BRASÍLIA-DF, 2016



Fonte: A autora (2016)

Conforme os achados no Gráfico 2, tem-se a distribuição por regiões administrativas do Distrito Federal como locais de procedência de 18 (35%) participantes da pesquisa, assim evidenciados: 8 (20%) dos participantes procedentes de Planaltina-DF, 3 participantes, equivalente à 8% procedentes do Riacho Fundo I-DF, bem como de São Sebastião-DF com igual frequências absoluta e relativa. Como procedentes das regiões administrativas de Santa Maria-DF e Plano Piloto (Asa Sul e Noroeste) foram observadas ocorrências de 2 participantes (5%) para cada uma destas regiões.

GRÁFICO 2: DEMAIS ESTADOS BRASILEIROS DE PROCEDÊNCIA DOS INDIVÍDUOS ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE, PARTICIPANTES DO ESTUDO (n=22). BRASÍLIA-DF, 2016



Fonte: A autora (2016)

Os demais participantes da pesquisa, compreendendo assim a ocorrência absoluta de 22 com frequência relativa de 55%, foram procedentes de outros estados brasileiros (Gráfico 3) como o Goiás em sua maior parte (n=22; 45%), bem como Minas Gerais (n=3; 8%) e do Piauí (n=1; 3%).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DE MORBIDADE, LABORATORIAL E CLÍNICA DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

No tocante à caracterização de morbidade, clínica e laboratorial, na tabela 4 estão descritas as variáveis relativas à forma clínica da Hanseníase e baciloscopia de raspado intradérmico, no âmbito da caracterização clínica e de morbidade e laboratorial dos participantes da pesquisa.

TABELA 4. CARACTERIZAÇÃO DE MORBIDADE E LABORATORIAL DOS PARTICIPANTES ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE, ABORDADOS NO ESTUDO: FORMA CLÍNICA E BACILOSCOPIA DE RASPADO INTRADÉRMICO. BRASÍLIA-DF, 2016.

VARIÁVEIS CLÍNICAS		
FORMA CLÍNICA	n	%
Neural pura	8	20
Wirchowiana	14	35
Dimorfa	18	45
BACILOSCOPIA DE RASPADO INTRADÉRMICO		
Positivo	16	40
Negativo	8	20
Não informado	16	40
TOTAL	40	100

Fonte: A autora (2016)

Legenda: “n”: frequência absoluta baseada nos 40 participantes da pesquisa;
“%”: frequência relativa baseada nos 40 participantes da pesquisa

Assim sendo obteve-se como forma clínica de maior ocorrência wirchowiana (n=14; 35%) e neural pura (n=8; 20%), sendo 45% (18) a forma clínica dimorfa. No tocante ao resultado da baciloscopia de raspado intradérmico, evidenciou-se que 16 (40%) dos participantes apresentaram positividade no índice bacilar, e outros 20% (n=8) dos participantes a apresentaram com índice negativo. Informações pertinentes à baciloscopia de raspado intradérmico dos demais participantes (n=16; 40%) não foram descritas nos prontuários.

Tendo em consideração o tratamento da Hanseníase, como a poliquimioterapia (PQT), obteve-se como caracterização do voluntariado estudado o tempo de tratamento, a classificação

operacional da PQT e o tipo de esquema terapêutico da mesma, se comum ou alternativo (Tabela 5).

TABELA 5. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE QUANTO À POLIQUIMIOTERAPIA: TEMPO DE TRATAMENTO, CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL E TIPO DE ESQUEMA TERAPÊUTICO. BRASÍLIA-DF, 2016

POLIQUIMIOTERAPIA (PQT)		
TEMPO DE TRATAMENTO	n	%
Há menos de 3 meses	3	8
De 3 a 6 meses	2	5
De 6 a 12 meses	18	45
De 12 meses a 24 meses	17	43
CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL		
Paucibacilar	0	0
Multibacilar	40	40
TIPO DE ESQUEMA TERAPÊUTICO		
PQT comum	26	65
PQT alternativa	14	35
TOTAL	40	100

Fonte: A autora (2016)

Legenda: “n”: frequência absoluta baseada nos 40 participantes da pesquisa;
“%”: frequência relativa baseada nos 40 participantes da pesquisa

A maioria dos participantes apresentou tempo de tratamento de 6 a 12 meses (n=18, 45%), seguido de 12 a 24 meses (17; 43%), há menos de 3 meses (8) e, por conseguinte de 3 a 6 meses (5%).

Todos os participantes em sua totalidade (n=40; 100%) foram inseridos no grupo multibacilar como classificação operacional do esquema terapêutico. O tipo de esquema terapêutico mais evidente foi a poliquimioterapia comum, mostrando-se em 26 participantes, o que corresponde a 65% da amostra. Já a poliquimioterapia alternativa foi evidenciada em 35% do voluntariado acometido pela Hanseníase.

Descreve-se também o modo de admissão e a imunização BCG no tocante à caracterização de morbidade e clínica dos participantes desta pesquisa, assim apresentados na tabela 6.

TABELA 6. CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DOS PARTICIPANTES ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE, ABORDADOS NO ESTUDO: MODO DE ADMISSÃO E IMUNIZAÇÃO BCG BRASÍLIA-DF, 2016

VARIÁVEIS

Continua

Conclusão		
MODO DE ADMISSÃO	n	%
Caso Novo	29	73
Recidiva	2	5
Nova infecção	5	13
Reação Hansênica II	4	10
IMUNIZAÇÃO BCG		
Nenhuma cicatriz	16	40
Uma cicatriz	19	48
Duas cicatrizes	5	13

Fonte: A autora (2016)

Legenda: “n”: frequência absoluta baseada nos 40 participantes da pesquisa;
“%”: frequência relativa baseada nos 40 participantes da pesquisa

Como forma de admissão para tratamento da Hanseníase, evidenciados na amostra do estudo, tem-se caso novo, nova infecção, reação hansênica II e recidiva, com frequências relativas e absolutas: 29, 73%; 4, 10%; 5, 13% e 2, 5%, respectivamente.

No que se refere à cicatriz da imunização BCG (Bacilo de Calmette-Guérin) observou-se que, dos 40 participantes, 16 (40%) não tinham nenhuma cicatriz, 19 (48%) apresentavam pelo menos uma cicatriz referente a administração da imunização e que apenas 5 (13%) desses apresentavam duas cicatrizes.

A tabela 7 traz a descrição da sintomatologia (queixas principais e sinais) apresentada pelos indivíduos acometidos pela hanseníase participantes do estudo.

TABELA 7 – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DOS INDIVÍDUOS ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE: SINTOMATOLOGIA, BRASÍLIA-DF, 2016

SINTOMATOLOGIA	n	%
Neuralgias de membros	8	20
Máculas parestésicas em membro inferior	3	8
Dormência generalizada	3	8
Anestesia de membros superiores	2	5
Astenia de membros	2	5
Astenia de membros superiores	2	5
Lesões de face – “Face leonina”	2	5
Máculas parestésicas de membros superiores	2	5
Máculas violáceas na face e orelhas	2	5
Garra móvel em membros superiores	2	5
Dormência de membros superiores	2	5
Dormência de membros inferiores	2	5
Nenhuma	2	5
Placas parestésicas	1	3

Continuação

	Conclusão	
Garra fixa em membros superiores	1	3
Hiperpigmentação da pele	1	3
Câimbra em membros inferiores	1	3
Úlcera hansênica em membro inferior	1	3
Reabsorção óssea nas mãos	1	3
TOTAL	40	100

Fonte: A autora (2016)

Legenda: “n”: frequência absoluta baseada nos 40 participantes da pesquisa;
 “%”: frequência relativa baseada nos 40 participantes da pesquisa

No tocante à sintomatologia, evidenciou-se como achados de maior referência pelos participantes, neuralgias de membros (8; 20%) seguido de máculas parestésicas em membro inferior (3; 8%) e de dormência generalizada (3; 8%). Astenia de membros, astenia de membros inferiores e astenia de membros superiores foram relatadas por 2 (5%) pacientes, cada, totalizando assim 15% dos participantes com a queixa de astenia. Também foram identificados sintomas cutâneos de máculas violáceas na face e orelhas (2; 5%).

Dois participantes (5%) referiram como sintoma, lesões de face, não necessariamente com esta terminologia, que com melhor interpretação por parte do pesquisador, foi possível se evidenciar que a referência foi feita à “face leonina”. Em 1,3% dos participantes foram relatadas e/ou identificadas: placas parestésicas, garra fixa em membros superiores e hiperpigmentação da pele. Câimbras em membros inferiores, úlcera hansênica em membro e reabsorção óssea nas mãos também foram relatadas e observadas.

5.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ELABORADOS E SEUS COMPONENTES

Serão descritos os títulos dos diagnósticos de enfermagem (DE), os DE com foco no problema e seus respectivos fatores relacionados e características definidoras, bem como estas e seus devidos DE de promoção em saúde e ainda os diagnósticos de vulnerabilidade e seus concernentes fatores de risco.

Estão apontados na tabela 8 os DE, a partir de seus rótulos diagnósticos, listados em pacientes acometidos pela hanseníase, a partir dos requisitos de autocuidado.

TABELA 8 –DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EVIDENCIADOS A PARTIR DOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO: UNIVERSAIS E DE DESVIOS DE SAÚDE. BRASÍLIA-DF, 2016.

TÍTULOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CONFORME OS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS E DE DESVIOS DE SAÚDE	n	%
Dor crônica	40	100
Proteção ineficaz	40	100
Risco de constipação	40	100
Risco de função hepática prejudicada	40	100
Risco de lesão	40	100
Risco de lesão térmica	40	100
Risco de infecção	40	100
Risco de baixa autoestima situacional	38	95
Estilo de vida sedentário	34	85
Conhecimento deficiente	33	83
Atividade de recreação deficiente	29	73
Distúrbio na imagem corporal	29	73
Risco de olho seco	26	65
Disposição para processos familiares melhorados	26	65
Fadiga	26	65
Risco de integridade da pele prejudicada	19	48
Disposição para melhora do autocuidado	18	45
Integridade da pele prejudicada	17	43
Risco de sentimento de impotência	14	35
Insônia	7	18
Risco de identidade pessoal perturbada	6	15
Deambulação prejudicada	4	10
Integridade tissular prejudicada	4	10
Risco de solidão	3	7,5
Interação social prejudicada	3	7,5
Ansiedade	3	7,5
Processos familiares interrompidos	3	7,5
Identidade pessoal perturbada	3	7,5
Medo	2	5
Controle ineficaz da saúde	2	5
Risco de desequilíbrio da temperatura corporal	2	5
Baixa autoestima situacional	1	2,5
Volume de líquidos excessivo	1	2,5
Disfunção sexual	1	2,5
Controle emocional instável	1	2,5
Sobrepeso	1	2,5
Risco de síndrome do desuso	1	2,5
TOTAL	637	-

Fonte: A autora (2016)

Legenda: “n”: frequência absoluta baseada nos 40 participantes da pesquisa;
“%”: frequência relativa baseada nos 40 participantes da pesquisa

Foram arrolados 637 DE a partir dos achados desta pesquisa, conforme a taxonomia II da NANDA- I (2015), em indivíduos acometidos pela Hanseníase, à luz dos requisitos universais do autocuidado sugeridos por Orem (2001): requisitos universais, de desenvolvimento e de desvios da saúde.

É salutar esclarecer que não foram elaborados diagnósticos de enfermagem relacionados aos requisitos de autocuidado de desenvolvimento, uma vez que na amostra estudada não foram

detectados aspectos relativos aos processos de maturação e desenvolvimento dos sujeitos participantes da pesquisa.

Destes diagnósticos de enfermagem foram identificados 37 rótulos diagnósticos, também conhecidos por títulos diagnósticos e que serão destrinchados à luz da epidemiologia descritiva com suas respectivas frequências.

Considerando que um diagnóstico pode estar voltado para um problema, um estado de promoção da saúde ou de risco potencial, dos 37 diagnósticos elaborados, 60 % (22 DE) foram com foco no problema, 35 % (13 DE) foram de risco ou vulnerabilidade e apenas 5 % (2 DE) enquadraram-se na classificação de promoção da saúde.

A seguir serão destrinchadas, à luz da epidemiologia descritiva, estes rótulos evidenciados e suas respectivas frequências, ordem decrescente de ocorrências.

Quanto aos rótulos diagnósticos com frequência de 100% (40), tem-se: Dor crônica, Proteção ineficaz, Risco de constipação, Risco de função hepática prejudicada, Risco de lesão, Risco de lesão térmica e Risco de infecção.

Risco de baixa autoestima situacional foi identificado em 38 (95%) participantes do estudo, já o diagnóstico de enfermagem Estilo de vida sedentário foi evidenciado em 34 (85%) sujeitos. Conhecimento deficiente foi ocorrente em 83% (33) da amostra, seguido dos diagnósticos de enfermagem Atividade de recreação deficiente e Distúrbio da imagem corporal, ambos alocados com frequência de 29 (73%), cada.

Risco de olho seco, Disposição para processos familiares melhorados e Fadiga obtiveram ocorrência, separadamente, em 26 dos participantes, voluntários da pesquisa, correspondendo assim à 65% da amostra estudada.

Risco de integridade da pele prejudicada correspondeu a 48% (19) do voluntariado da pesquisa, enquanto que Disposição para melhora do autocuidado e Integridade da pele prejudicada, corresponderam às frequências de 18 (45%) e 17 (43%), respectivamente.

Com frequências de 35% (14) listou-se o diagnóstico de enfermagem Risco de sentimento de impotência. Insônia (7; 18%), Risco de identidade pessoal perturbada (6; 15%),

Deambulação prejudicada (4; 10%) e Integridade tissular prejudicada (4; 10%) também foram identificados nos indivíduos acometidos pela hanseníase participantes deste estudo.

Com ocorrência em 3 (7,5%) dos pacientes tem-se os diagnósticos de enfermagem Risco de Solidão, Interação social prejudicada, Ansiedade, Processos familiares interrompidos e Identidade pessoal perturbada.

Para os DE Medo, Controle ineficaz da saúde e Risco de desequilíbrio da temperatura corporal, foram direcionados 2 participantes, correspondendo a 5% da amostra estudada, sendo tal evidência, para cada um dos referidos diagnósticos de enfermagem, separadamente.

Os diagnósticos de enfermagem que foram ocorrentes, cada, em 1 (2,5%) participantes da pesquisa, estão descritos a seguir: Baixa autoestima situacional, Volume de líquidos excessivo, Disfunção sexual, Controle emocional instável, Sobrepeso e Risco de síndrome do desuso.

São apresentados na tabela 9 os diagnósticos de enfermagem de situação diagnóstica: foco no problema, evidenciados neste estudo, à luz do construto de autocuidado de Orem.

TABELA 9 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, COM FOCO NO PROBLEMA, EVIDENCIADOS À LUZ DO CONSTRUTO DE AUTOCUIDADO DE OREM EM PACIENTES EM TRATAMENTO PARA HANSENÍASE. BRASÍLIA-DF, 2016.

TÍTULOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CONFORME OS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS E DE DESVIOS DE SAÚDE	n	%
Dor crônica	40	100
Proteção ineficaz	40	100
Estilo de vida sedentário	34	85
Conhecimento deficiente	33	83
Atividade de recreação deficiente	29	73
Distúrbio na imagem corporal	29	73
Fadiga	26	65
Integridade da pele prejudicada	17	43
Insônia	7	18
Deambulação prejudicada	4	10
Integridade tissular prejudicada	4	10
Interação social prejudicada	3	7,5
Ansiedade	3	7,5
Processos familiares interrompidos	3	7,5
Identidade pessoal perturbada	3	7,5
Medo	2	5
Controle ineficaz da saúde	2	5
Baixa autoestima situacional	1	2,5
Volume de líquidos excessivo	1	2,5
Disfunção sexual	1	2,5
Controle emocional instável	1	2,5
Sobrepeso	1	2,5
TOTAL	284	-

Fonte: Elaborado pela autora (2016)

Foram arrolados, na amostra de 40 pacientes, 284 DE com foco no problema, correspondentes à 22 rótulos diagnósticos (Tabela 9). Os diagnósticos de enfermagem com foco no problema com frequências iguais ou superiores à 50% foram: Dor crônica (40/ 100%), Proteção ineficaz (40; 100%), Estilo de vida sedentário (34; 85%), Conhecimento deficiente (33; 83%), Atividade de recreação deficiente e Distúrbio na imagem corporal, ambos ocorrentes em 29 (73%) sujeitos e Fadiga evidenciado em 26 indivíduos, correspondendo assim a 65% da amostra estudada. Os DE Integridade da pele prejudicada e Integridade tissular prejudicada, apresentaram juntos, frequências correspondentes à 53%.

Cabe destacar que, para fins de apresentação dos resultados e discussão, os DE Integridade da pele prejudicada e Integridade tissular prejudicada foram agrupados considerando suas similaridades e importância para a clientela estudada.

Na Tabela 10 estão apresentadas as características definidoras dos DE com foco no problema, que tiveram frequências superiores à 50%.

TABELA 10 – CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES, COM FOCO NO PROBLEMA, EVIDENCIADOS À LUZ DO CONCEITUAL DE AUTOCUIDADO DE OREM EM PACIENTES ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE. BRASÍL-DF, 2016.

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	**n	***%
DE*: DOR CRÔNICA (n= 40)		
Alteração da capacidade de continuar atividades prévias;	32	80
Expressão facial de dor	20	50
Mudanças no padrão do sono	4	10
Relato de outra pessoa de comportamento de dor/mudança nas atividades	1	3
DE: PROTEÇÃO INEFICAZ (n= 40)		
Prejuízo neurossensorial	32	80
Fadiga	25	63
Deficiência na imunidade	24	60
Insônia	2	5
DE: ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO (n= 34)		
Falta de condicionamento físico	29	85
Atividade física diária inferior à recomendada para o gênero e a idade	29	85
Preferência por atividades com pouco exercício físico;	25	74
DE: CONHECIMENTO DEFICIENTE (n= 33)		
Conhecimento insuficiente	33	100
Desempenho inadequado de um teste	30	88
Comportamentos inapropriados	4	12
DE: ATIVIDADE DE RECREAÇÃO DEFICIENTE (n=29)		
Tédio	29	100
DE: DISTÚRBIO NA IMAGEM CORPORAL (n= 29)		

Continua

	Conclusão	
Comportamento de monitorar o próprio corpo.	26	90
Alteração na estrutura corporal.	25	86
Alteração em função corporal	22	76
Medo da reação dos outros	20	69
<hr/>		
DE: FADIGA (n= 26)		
Energia insuficiente	26	100
Aumento da necessidade de descanso	25	96
Capacidade prejudicada para manter as rotinas habituais	22	76
<hr/>		
DE: INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA (n= 17)		
Alteração na integridade da pele	17	100
<hr/>		
DE: INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA (n=4)		
Tecido destruído	2	50
Tecido lesado	2	50
TOTAL	506	

Fonte: A autora (2016).

Legenda: *DE: Diagnóstico de enfermagem; ** “n”: frequência absoluta baseada nos diagnósticos de enfermagem respectivos das características definidoras; ****“%”: frequência relativa baseada nos diagnósticos de enfermagem respectivos das características definidoras;

No que se refere às evidências clínicas dos diagnósticos de enfermagem com foco no problema, foram evidenciadas ao todo 506 características definidoras para os diagnósticos de enfermagem, da referida situação diagnóstica.

Para o DE, Dor crônica foram evidenciadas as características definidoras: Alteração da capacidade de continuar atividades prévias (32; 80%) e Expressão facial de dor (20; 50%), seguida de Mudanças no padrão do sono (4; 10%) e Relato de outra pessoa de comportamento de dor/mudança nas atividades (1; 3%).

O diagnóstico de enfermagem Proteção Ineficaz teve como evidências de sua ocorrência, conforme a taxonomia II da NANDA-I (2015) Prejuízo neurosensorial (32; 80%), Fadiga (25; 63%), Deficiência na imunidade (24; 60%) e Insônia (2; 5%).

Para o diagnóstico Estilo de Vida Sedentário foram identificadas as características definidoras: Falta de condicionamento físico (29; 85%), Atividade física diária inferior à recomendada para o gênero e a idade (ambas, 29; 85%) e Preferência por atividades com pouco exercício físico (25, 74%).

Conhecimento deficiente, como diagnóstico de enfermagem listado, trouxe como evidências Conhecimento insuficiente (100%; 33), Desempenho inadequado de um teste, que contemplou 30 sujeitos (88%) e Comportamentos inapropriados que foi identificada em 4 (12%) sujeitos.

Para o diagnóstico de enfermagem Atividade de recreação deficiente evidenciou-se a característica definidora Tédio em 100% (29) dos sujeitos que apresentaram o mesmo.

O DE Distúrbio da Imagem Corporal trouxe a frequência absoluta de 90% (26) para a característica definidora Comportamento de monitorar o próprio corpo, 25 (86%) para a característica Alteração na estrutura corporal e de 22 (76%) para a característica definidora Alteração em função corporal. Medo da reação dos outros (20; 69%) também foi listada como característica definidora deste diagnóstico.

O diagnóstico de enfermagem Fadiga, foi elaborado a partir das evidências: Energia insuficiente (26; 100%), Aumento da necessidade de descanso (25, 96%) e Capacidade prejudicada para manter as rotinas habituais (22; 76%).

A fim de contemplar no presente trabalho os aspectos relacionados às alterações de pele sofridas pelos pacientes com hanseníase, os DE Integridade da pele prejudicada e Integridade tissular prejudicada foram considerados em conjunto.

Integridade da Pele Prejudicada, teve a característica definidora Alteração na integridade da pele ocorrente em 100% (17) dos indivíduos.

A característica definidora Tecido destruído foi evidenciada em 50% (2) dos indivíduos que receberam o DE Integridade tissular prejudicada, já a característica definidora para este mesmo diagnóstico de enfermagem, Tecido lesado foi evidente nos demais indivíduos (2; 50%).

A tabela 11, a seguir, traz os fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem de maior frequência e dos diagnósticos Integridade da pele prejudicada e Integridade tissular prejudicada.

TABEA – 11 FATORES RELACIONADOS DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS FREQUENTES COM FOCO NO PROBLEMA EVIDENCIADOS À LUZ DO CONCEITUAL DE AUTOCUIDADO DE OREM EM PACIENTES ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE. BRASÍLIA-DF, 2016.

FATORES RELACIONADOS	n**	%***
*DE: DOR CRÔNICA (n= 40)		
Agente lesivo (<i>Mycobacterium leprae</i>)	32	80
Dano ao sistema nervoso	8	20
DE: PROTEÇÃO INEFICAZ (n= 40)		
Agente farmacológico	40	100
Distúrbios imunológicos	22	55
Abuso de substância	3	8
DE: ESTILO DE VIDA SEDENTÁRIO (n= 34)		

Motivação insuficiente para atividade física	34	100
Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde	6	18
DE: CONHECIMENTO DEFICIENTE (n= 33)		
Informação insuficiente	33	100
Alteração na função cognitiva	1	3
DE: ATIVIDADE DE RECREAÇÃO DEFICIENTE (n=29)		
Atividades de recreação insuficientes	29	100
DE: DISTÚRPIO NA IMAGEM CORPORAL (n= 29)		
Doença	24	83
Alteração em função do corpo	12	41
Regime de tratamento	5	17
Lesão	4	14
DE: FADIGA (n= 26)		
Condição fisiológica (doença)	18	69
Aumento no esforço físico	10	39
Ansiedade	5	19
Depressão	4	15
DE: INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA (n=17)		
Agente farmacológico	17	100
Alteração na sensibilidade	17	100
Alteração da pigmentação	17	100
Alteração no volume de líquidos	2	12
DE: INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA (n=4)		
Neuropatia periférica	4	100
Alteração na sensibilidade	4	100
TOTAL	351	-

Fonte: A autora (2016).

Legenda: *DE: Diagnóstico de enfermagem; ** “n”: frequência absoluta baseada nos diagnósticos de enfermagem listados; ****“%”: frequência relativa baseada nos diagnósticos de enfermagem listados;

A descrição dos achados relacionados aos DE com foco no problema permitiu levantar 351 fatores relacionados, ao todo, para os diagnósticos de enfermagem com frequências iguais ou maiores que 50% e para Integridade da pele prejudicada e Integridade tissular prejudicada. Dos 351 fatores relacionados, 61 (17,3%) destes foram para os diagnósticos de enfermagem Integridade da Pele Prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada. Os demais 290 (83%) fatores (83%) relacionados identificados para os diagnósticos com ocorrência igual ou maior a 50% (20) na amostra estudada.

Para o DE Dor crônica, evidenciou-se Agente lesivo (*Mycobacterium leprae*) (32; 80%) e Dano no sistema nervoso (8; 20%), já para o diagnóstico Proteção ineficaz, são achados relacionados a este, Agente farmacológico (40; 100%), Distúrbios imunológicos (22; 55%) e Abuso de substância (3; 8%).

Estilo de vida sedentário foi listado com o fator relacionado Motivação insuficiente para atividade física (34; 100%) e Conhecimento deficiente sobre os benefícios que a atividade física traz à saúde (6; 18%) uma vez que o diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente

apresentou como fatores relacionados, Informação insuficiente (33; 100%) e Alteração na função cognitiva (1; 3%).

Atividades de recreação insuficientes foi o fator relacionado ocorrente em 29 sujeitos, ou seja, em 100% daqueles que apresentaram o diagnóstico de enfermagem Atividade de recreação deficiente.

O fator relacionado Doença (24; 83%) foi o de maior a observância para o diagnóstico de enfermagem Distúrbio da imagem corporal, seguidos dos demais fatores: Alteração em função do corpo (12; 41%), Regime de tratamento (5; 17%) e Lesão (4; 14%).

Os fatores relacionados Condição fisiológica (doença) (18; 45%), Aumento do esforço físico (10; 25%), Ansiedade (5; 13%) e Depressão (4; 1%) foram observados para o diagnóstico de enfermagem Fadiga.

Por conseguinte, Agente farmacológico (17; 100%), Alteração da sensibilidade (17; 100%), Alteração da pigmentação (17; 100%) e Alteração no volume de líquidos (2; 12%) foram identificados como fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem, Integridade da pele prejudicada.

Quanto aos fatores relacionados do diagnóstico de enfermagem Integridade tissular prejudicada foram listados Neuropatia periférica (4; 50%) e Alteração de sensibilidade (4; 50%).

Quanto aos diagnósticos de promoção da saúde, na tabela 12 encontram-se as frequências na amostra estudada.

TABELA 12 - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, EVIDENCIADOS À LUZ DO CONCEITUAL DE AUTOCUIDADO DE OREM EM PACIENTES ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE. BRASÍLIA-DF, 2016.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	n	%
Disposição para processos familiares melhorados	26	65
Disposição para melhora do autocuidado	18	45
TOTAL	44	-

Fonte: A autora (2016)

Legenda: “n”: frequência absoluta baseada nos 40 participantes da pesquisa;
“%”: frequência relativa baseada nos 40 participantes da pesquisa

No que concerne aos DE de promoção da saúde, foram arrolados 44 diagnósticos (7%), distribuídos entre dois títulos diagnósticos: Disposição para processos familiares melhorados, identificado em 26 indivíduos (65%) e Disposição para melhora do autocuidado identificado em 18 (45%).

A tabela 13 traz a descrição das características definidoras dos diagnósticos de enfermagem de situação diagnóstica: promoção da saúde, evidenciados à luz do construto de Orem.

TABELA 13 - CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, EVIDENCIADOS À LUZ DO CONCEITUAL DE AUTOUIDADO DE OREM EM PACIENTES ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE. BRASÍLIA –DF, 2016.

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS	*n	**%
DISPOSIÇÃO PARA PROCESSOS FAMILIARES MELHORADOS (n= 26)		
Expressa desejo de melhorar a segurança dos membros da família	26	100
Expressa desejo de melhorar a adaptação da família a mudanças.	26	100
Expressa desejo de melhorar o respeito pelos membros da família	26	100
DISPOSIÇÃO PARA MELHORA DO AUTOUIDADO (n=18)		
Relata desejo de aumentar o autocuidado	18	100
Relata desejo de aumentar conhecimento de estratégias de autocuidado	18	100
TOTAL	114	-

Fonte: A autora (2016)

Legenda: * “n”: frequência absoluta baseada nos diagnósticos de enfermagem respectivos das características definidoras; ** “%”: frequência relativa baseada nos diagnósticos de enfermagem respectivos das características definidoras;

Foram arroladas 114 características definidoras para os diagnósticos de enfermagem de tipologia promoção da saúde.

Como características definidoras para o diagnóstico de enfermagem, DE Disposição para processos familiares melhorados, obteve como características definidoras Expressa desejo de melhorar a segurança dos membros da família (26; 100%), Expressa desejo de melhorar a adaptação da família a mudanças (26; 100%) e Expressa desejo em melhorar o respeito pelos membros da família (26;100%) já o DE Disposição para melhora do autocuidado, evidenciou-se, Relata desejo de aumentar o autocuidado (18; 100%) e Relata desejo de aumento conhecimento de estratégias de autocuidado com as mesmas frequências da anterior, já o

Reitera-se na a descrição dos diagnósticos de enfermagem de vulnerabilidade listados à luz do conceitual de autocuidado de Orem em pacientes acometido pela hanseníase, deveras apresentados na tabela 14.

TABELA 14– DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE VULNERABILIDADE EVIDENCIADOS À LUZ DO CONCEITUAL DE AUTOCUIDADO DE OREM EM PACIENTES ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE. BRASÍLIA – DF, 2016.

TÍTULOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CONFORME OS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS E DE DESVIOS DE SAÚDE	n	%
Risco de constipação	40	100
Risco de função hepática prejudicada	40	100
Risco de lesão	40	100
Risco de lesão térmica	40	100
Risco de infecção	40	100
Risco de baixa autoestima situacional	38	95
Risco de olho seco	26	65
Risco de integridade da pele prejudicada	19	48
Risco de sentimento de impotência	14	35
Risco de identidade pessoal perturbada	6	15
Risco de solidão	3	8
Risco de desequilíbrio da temperatura corporal	2	5
Risco de síndrome do desuso	1	3
TOTAL	309	-

Fonte: A autora (2016)

Legenda: “n”: frequência absoluta baseada nos 40 participantes da pesquisa;
“%”: frequência relativa baseada nos 40 participantes da pesquisa

No tocante aos DE de vulnerabilidade, foram arrolados 309 diagnósticos ao todo. Dos treze rótulos diagnósticos, apresentaram frequências superiores à 50%: Risco de Constipação, Risco de função hepática prejudicada, Risco de lesão, Risco de lesão térmica e Risco de infecção, todos com frequências de 100% nos sujeitos da amostra. Também foram elaborados os diagnósticos Risco de baixa autoestima situacional (38; 95%) e Risco de olho seco (26; 65%) em mais de 50% dos participantes.

Risco de integridade da pele prejudicada foi identificado em 48% (19) do voluntariado desta pesquisa.

Os DE Risco de sentimento de impotência (14; 35%), Risco de identidade pessoal perturbada (6; 15%), Risco de solidão (3; 8%), Risco de desequilíbrio da temperatura corporal (2; 5%) e Risco de síndrome do desuso (1; 3%) também foram elencados como diagnósticos de enfermagem de vulnerabilidade em pacientes acometidos pela hanseníase.

No universo dos diagnósticos de enfermagem de vulnerabilidade tem-se os respectivos fatores de risco listados para tanto, assim descritos na tabela 15.

TABELA 15 – FATORES DE RISCO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE VULNERABILIDADE EVIDENCIADOS À LUZ DO CONCEITUAL DE AUTOCUIDADO DE OREM EM PACIENTES ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE. BRASÍLIA-DF, 2016.

FATOR DE RISCO	**n	***%
DE: RISCO DE CONSTIPAÇÃO (n= 40)		
Agente farmacológico	40	100
Atividade física diária média é menor que a recomendada para o gênero e idade	34	85
DE: RISCO DE FUNÇÃO HEPÁTICA PREJUDICADA (n= 40)		
Agente farmacológico	40	100
Abuso de substância	3	8
DE: RISCO DE LESÃO (n= 40)		
Exposição à patógeno	40	100
Disfunção imune	40	100
Alteração nos sentidos	37	93
Mecanismo de defesa primária prejudicados (pele)	32	80
DE: RISCO DE LESÃO TÉRMICA (n= 40)		
Neuropatia	40	100
Prejuízo neuromuscular	28	70
Tabagismo	2	5
DE: RISCO DE INFECÇÃO (n= 40)		
Imunossupressão	40	100
Enfermidade crônica	30	75
Alteração na integridade da pele	32	80
Diminuição de hemoglobina	3	8
DE: RISCO DE BAIXA AUTOESTIMA SITUACIONAL (n= 38)		
Alteração na imagem corporal	37	97
Doença física	30	79
Prejuízo funcional	20	53
Mudanças de papel social	6	16
História de rejeição	2	5
DE: RISCO DE OLHO SECO (n= 26)		
Dano à superfície ocular	26	100
Lesões neurológicas com perda reflexa sensorial	2	7
DE: RISCO DE INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA (n=19)		
Agente farmacológico	19	100
Alteração de sensibilidade	19	100
Alteração na pigmentação	19	100
TOTAL	621	-

Fonte: A autora (2016)

Legenda: *DE: Diagnóstico de enfermagem; **n: frequência absoluta dos diagnósticos de vulnerabilidade baseada na amostra de 40 sujeitos; ***%: frequência relativa dos diagnósticos de vulnerabilidade baseada na amostra de 40 sujeitos;

Foram arrolados ao todo 621 fatores de vulnerabilidade para os respectivos diagnósticos de risco, desta forma, como fatores de risco para o diagnóstico Risco de constipação foram identificados: Agente farmacológico e Atividade física diária média é menor que a recomendada para o gênero e idade, com frequências de 40 (100%) e 34 (85%), respectivamente.

Para o DE Risco de função hepática prejudicada, foi listado em 100% da amostra o fator de risco, Agente farmacológico e 8% (3) da amostra o fator Abuso de substância. O DE Risco

de lesão apresentou como fatores de vulnerabilidade: Exposição à patógeno (40; 100%), Disfunção imune (40;100%), Alteração nos sentidos (37; 93%), Mecanismos de defesas primários prejudicados (pele) com frequências de 32 (80%)

O diagnóstico de enfermagem Risco de Lesão Térmica foi listado a partir dos fatores de risco: Neuropatia (40, 100%), Prejuízo neuromuscular (28; 70%) e Tabagismo (2; 5%) já o diagnóstico Risco de infecção teve como fatores consequentes à sua listagem: Imunossupressão (39; 98%), Enfermidade crônica (30; 75%), Alteração na integridade da pele (32; 80%) e Diminuição da hemoglobina (3; 8%).

Para o DE Risco de Baixa Autoestima Situacional, obtiveram-se os fatores de risco, Alteração na imagem corporal (37; 97%), Doença física (30; 79%), Prejuízo funcional (20; 53%), Mudanças no papel social (6; 16%). O diagnóstico Risco de Olho seco obteve fator de vulnerabilidade, Dano à superfície ocular, corrente em 27% (48) dos sujeitos.

Como contribuinte da descrição e análise dos dados resolveu-se apresentar o diagnóstico de vulnerabilidade Risco de integridade da pele prejudicada, embora com ocorrência em 19 (48%) participantes. Nesta ótica tem-se os fatores de vulnerabilidade Agente farmacológico, Alteração da sensibilidade e Alteração da pigmentação, todos com ocorrência de 100% (19) nos indivíduos que apresentaram o referido diagnóstico de enfermagem.

6 DISCUSSÃO

Os achados previamente descritos serão discutidos na ordem de apresentação desses, ratificando aqueles de maior ocorrência e relevância para o bom seguimento e compreensão dos objetivos da pesquisa, bem como, do alcance dos mesmos. Serão assim discutidas as variáveis socioeconômicas e demográficas, bem como as variáveis de morbidade, laboratoriais e clínicas seguidos do perfil dos diagnósticos.

No tocante aos DE com frequência igual ou superior que 50%, os mesmos serão discutidos à luz dos requisitos de autocuidado de Dorothea Orem, devidamente contemplados com os diagnósticos de enfermagem pertinentes, sendo apresentados essencialmente por seus domínios, classes, conceitos e situação diagnóstica conforme a taxonomia II da NANDA-I (2015).

Na dissertação de cada diagnóstico de enfermagem, serão discutidas suas respectivas características definidoras, bem como seus fatores relacionados e fatores de risco, quando pertinentes à cada situação diagnóstica, que obtiveram frequências iguais ou superior a 50%.

6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E DEMOGRÁFICA

Estudos de Peneluppi et al. (2015) e Avelino e Sarmiento et al. (2015) trazem como evidência de caracterização do perfil de pessoas acometidas pela hanseníase, a maior ocorrência do gênero masculino entre os sujeitos estudados, similar aos achados deste que obteve 65% de sua amostra, como participantes homens. Os primeiros autores trazem frequência acima de 60% da ocorrência de homens na sua amostra estudada, já os subseqüentes trazem em um estudo retrospectivo compreendido entre os anos de 2009 a 2013 a persistência do gênero masculino como mais frequente (acima de 50%), com exceção do ano de 2012 (48, 39%).

Correa et al. (2012) também corroboram com o achado para os dados previamente descritos, as evidências de um estudo transversal realizado no estado do Maranhão que evidenciou 51,7% dos sujeitos como sendo do gênero masculino.

Em se tratando da variável idade, observou-se a discrepância deste, que evidenciou maior ocorrência de indivíduos com idade entre 56 a 66 anos, aos estudos de Barbosa, Almeida e Santos (2014) que evidenciaram maior ocorrência de indivíduos acometidos pela Hanseníase

compreendidos entre 20 a 39 anos. Há de ser discorrer que o estudo comparativo discutido foi aplicado como série histórica de casos.

No tocante a variável cor observou-se maior evidência da cor parda, fator este constatado no estudo de Avelino e Sarmiento et al. (2015) que também evidenciou predomínio na raça parda em indivíduos acometidos pela hanseníase notificados em um município de Minas Gerais, endêmico para a doença. A maioria dos sujeitos participantes deste estudo apresentaram-se como casados (37,5%) o que pode ser corroborado a outros estudos da literatura (LOPES & RANGEL, 2014).

A religião católica (17; 42,5%) foi a predominante na amostra, achado este, discordante de estudo realizado na região oeste do Nepal que identificou predominância da religião hindu. Reitera-se que a Índia, região localizada ao oeste do Nepal é o país com maior número de casos de Hanseníase no mundo (ADHIKARI et al., 2014).

Em um estudo descritivo de abordagem mista realizado no município de Imperatriz - MA evidenciou-se que a maioria dos sujeitos, de uma amostra de 30 participantes acometidos pela Hanseníase, tinham ensino fundamental incompleto (40%) o que reforça a caracterização da população deste estudo que apresentou como nível de instrução mais evidente, o mesmo do estudo então comparado (SOUSA, et al., 2013).

A baixa renda familiar é fator influente na situação epidemiológica da Hanseníase o que a caracteriza como doença negligenciada, sendo assim, discorre-se que neste estudo a maioria dos participantes estavam compreendidos entre as rendas de 2 a 5 salários mínimos (35%) para homens e até 1 salário mínimo para mulheres, ou seja, a variável nível de instrução, mostrou-se com igual frequência de maior ocorrência para ambos os gêneros, entretanto, em valores rentáveis diferentes (HACKER et al., 2012; FOSS & MOTA, 2012).

Pieri (2013) traz como resultados contrapostos aos deste estudo, conforme a descrição supracitada, a evidência socioeconômica relacionada à renda familiar compreendida entre os salários de 800 a 2200 com maior ocorrência (73; 61,34%) em seu estudo com 119 indivíduos acometidos pela Hanseníase.

Nardi et al. (2012) contribuem que indivíduos acometidos por Hanseníase que apresentem limitações severas, necessitam de atividades ocupacionais de baixo risco, ou seja, que envolvam atuações que não exacerbem ou compliquem os sintomas já existentes

relacionadas a doença, destarte, evidenciou-se que dadas ocupações podem interferir no processo de empregabilidade do indivíduo acometido pela hanseníase, o que pode ser alicerçado pelos achados deste estudo descritivo , onde 14 dos 40 participantes (35%) tem como ocupação: aposento por idade, auxílio-doença e aposentado por invalidez, estas duas últimas, diretamente consequentes às situações incapacitantes da Hanseníase.

Ainda à ocupação, com achados distintos aos descritos nesta pesquisa, tem-se estudo realizado com 70 pacientes acometidos pela hanseníase assistidos em um hospital do sudeste do Brasil, que contribui que a maioria dos sujeitos desse eram autônomos (63,45) ou aposentados (17,1%) (MASUCHI et al, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (2015), bem como Chaptini & Marshman (2015) ratificam que as condições de saneamento básico, sobretudo, às relacionadas as possibilidades de higiene por meio de água apropriada, bem como o acesso à saúde são fatores *sine qua non* para a diminuição da transmissão da hanseníase e adesão eficaz ao tratamento da mesma. A televisão e o acesso à internet podem ser fortes contribuintes no que se refere ao acesso à saúde tendo como relação positiva os achados deste estudo onde 90% dos participantes possuíam televisão em casa e 47,5% referiram ter acesso à internet. Correferindo-se aos condicionantes de saneamento básico discutidos na literatura evidenciou-se neste estudo que 67,5% dos sujeitos possuíam água tratada, rede de esgoto e rua asfaltada nos locais onde residiam, fatores estes positivos para as intervenções de controle, vigilância e tratamento da hanseníase.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DE MORBIDADE, LABORATORIAL E CLÍNICA DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Sousa et al. (2012) evidenciaram em um estudo descritivo, retrospectivo, realizado no nordeste do Brasil a ocorrência da forma clínica wirchowiana em apenas 16(21%) dos casos estudados, sendo a forma Indeterminada a da maior ocorrência, estando em desarmonia com as evidências desta pesquisa que trazem a forma clínica de maior ocorrência como a wirchowiana (45%). Outros autores corroboram com achados discrepantes ao destas evidencias, uma vez que, apresentam como forma clínica de maior evidência a tuberculóide-*boderlaine* (31;80%) e dimorfa (56;9%), respectivamente (HACKER et al., 2012; SANTO et al., 2012).

A maior frequência da forma clínica wirchowiana, pode ser explicada, sobretudo, pelo diagnóstico tardio, que propicia a evolução das formas clínicas da hanseníase, ocasionando

assim, a positividade do índice bacilar e, por conseguinte, maior possibilidade de transmissão e de caracterização clínica evidente e importante, como sugere a forma wirchowiana. Ressalta-se a falta de conhecimento em relação a doença por parte da população, no que se refere a medidas preventivas, como fator significativo para a maior prevalência da doença (MONTEIRO et al., 2015; OLIVEIRA, FERNANDES & LIMA 2014; BRASIL, 2010)

O índice bacilar evidenciado pela baciloscopia de raspado intradérmico foi positivo em 40% dos sujeitos do estudo e negativo em 20%, o que não significa a exclusão do diagnóstico da hanseníase que é soberanamente clínico. Em uma corte transversal feito com 57 indivíduos acometidos pela hanseníase, evidenciou-se que 27 destes apresentaram a baciloscopia de raspado intradérmico positiva, bem como a classificação operacional do tipo multibacilar, corroborando assim com os achados desta pesquisa (CRESPO, GOÇALVES & PADOVANI, 2014).

Estudo transversal realizado com 722 indivíduos acometidos pela hanseníase e assistidos em seis clínicas de referência em Daca, capital de Bangladesh, também trouxe como maior ocorrência de classificação operacional, a multibacilar (22,4%). É relevante atentar para a característica de forte transmissibilidade do paciente que recebe a classificação operacional multibacilar para os dados fins terapêuticos, que deve ser iniciada o mais precoce possível para a interrupção da transmissão da doença (QUYUM et al, 2015).

Estudos realizados no sudeste do Brasil trazem como maior ocorrência de classificação operacional a paucibacilar (61%) em uma amostra não probabilística de 41 pacientes acometidos pela hanseníase (MASUCHI et al., 2015).

Crespo, Gonçalves e Padovani (2014) evidenciaram em um ensaio observacional de abordagem mista, transversal realizado com 57 indivíduos acometidos pela hanseníase o modo de entrada mais ocorrente como o de caso novo (46) confirmando os achados desta pesquisa que apresenta a frequência relativa de 72,5% dos sujeitos da mesma como sendo modo de admissão ou de entrada, caso novo. Investigações realizadas em banco de dados de pacientes acometidos pela hanseníase em um município de Minas Gerais, com amostra de 43 pacientes, também consolidam as evidências desta pesquisa uma vez que 39 destes foram identificados como casos novos.

Neuralgias de membros, queixa principal de maior ocorrência nesta pesquisa (20%) estão relacionadas ao acometimento de nervos periféricos que podem apresentar-se espessados, álgicos e hiperreflexos. Uma abordagem transversal descritiva feita com 400 pacientes diagnosticados com hanseníase de Fortaleza – CE contrapõe-se aos achados da comparada, uma vez que trouxe como maior ocorrência, hipoestesia (367; 91,75%. (LASTÓRIA, MILANEZ & ABREU, 2012; NETO et al., 2015).

6.3 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM LISTADOS E SEUS COMPONENTES

Os DE incluídos nos requisitos universais de autocuidado são aqueles relacionados aos processos vitais dos seres humanos, bem como à manutenção e funcionamento dos mesmos de forma otimizada para que assim seja preservada a integridade do bem-estar biopsicossocial (OREM, 2001).

Incluem-se aí os fatores relacionados a manutenções de boa ingesta hídrica, alimentação, equilíbrio entre atividade e repouso, relevância da interação social, segurança e proteção, ou seja, genericamente tudo aquilo que possibilita a manutenção de bem-estar e saúde para os indivíduos (OREM, 2001; TOMMEY & ALLIGOOD, 2002).

São discutidos a seguir os DE com frequência igual ou superior a 50% (≥ 20) bem como os diagnósticos de enfermagem Integridade da pele prejudicada, Integridade tissular prejudicada e Risco de integridade da pele prejudicada, identificados à luz dos requisitos do autocuidado de Orem: requisitos universais de autocuidado e requisitos de desvios de saúde.

Assim, apresentam-se a seguir os seguintes diagnósticos de enfermagem identificados: Dor crônica, Proteção ineficaz, Risco de constipação, Risco de função hepática prejudicada, Risco de lesão, Risco de lesão térmica, Risco de infecção, Risco de baixa autoestima situacional, Estilo de vida sedentário, Conhecimento deficiente, Atividade de recreação deficiente, Distúrbio na imagem corporal, Risco de olho seco, Disposição para processos familiares melhorados, Fadiga, Integridade da Pele Prejudicada/Integridade tissular prejudicada e Risco de Integridade da pele prejudicada.

6.3.1 Dor crônica

Com ocorrência iminentemente significativa, tem-se a evidência do diagnóstico de enfermagem com foco no problema, Dor crônica, inserido no domínio 12: conforto, classe 1: conforto físico, conceituado como:

“[...] experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real, ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão (*International Association for The Study of Pain*); início súbito ou lento, de qualquer intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com duração maior que três (>3) meses. ” (NANDA-I, 2015).

Talhari, Gonçalves e Oliveira (2015) corroboram que a principal evidência de dor em pacientes acometidos pela hanseníase dar-se-á pela a identificação clínica da neurite, definida como dor consequente à inflamação de nervos, que no universo desta dermatose sanitária, destacam-se, sobretudo os nervos periféricos, não obstante também sejam passíveis de acometimentos outros nervos como pode-se exemplificar o nervo óptico e trigêmeo.

Ressalta-se que a neurite periférica, que pode ser percebida a partir da inspeção, palpação e percussão dos nervos radial, ulnar, mediano, tibial posterior e fibular é um importante achado para o diagnóstico de hanseníase e para as potenciais complicações da mesma (VÉRAS et al., 2012; TALHARI, GONÇALVES, OLIVEIRA, 2015).

Alteração da capacidade de continuar atividades prévias, expressão fácil de dor, mudanças no padrão do sono e relato de outra pessoa de comportamento de dor/mudança nas atividades foram as características definidoras mais ocorrentes para o diagnóstico de enfermagem Dor crônica listadas a partir das manifestações clínicas de: dor ao levantar pesos, a movimentos que requerem força para tanto, dor à palpação dos nervos radiais, ulnares, medianos, tibiais posteriores e fibulares e relato de dificuldade de dormir consequente às dores associadas às parestesias.

No tocante à capacidade de continuar atividades prévias tem-se os contribuintes de Garbino e Júnior (2014) que referem as alterações motoras, no âmbito do controle motor fino, associadas à dor como fatores que influenciam diretamente na realização de tarefas comuns como andar, caminhar, subir ou descer escadas, segurar uma xícara, ficar nas pontas dos pés, dentre outros movimentos que são essências para a continuidade de atividades diárias relacionadas tanto a ações rotineiras em casa, bem como a atividades laborativas.

Diante destes achados, tem-se as contribuições de Pucci, Teófilo e Aragão et al. (2011) que evidenciaram em um estudo retrospectivo feito com 732 pacientes com diagnóstico presuntivo e confirmado de hanseníase que 65,9% (482) destes apresentavam comprometimento de fibras cutâneas e que destes 4,31% (21) apresentavam dor intensa à palpação dos nervos, a saber: tibial (50%), ulnar (43,8%), radial e fibular, ambos com 21,9% de acometimento relacionado a dor.

Os fatores relacionados para o diagnóstico Dor crônica foram agente lesivo (*Mycobacterium leprae*) e dano ao sistema nervoso.

O acometimento de nervos consequentes à infecção e imunossupressão causada pelo *Mycobacterium leprae* é o fator preponderante para a ocorrência de dor no indivíduo acometido pela hanseníase. Rotineiramente, diante das condicionantes imunológicas da doença, longo período de incubação, intensidade do acometimento neural, e dificuldades relacionadas ao diagnóstico diferencial com doenças como diabetes e doenças reumáticas, a dor evolui com o tempo e torna-se crônica, dependente de intervenções paliativas como o uso de corticoides, atuação fisioterápica, dentre outras (PUCCI, TEÓFILO, ARAGÃO, et al., 2011; VÉRAS et al., 2011).

A responsabilidade do autocuidado sugerido por Orem (2001) no que se refere a dor crônica, no âmbito dos requisitos de autocuidado no desvio e saúde tem direcionamento para a atenção que deve ser dada à poliquimioterapia, a corticoidoterapia, ou seja, a adesão correta aos tratamentos direcionados para o alívio da dor. Neste caso também se destaca a necessidade de cuidado dependente daqueles que não podem por motivos senescentes, por exemplo, como foi evidenciado neste estudo, de responsabilizar-se com a terapêutica medicamentosa orientada para os melhoramentos da dor crônica (BRASIL, 2010d).

6.3.2 Proteção ineficaz

A “diminuição na capacidade de proteger-se de ameaças internas ou externas, como doenças e lesões” define o diagnóstico de enfermagem do tipo, foco no problema, Proteção ineficaz que está inserido no domínio 1: promoção da saúde, classe 2: controle da saúde (NANDA – I, 2015, p. 142).

As características definidoras que evidenciaram o diagnóstico de Proteção ineficaz foram: prejuízo neurossensorial, fadiga, deficiência na imunidade e insônia.

O prejuízo neurossensorial está relacionado à neuropatia, periférica ou central (em casos mais incomuns) relacionadas ao acometimento neural do bacilo de Hansen, a percepção do paciente acometido fica em hipoestesia ou anestesia, que dependendo da exposição pode ser um fator agravante para o indivíduo acometido (LEITE, LIMA & GONÇALVES, 2011).

A insônia tem direcionamento para o agente farmacológico, uma vez que, existe a preocupação com o seguimento do tratamento, bem como com as perspectivas em relação ao mesmo. Faz-se necessário, à luz da promoção de autocuidado e/ou cuidado dependentes, estratégias de relaxamento ou incentivadoras para a manutenção do padrão de sono de forma apropriada uma vez que, a insônia favorece outras disfunções como a própria deficiência de imunidade, irritabilidade, depressão, ansiedade e diminuição da produtividade diária, diminuindo ainda mais a qualidade de vida do indivíduo portador de hanseníase (OREM, 2001; LEITE, ARRUDA, VASCONCELOS, 2015).

Os fatores relacionados identificados para este DE, conforme a taxonomia II da NANDA-I (2015) foram: agente farmacológico, distúrbios imunológicos e abuso de substância.

Agente farmacológico é um consequente aos distúrbios imunológicos, ambos os fatores relacionados se harmonizam no que se refere à conformidade etiológica destes com o diagnóstico de enfermagem, Proteção Ineficaz, uma vez que, são enfatizados os efeitos adversos da dapsona e rifampicina, medicamentos participantes da poliquimioterapia para hanseníase, como os mais ocorrentes. Estudo retrospectivo realizado com 182 pacientes de São José do Rio Preto-SP trazem como efeitos adversos mais comum da dapsona a anemia hemolítica e da rifampicina a hepatotoxicidade, destacando a necessidade proativa de esquema terapêutico alternativo (KUBOTA, et al. 2014; LYON & GRASSI, 2013).

Dois sujeitos desta pesquisa referiram fazer uso de álcool, que é responsável pela diminuição do efeito terapêutico da rifampicina, medicamento essencial na poliquimioterapia da hanseníase. Como estratégia de contribuinte ao autocuidado, neste sentido, pode-se promover e orientar ao paciente usuário de álcool o incentivo à mudança no estilo de vida trazendo a ele as condicionantes que podem ser extremamente negativas para o tratamento (LUNA, et al, 2010).

6.3.3 Risco de constipação

A significativa ocorrência do DE Risco de Constipação na amostra deste estudo (40; 100%) está em consonância com os achados de estudo, descritivo, retrospectivo realizado a partir de achados secundários de 51 pacientes acometidos pela hanseníase internados em um hospital do sudeste do Brasil, que evidenciou que 49 (96,07%) destes tiveram como julgamento clínico observado o diagnóstico de vulnerabilidade, Risco de constipação (BASSOLI et al, 2007).

Os fatores de risco que condicionaram este diagnóstico definido como “vulnerabilidade à diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada de eliminação de fezes difícil ou incompleta que pode comprometer a saúde. ”, alocado no domínio 3: eliminação e troca, classe 2: função gastrointestinal foram: agente farmacológico e atividade física diária média é menor que a recomendada para o gênero e idade.

Bruschi, Labrêa e Eidt (2011) ao objetivarem avaliar o estado nutricional e o consumo alimentar de pacientes com Hanseníase em acompanhamento em um ambulatório de dermatologia sanitária do sul do Brasil reiteraram a constipação como um dos efeitos adversos da poliquimioterapia para hanseníase, evidenciando que os indivíduos em uso de talidomida, imunossupressor utilizado para o tratamento da reação hansênica II, pode ser um dos fortes contribuintes para tanto.

As neurites, bem como as incapacidades geradas pela hanseníase não tratada, agem em detrimento da prática de exercícios físicos para pacientes com hanseníase, pois geram fadiga e acentuam a dor destes indivíduos que acabam optando por atividades com pouco exercício físico, quando não o praticam, fatores estes que intervêm diretamente no processo de motilidade intestinal apropriada (VÉRAS, et al. 2011).

6.3.4 Risco de função hepática prejudicada

Alocado no domínio 2: nutrição, classe 4: metabolismo, o DE de vulnerabilidade Risco de função hepática prejudicada é conceituado pela “vulnerabilidade à diminuição na função hepática que pode comprometer a saúde” (NANDA-I, 2015, p.165).

No tocante às possibilidades de agravamento da hanseníase quando não diagnosticada e tratada precocemente, tem-se, além dos aspectos dermatoneurológicos mais comuns, os acometimentos atípicos que, dentre inúmeros órgãos, pode acometer o fígado acarretando assim déficit da função hepática do indivíduo doente (MONTEIRO, 2015).

A hepatotoxicidade medicamentosa, ou seja, a intoxicação do fígado por agentes farmacológicos é comum em pacientes acometidos pela hanseníase que estejam em uso da poliquimioterapia ocasionando assim a opção por um esquema terapêutico alternativo que, na grande maioria das vezes, substitui a rifampicina ou dapsona por ofloxacino (MARQUES et al., 2012).

Os fatores de risco identificados na amostra para consolidar tal vulnerabilidade foram agente farmacológico e abuso de substância. Ratifica-se o uso da poliquimioterapia, além de outras drogas atuantes no processo de tratamento medicamentoso da Hanseníase, como prednisona, talidomida e pentoxifilina (estes últimos utilizados em reações hansênicas) como principais relações da identificação deste fator de risco (KUBOTA et al., 2013).

Intervenção significativa no que se refere à promoção de autocuidado ou de cuidado dependente é a orientação ao indivíduo acometido por hanseníase, em tratamento que, ao observar qualquer reação persistente e muito incômoda, informar à equipe de enfermagem para que as devidas intervenções alternativas possam ser aplicadas, uma vez que, o indivíduo não poderá ficar sob tratamento com esses medicamentos, diante da presença desse desvio de saúde. Esta participação do indivíduo carente de autocuidado, bem como de cuidados dependentes são destacadas por Orem e faz-se importante para o processo de fornecimento destes a qualquer indivíduo ou grupo que assim precise (OREM, 2001).

6.3. 5 Risco de lesão e Risco de lesão térmica

Optou-se por discutir os diagnósticos Risco de lesão e Risco de lesão térmica conjuntamente, uma vez que, contemplam as mesmas circunstâncias taxonômicas na NANDA-I (2015) e ainda possuem fatores de risco similares e contínuos para ambos os DE.

Nesta ótica destaca-se o diagnóstico de vulnerabilidade Risco de lesão, conceituado pela taxonomia II da NANDA-I (2015, p.379) como a “vulnerabilidade à lesão física por condições ambientais que interagem com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo, que pode comprometer a saúde. ”

Este DE está alocado no domínio 11: segurança/proteção e classe 1: lesão física e apresentou como fatores de risco: exposição à patógeno, disfunção imune, alteração dos sentidos e mecanismo de defesa primária prejudicados (pele). Reitera-se que estes fatores de risco podem sim influenciar no processo de desenvolvimento e maturação do ser humano, se

não houver uma intervenção de autocuidado ou cuidado dependentes apropriadas (NANDA-I, 2015).

A exposição à patógeno, neste caso, o *Mycobacterium leprae*, agente etiológico da hanseníase, se não intervista precocemente pode trazer consequências que retardam o processo de desenvolvimento e maturação do indivíduo, sobretudo, no que concerne à situação fisiológica dermatoneurológica. O próprio uso da poliquimioterapia que é uma grande sobrecarga medicamentosa, associada aos sintomas da doença, a ocorrência de reações hansênicas, diagnósticos equivocados e não adesão ao tratamento podem ter como consequências significantes complicações que pode levar até mesmo à morte (RAMAN, BUCKINGHAM, RAMAN, 2013; KUBOTA, 2014; NETO 2015).

A disfunção imune e a alteração dos sentidos estão diretamente relacionadas ao patógeno, uma vez que ele tem alta patogenicidade e dependendo do seu acometimento pode trazer lesões neuropáticas, principalmente na periferia, mas não se descarta o acometimento dos olhos, nariz e até mesmo testículos (MENDES, 2015).

Assim, tem-se o diagnóstico de enfermagem de risco, alocado no mesmo domínio e classe do DE supracitado, Risco de lesão térmica, conceituado como a “vulnerabilidade a danos à pele e às mucosas devido a temperatura extremas, que podem comprometer a saúde” que apresentou como fatores relevantes de risco: neuropatia e prejuízo neuromuscular. (NANDA-I, 2015).

A neuropatia hansênica pode trazer complicações graves, que interferirão diretamente nas possibilidades de continuidade e manutenção do tratamento. Alguns pacientes não são devidamente orientados sobre a neuropatia a partir de autocuidados básicos, como a inspeção e hidratação diária de mãos e pés, bem como o uso de sapatos apropriados e a não exposição à altas temperaturas, pois, dependendo do acometimento neural que tenha ali, podem acontecer lesões que já norteiam as intervenções de autocuidado para outras direções (PUCCI, 2011; VÉRAS et al., 2011).

O prejuízo neuromuscular é ocorrente devido ao acometimento neural, sobretudo, na hanseníase neural pura, que dependendo da precocidade ou não do tratamento podem trazer consequências ao indivíduo que a porta que vão desde a corticoidoterapia por um tempo não prolongado, embora em situação de cronicidade, até a aposentadoria por invalidez de muitos

indivíduos que eram ativos e por questões relacionados à situações neurológicas, consequentes à infecção pelo *Mycobacterium leprae* não poderão mais desenvolver suas atividades laborativas (PUCCI, 2011; VÉRAS et al., 2011; TALHARI, GONÇALVES, OLIVEIRA, 2015).

Percebe-se a necessidade dos reconhecimentos das demandas de autocuidado para os requisitos de desenvolvimento, uma vez que, se não forem sanados, interferirão em processos vitais que possivelmente seria diferenciado se houvesse a intervenção do autocuidado (OREM, 2001).

Todos estes fatores de risco merecem atenção em consonância com o autocuidado orientado por Orem que pretende propiciar ao indivíduo capacidade de cuidar-se de si mesmo de tal forma que todas as funções humanas sejam preservadas e equilibradas; é o que se pode discutir do fator de risco “mecanismos de defesa primária prejudicados”, mais especificamente, aborda-se a pele como o mecanismo lesado (OREM, 2001; TALHARI, GONÇALVES, OLIVEIRA, 2015).

As lesões de pele com parestesia são evidências da hanseníase na grande maioria dos casos e que ao protelar-se a intervenção em saúde neste caso, tende a ter complicações, pioras em como o risco de infecção diante da perda de integridade da pele que pode acontecer e até mesmo das manifestações clínicas relacionadas a isso, como hipoidrose na região da lesão e alopecia (LYON & GROSSI, 2013).

Uma boa medida para a prevenção de danos é a participação dos indivíduos acometidos pela doença em grupos de troca de experiência. Os grupos de autocuidado são intervenções interessantes para o tratamento, vigilância e controle dos acometimentos dermatoneurológicos relacionados à hanseníase, além de promover interação social entre os pacientes (WHO, 2015; DUARTE et al., 2014).

6.3.6 Risco de infecção

A “vulnerabilidade à invasão e multiplicação de organismos patogênicos, que pode comprometer a saúde” define o diagnóstico de enfermagem de vulnerabilidade Risco de infecção, participante do domínio 11: segurança e proteção, classe 1: infecção (NANDA-I, 2015, p.369).

Bassoli et al. (2007) também evidenciaram em sua amostra de 51 prontuários de pacientes acometidos pela hanseníase a ocorrência em 100% da amostra do diagnóstico de enfermagem Risco de Infecção, reitera-se que estes estavam internados, fator este incentivador para a listagem deste diagnóstico de enfermagem de vulnerabilidade.

Como fatores de risco que consolidam o DE Risco de infecção para os 40 sujeitos desta pesquisa foram listados imunossupressão, enfermidade crônica, alteração na integridade da pele e diminuição da hemoglobina. Para Talhari et al. (2015) a hanseníase tem sua cronicidade descrita devido ao longo tempo de aparecimento e permanência dos sintomas, quando não tratada e das sequelas que estes podem trazer.

A anemia quando não percebida e tratada, pode trazer maiores disfunções imunes que podem agir em contrapartida à outras infecções além da hanseníase, então doença de base. Nesta ótica orientam-se as intervenções de autocuidado em questões como a manutenção adequada de ingesta hídrica e de alimentos que, com outras intervenções profiláticas, mudarão o quadro de debilidade anêmica (KUBOTA 2014; BRASIL, 2010; MARQUES et al., 2012).

A cronicidade da hanseníase também é fator de impacto na possibilidade de infecção, uma vez que sua evolução é longa, bem como algumas incapacidades tornam-se crônicas e assim, requerem tratamentos medicamentosos e dados cuidados para evitar outras infecções. Na esteira deste raciocínio, destaca-se a infecção intestinal por *S. stercoralis*, estrogiloidíase, diretamente associada a imunossupressões importantes e ao uso de corticoide, o que reflete a realidade dos pacientes acometidos por neurites hansênicas que tem a prednisona como droga de primeira escolha para tratamento das mesmas (BRASIL, 2010c; BRAZ et al. 2015).

A perda de integridade da pele ocasionadas pelo tropismo do *Mycobacterium leprae* por células cutâneas reforça a ocorrência do diagnóstico de vulnerabilidade, Risco de infecção, uma vez que se perde a maior barreira de proteção contra agentes infecciosos (LASTÓRIA & ABREU, 2012; LAUTNER, 2014).

Como requisito de desvio de saúde o diagnóstico de enfermagem Risco de infecção juntamente com os seus fatores de vulnerabilidade expressam e reforçam a relevância do seguimento do tratamento para hanseníase, bem como dos cuidados relacionados à pele, função neural periférica, dentre outros para propiciar o incentivo ao autocuidado que é expressamente aplicável quando o indivíduo aprende a se autoinspecionar conhecendo as intercorrências

cutâneas que podem acontecer, bem como, ter ciência de todas as possibilidades existentes no universo da hanseníase que podem possibilitar processos infecciosos que interferirão para o tratamento, cura e percepção do indivíduo sobre a doença. (OREM, 2001; DUARTE et al., 2014; BEZERRA, 2012)

6.3.7 Risco de baixa autoestima situacional

O DE de vulnerabilidade, Risco de baixa autoestima situacional, incluso no domínio 6: autopercepção, classe 1: autoconceito da taxonomia II da NANDA-I (2015), é conceituado como “vulnerabilidade ao desenvolvimento de uma percepção negativa do próprio valor em resposta a uma situação atual e que pode comprometer a saúde” (NANDA-I, 2015, p.264).

A baixa autoestima pode ser evidenciada em grande parte dos indivíduos acometidos pela hanseníase, diante do estigma que envolve a doença, bem como às consequências relacionadas ao tratamento e suas complicações, mas também por relacionar-se a problemas sociais e familiares, que agem em detrimento da adesão e da manutenção do tratamento (MONTE & PEREIRA, 2015).

Leite, Sampaio e Caldeira (2014) analisaram discursos diretos de indivíduos acometidos pela hanseníase, institucionalizados em colônias, no tocante ao preconceito e estigma e os evidenciaram como fortes contribuintes para situações de baixa autoestima e até mesmo depressivas.

É notável a responsabilidade do enfermeiro no processo de educação em saúde e suporte assistencial com fidedignidade destes indivíduos que podem vir a apresentar ou já se encontram em situações de baixa autoestima relacionadas ao diagnóstico de hanseníase. É relevante orientar ao máximo para que estes indivíduos fiquem cientes de sua atual situação de comprometimento de saúde para que assim possam prevenir complicações futuras que maximizam ainda mais este sentimento de baixa autoestima situacional.

Os fatores de risco identificados para o DE de Risco de baixa autoestima situacional foram: alteração na imagem corporal, prejuízo funcional, doença física e história de rejeição.

Ressalta-se que a hanseníase pode trazer deformidades e incapacidades como garras móveis e fixas e reabsorções ósseas e até mesmo a perda do septo nasal, que associada a outros sinais e sintomas descreve a “face leonina” que que estas condicionam a alteração na imagem

corporal, bem como o prejuízo funcional, como ilustração, tem-se os indivíduos com sequelas do tipo garra fixa e/ou reabsorções ósseas em mãos e/ou pés (TALHARI et al., 2015; LYON & GRASSI, 2013).

O autocuidado é essencial, desde o diagnóstico, para que o indivíduo acometido tenha suporte para enfrentar a doença, ciente de que a mesma tem tratamento fidedigno e, sobretudo, cura, embora existam os acometimentos neurais, seguidos de deformidades e incapacidades. Tais destrezas são para contemplar os requisitos universais de autocuidado, voltados, sobretudo para o bem-estar humano.

Pode-se relevar também o fator de risco História de rejeição, relatados por dois pacientes que sofreram rejeição do cônjuge e dos amigos mais próximos diante do diagnóstico de hanseníase e todo o processo de segregação social ainda vigente quando o assunto é esta dermatose sanitária.

6.3.8 Estilo de vida sedentário

Incluso na classe 1: percepção da saúde, domínio 1: promoção da saúde o diagnóstico de enfermagem com foco no problema, Estilo de vida sedentário “refere-se a um hábito de vida que se caracteriza por um baixo nível de atividade física.” (NANDA-I, 2015).

Achados da literatura trazem outras evidências da ocorrência do DE Estilo de vida sedentário, embora, em diferentes populações, como ilustram-se os hipertensos arteriais, adolescentes de 14 a 18 anos, indivíduos em tratamento hemodialítico e até mesmo em mulheres com osteoporose consequente à menopausa (MOREIRA, et al., 2014; GUEDES et al., 2013; VITORINO et al., 2015; BEZERRA, 2012; 2016).

Nardeli & Roman (2011) corroboram que a atividade física como estratégia contra o sedentarismo pode ser relevante para indivíduos acometidos pela hanseníase, desde que orientada por profissionais apropriados para tanto que nortearão os exercícios passíveis de serem realizados por estes pacientes diante de suas possibilidades clínicas e sociais.

Como características definidoras para este diagnóstico foram listadas falta de condicionamento físico; atividade física diária inferior à recomendada para o gênero e a idade; e preferência por atividades com pouco exercício físico.

As manifestações clínicas de neuropatia periférica, de membros superiores e inferiores, bem como as artralguas e neuralgias consequentes à infecção pelo bacilo de Hansen são muitas vezes responsáveis pela limitação à atividade física desses indivíduos, tendo como consequência as evidências clínicas identificadas de falta de condicionamento físico e atividade inferior à recomendada para o gênero e idade. Outros sujeitos, por sua vez, admitiram a prática de exercícios físicos de forma branda e suportável diante dos sintomas neuríticos que poderiam surgir de esforços maiores (TALHARI et al, 2015; MOREIRA, et al., 2014).

As garras fixas e móveis e a reabsorção óssea bem como a hipotonia e atrofia de membros superiores, por exemplo, foram evidenciadas na amostra do estudo o que explica as limitações para a adoção de um estilo de vida não sedentário; nestes casos, destaca-se a relevância do cuidado dependente orientado por Dorothea Orem a estes pacientes que não poderão mais fazer atividades que já faziam parte de sua rotina diária, onde o uso das mãos fazia-se obrigatório.

A família é o principal suporte de cuidado dependente, portanto, faz-se necessário a intervenção do enfermeiro como educador neste processo de aceitação de “dependência” ciente de que o foco para tanto é a manutenção de cuidado “para si” diferenciado e necessário (OREM, 2001).

6.3.9 Conhecimento deficiente

Conceituado pela taxonomia II da NANDA – I (2015, p.246) como “ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada a um tópico específico”, inserido no domínio 5: percepção e cognição, classe 4: cognição o diagnóstico de enfermagem com foco no problema, Conhecimento deficiente foi identificado em 85% dos pacientes, sendo os fatores relacionados, informação insuficiente e alteração na função cognitiva; e como características definidoras o conhecimento insuficiente, desempenho inadequado de um teste e comportamento inapropriado.

Como evidências desta pesquisa, para reforço da fundamentação da identificação do diagnóstico de enfermagem Conhecimento deficiente, tem-se a grande maioria de equívocos ou ausência de correspondência, nas respostas às perguntas do tipo: o que é a hanseníase, se é transmissível ou não, descrição de no mínimo três sintomas e se conhece o tratamento. Alguns sujeitos da pesquisa conseguiram fazer alusão à “o que é a Hanseníase”, quando a pesquisadora

utilizava o termo “lepra” como forma de melhorar o entendimento, entretanto, seguidamente a este ensejo, eram esclarecidas as questões relacionadas ao “peso” deste termo para a sociedade e, sobretudo, para o indivíduo acometido pela hanseníase e sua família, atuante no processo de promoção de saúde, tratamento e reabilitação.

Inúmeros achados na literatura trazem a evidência do DE Conhecimento deficiente como ocorrente e relevante para as discussões em indivíduos e grupos específicos que tem o nível de conhecimento como subsidio para a adesão ao tratamento e continuidade do mesmo, bem como, para retomar a responsabilidade que o enfermeiro tem de discorrer ao paciente a ciência sobre o devido acometido patológico ou afecções que o cerca (LINO, 2014; LIMA et al., 2015; SILVA et al., 2016)

Dorothea Orem reforça em seu referencial teórico que o indivíduo que necessita de autocuidado deve ter ciência da sua atual situação de saúde e bem-estar, e para tanto a educação em saúde é um dos motivadores, bem como das suas demandas de autocuidado, requisitos de autocuidado e de como que estes podem ser alcançados para a otimização da assistência de enfermagem, ou seja, para a promoção do autocuidado ou ainda, do cuidado dependente (OREM, 2001).

Por isso reforça-se que o nível de conhecimento apropriado sobre a doença por parte dos indivíduos, família e coletividade situacionais são imprescindíveis para resultados positivos ligados ao autocuidado (OREM, 2001).

A literatura traz evidências significativas sobre a importância e o diferencial do nível de conhecimento dos pacientes sobre hanseníase para a adesão ao tratamento e manutenção do tratamento, assim como para a própria quebra de paradigmas e estereótipos construídos histórico e socialmente no que concerne à esta dermatoneuropatologia. (MOREIRA, et al., 2014).

Reitera-se que a segregação, estigma e estereotipagem relacionada à hanseníase são fatores que influenciam no empoderamento do indivíduo acometido pela mesma, no que se refere a ter oportunidades e acessibilidade no tocante ao nível de conhecimento sobre os sinais, sintomas, dentre outras informações relevantes que contribuem nas estratégias de ação, controle e vigilância sobre a doença (TALHARI et al, 2015; MOREIRA, et al., 2014).

A alteração na função cognitiva como fator relacionado foi observado em dois participantes que, diante de suas condições de senescência, como a presbiacusia e dificuldade de alocar-se em tempo e espaço evidentes, não obtiveram sucesso nos entendimentos de nível de conhecimento relacionado a hanseníase.

6.3.10 Atividade de recreação deficiente

Alocado no domínio 1: promoção da saúde, classe 1: percepção da saúde, o DE com foco no problema, Atividade de recreação deficiente é definido pela taxonomia II da NANDA-I (2015, p. 133) como a “estimulação (interesse ou envolvimento) diminuída em atividades recreativas ou de lazer.

Leite et al. (2015) ratificam que o indivíduo acometido pela hanseníase, diante das incapacidades físicas que a doença pode ocasionar, apresenta considerável diminuição de suas atividades de lazer, pois as mesmas, em sua maioria, necessitam de disposição e apropriação física para tanto.

Entretanto, Nardelli e Roman (2011) corroboram que o indivíduo acometido pela hanseníase, diante de suas reais capacidades de saúde, pode ter suas atividades diárias, laborativas, sociais e inclusive, as concernentes ao lazer mantidas, uma vez que, isto também será forte contribuinte para a aceitação e enfrentamento da doença, bem como para a adesão ao tratamento da mesma.

Tédio foi a característica definidora ocorrente para este diagnóstico de enfermagem, evidenciada nos 29 (100%) indivíduos que apresentaram este diagnóstico na amostra de estudo e que trouxeram fatores como dor intensa, incapacidades físicas, falta de dinheiro, e falta de ânimo para atividades de lazer diante da sua atual situação de saúde-doença relacionada à hanseníase. Tais dados corroboram com o fator relacionado, Atividades de recreação insuficientes (29; 100%), o que demonstra que estes indivíduos carecem de orientações para as possibilidades e permissibilidades existentes no universo da hanseníase. As atividades de lazer têm muita importância para a manutenção da qualidade de vida de qualquer indivíduo, quanto mais, daquele que está acometido pela hanseníase, construída socialmente como uma doença, unicamente, de segregação, invalidez e impossibilidades de bem-estar.

Como suporte para a evidência clínica Tédio, relativo ao diagnóstico de enfermagem em pauta, tem-se os contributos de Baldan e Santos (2014), que ao questionarem 50 indivíduos

acometidos pela hanseníase sobre seu estilo de vida, evidenciaram que apenas 15 (30%) destes faziam atividades de lazer aos finais de semana e os demais (70%) alegavam empecilhos como falta de tempo, falta de dinheiro, cansaço e excesso de trabalho como fatores que não permissivos às atividades de lazer.

No tocante aos requisitos universais de autocuidado, Orem (2001) corrobora sobre a relevância das atividades de lazer para a manutenção do bem-estar do todo e qualquer indivíduo que está em situação de necessidade de autocuidado ou de autocuidado dependente. O enfermeiro deve estar apto para orientar e incentivar o indivíduo acometido pela hanseníase a manter ou buscar atividades que não sejam as laborativas, uma vez que, muitos referem o trabalho como atividade de lazer. Ambos os conceitos devem ser diferidos, sendo o enfermeiro um agente importante para este processo esclarecedor, ratificando ao indivíduo acometido pela hanseníase, em necessidade de autocuidado, a importância de atividades de distração que proporcionem a ele sentimentos de independência e bem-estar.

6.3.11 Distúrbio na imagem corporal

Este DE é do tipo foco no problema e está inserido no domínio 6: autopercepção, classe 3: imagem corporal, além de ser conceituado como “confusão na imagem mental do eu físico” (NANDA-I, 2015, p. 265).

As seguintes características definidoras foram encontradas no DE Distúrbio da Imagem Corporal: Comportamento de monitorar o próprio corpo, Alteração na estrutura corporal, Alteração em função corporal e Medo da reação dos outros. O fator relacionado preponderante foi doença, ou seja, a hanseníase como fator iminentemente relevante.

A desestruturação da imagem corporal vista por indivíduos acometidos pela hanseníase e com incapacidades físicas, pode ser definida como a falta de integração à consciência de partes do corpo como mãos e pés, decorrente da anestesia cutânea, bem como das deformidades advindas da hanseníase (BATISTA, VIEIRA, PAULA, 2014)

Batista, Vieira e Paula (2014) discorrem que a imagem corporal no âmbito dos da hanseníase deve ser cada vez mais discutida, sendo as ações de autocuidado prioritárias e essenciais para tanto.

Monte e Pereira (2015) fazem uma discussão pertinente no que diz respeito a imagem física de indivíduos acometidos pela hanseníase destacando que as mulheres são as que mais se preocupam com as consequências da hanseníase referentes à imagem corporal e que isso pode ser fator contribuinte para situações depressivas e até mesmo dificultosas para aceitação da doença e adesão ao tratamento.

Leite, Sampaio e Caldeira (2015) trazem em um estudo qualitativo os depoimentos de 10 pacientes acometidos pela hanseníase sobre o estigma e o preconceito relacionado a hanseníase e que tem forte fundamento devido as consequências físicas e acometimentos que modificam a imagem corporal dos pacientes que foi construída histórica e socialmente.

Alterações na estrutura corporal e na função corporal levaram a maioria dos pacientes a ter alterações na imagem corporal e, em dois pacientes (5%), houve uma evidência inquestionável, responsável por mudanças de concepções sobre a imagem corporal e até mesmo sobre a identidade do indivíduo, que foi a face leonina.

A face leonina ocorre, na grande maioria das vezes, em pacientes com diagnóstico de hanseníase multibacilar e é caracterizada pelo edema fácil, madarose, nodulações na face, perda do septo nasal com consequente caimento do nariz, que, às percepções sociais e do próprio indivíduo acometido modificam sua forma de ver a doença, hanseníase, bem como de se ver diante deste acometimento (LYON & GRASSI 2013; TALHARI et al, 2015; OPRMOLLA, 2000).

Aceitar-se é um dos primeiros passos para se sobressair aos julgamentos clínicos como este de Distúrbio da imagem corporal. O indivíduo acometido deve ser orientado sobre o que é a sua atual situação de saúde, no que se refere à sua imagem mental e física, sobre os fatores desencadeantes disso e, principalmente, sobre a importância de seguir os tratamentos relacionados de forma correta, também estando ciente das potencialidades que podem acontecer. Isto confere promoção de autocuidado conforme os incentivos de Dorothea Orem que foram persistentemente reforçados nesta discussão (MONTE & PEREIRA, 2015; OREM, 2001).

6.3.12 Risco de olho seco

Entre todas as incapacidades ocasionadas pela hanseníase, além das físicas, as mais corriqueiras, também se destacam as que acometem os nervos dos olhos, podendo ocasionar consequências severas aos indivíduos portadores (BRASIL, 2010; DUARTE et al, 2014).

Testes como o de força ocular, piscamento espontâneo e posição palpebral, realizados na avaliação dermatoneurológica ou avaliação do grau de incapacidade permitem a identificação clínica de acometimentos neurais oculares, que associados a queixas persistentes como ressecamento ocular e sensação de “areia nos olhos” evidenciam a necessidade de cuidados específicos, voltados para os melhoramentos da situação disfuncional ocular (BRASIL, 2010; 2008).

Destarte destaca-se a importância de atentar ao DE de vulnerabilidade Risco de olho seco, definido como a “vulnerabilidade a desconforto ocular ou dano à córnea e à conjuntiva devido à quantidade reduzida ou à qualidade das lágrimas para hidratar o olho, que pode comprometer a saúde” (NANDA-I, 2015, p.387). Este diagnóstico de enfermagem encontra-se referenciado no domínio 11: segurança e proteção e na classe 2: lesão física (NANDA – I, 2015).

Kulkarni, Wali e Kothari (2014) corroboram que as complicações oculares relacionadas à hanseníase são diretamente proporcionais ao prolongamento do tempo da doença e destacam como manifestações clínicas de maior ocorrência a anestesia da córnea, iridociclite e lagofalmo.

Novamente reforça-se o poder da educação em saúde na promoção de autocuidado aos pacientes com hanseníase que estão em risco de olho seco, reiterando-se que no que diz respeito aos requisitos de desenvolvimento, dependendo da condicionante clínica e patológica, haverá necessidade de adaptação a mudanças que possam acontecer em relação à visão e até mesmo a necessidade de auto-dependência existente aí. O enfermeiro tem grande capacidade, à luz de seu raciocínio crítico-reflexivo e técnico-científico de perceber as demandas de autocuidado existentes nos pacientes acometidos pela hanseníase, com consequentes disfunções oculares (OREM, 2001; PINHEIRO et al., 2015).

6. 3. 13 Disposição para processos familiares melhorados

A participação positiva da família no processo de tratamento do indivíduo acometido pela hanseníase tem forte influência no enfrentamento da doença, bem como na própria adesão

ao tratamento e aceitação da mesma. Por isto, evidenciou-se em 26 (65%) sujeitos desta pesquisa a ocorrência do DE de promoção da saúde, conceituado como o “padrão de funcionamento familiar para sustentar o bem-estar dos membros da família e que pode ser reforçado”, organizado no domínio 7: papéis e relacionados, classe 2: relações familiares. (NANDA – I, 2015, p. 283).

Expressa desejo de melhorar a segurança da família, Expressa desejo de melhorar a adaptação da família a mudanças e Expressa desejo de melhorar o respeito pelos membros da família foram as características definidoras que embasaram a evidência do diagnóstico de enfermagem Disposição para processos familiares melhorados. Muitos dos participantes iam para as consultas acompanhados de algum familiar, que dependendo da circunstância e ocasião mostravam-se solícitos à situação daquele que está acometido pela hanseníase, este mesmo, por sua vez, referia a intervenção positiva dos familiares mais próximos que participavam do processo de reabilitação, tratamento e enfrentamento da doença.

Diante das supracitadas características definidoras tem-se os achados de Monte e Pereira (2015) que evidenciaram a hanseníase como um fator que irá modificar o ambiente, bem como a estrutura familiar, estando a mulher acometida pela hanseníase em dupla desvantagem diante da segregação social de gênero, bem como pelo próprio diagnóstico da doença.

Na ótica da participação da família e influência desta nos processos terapêuticos relacionados à hanseníase, destacam-se os contatos definidos como todo e qualquer indivíduo que residiu com o aquele que está doente de hanseníase nos últimos cinco anos e que serão abordados, avaliados dermatoneurologicamente e acompanhados como forma de identificação e cessação da cadeia de transmissibilidade que pode existir naquele meio familiar (BRASIL, 2010b; LOBATO, NEVES, XAVIER, 2016).

A família também está inserida no processo educacional de enfermagem, com norte para o autocuidado e cuidado dependente, quando necessário, como participante crucial para o processo de continuidade e manutenção do tratamento (AQUINO, et al. 2015).

Como meta para o alcance do autocuidado diante do diagnóstico de Disposição para processos familiares melhorados é promover cada vez mais o fortalecimento do vínculo familiar, reforçando ao paciente e sua família a relevância disso para ambos, além de proporcionar crescimentos individuais e conhecimento sobre esta doença que ainda tem por

falta de conhecimento e estigma, pessoas em situação de abandono por aqueles que eram considerados seu maior suporte social, ou seja, pela família (MACIEL 2014; OREM, 2001).

6.3.14 Fadiga

A taxonomia II da NANDA-I (2015, p.212) conceitua o DE Fadiga como “sensação à deterioração de sistemas do corpo como resultado de inatividade musculoesquelética prescrita ou inevitável que pode comprometer a saúde”, estando o mesmo inserido no domínio 4: atividade/reposo e classe 2: atividade/exercício.

As características definidoras mais frequentes que evidenciaram o diagnóstico com foco no problema, Fadiga, foram: energia insuficiente, aumento da necessidade de descanso e capacidade prejudicada para manter rotinas habituais.

No tocante a capacidade prejudicada para manter rotinas habituais tem-se os contributos de Correa et al. (2014) que evidenciaram em um grupo de 130 indivíduos acometidos por hanseníase o percentual de 67,7%(88) destes, com sintomas relacionados a dificuldades no trabalho ocasionados por sensação e perda de energia, reforçando o diagnóstico de enfermagem Fadiga.

Os fatores relacionados para esse DE, condição fisiológica (doença), aumento no esforço físico, ansiedade e depressão foram identificados no estudo.

A ansiedade é um dos fatores que, na grande maioria das vezes, associada à depressão condicionam a permissibilidade do indivíduo acometido com hanseníase, diante das incapacidades físicas - permitir-se ou não continuar com sua rotina de atividades e relações sociais. Santos et al. (2015), alegam que a qualidade de vida do indivíduo acometido pela hanseníase, e nesta enquadram-se as atividades de vida diárias, condicionantes da ocorrência ou não de fadiga, está diretamente relacionada tão somente com a infecção pelo bacilo, mas também por todo o impacto social, emocional e psíquico envolvidos neste contexto (CORREA, et al. 2014).

A depressão como fator relacionado do diagnóstico de enfermagem Fadiga, em indivíduos acometidos pela hanseníase, está voltada para a significância da hanseníase como doença marcada pelo estigma e preconceito e que age em detrimento da possibilidade de iniciativa para a continuidade das atividades diárias do indivíduo acometido. Sabe-se que este

preconceito tem diminuído com o passar dos anos, perpassando por questões que vão além da cura e das concepções sociais sobre a doença (LEITE, SAMPAIO, CALDEIRA, 2014).

Reitera-se o incentivo ao autocuidado aos indivíduos acometidos pela hanseníase que apresentam fadiga, diante dos seus limites e potencialidades, bem como à necessidade para a modificação de sua rotina diária, então sedentária.

Faz-se necessário deixar o indivíduo acometido pela hanseníase ciente de todos os sintomas e complicações da doença, sobretudo, se não forem respeitados os limites relacionados às disfunções decorrentes das neuropatias, neuralgias e neurites (SANTOS et al., 201; LEITE, SAMPAIO, CALDEIRA, 2014).

A capacidade prejudicada para manter rotinas habituais ocorre devido as consequências de hipotrofia e hipotonia, sobretudo, nos membros, decorrentes da infecção hansênica. Há necessidade de um maior esforço físico para dadas atividades habituais, com consequente aumento da necessidade de descanso.

Relatos de cansaço excessivo ao fazer atividades como lavar roupas, lavar louças, levantar o filho, varrer a casa ou mesmo dirigir um carro ou moto, foram comuns na clientela estudada. Outros sujeitos também referiram o “cansaço” que dá ao percorrer à pé distâncias que, antes dos sintomas da hanseníase, não eram tão exaustivos como atualmente. Muitos referiram também que conjuntamente ou subsequente a qualquer esforço mínimo, as dores (neuralgias) eram outro fator de incomodo, minimizando assim a oportunidade de manutenção daquela rotina diária.

6.3.15 Integridade da pele prejudicada, Integridade tissular prejudicada e Risco de Integridade da pele prejudicada

Reitera-se a resolutividade em descrever e discutir os diagnósticos de enfermagem Integridade da pele prejudicada, Integridade tissular prejudicada e Risco de integridade da pele prejudicada, embora tenham apresentado ocorrência menor que 50% nos indivíduos acometidos pela hanseníase, sujeitos desta pesquisa. Tal ação foi devido a relevância destes diagnósticos para a compreensão e caracterização da hanseníase no concernente às ações de necessidades de autocuidados cutâneos, primárias nos indivíduos portadores da doença.

As seguintes seções quaternárias iniciam-se com as respectivas definições dos diagnósticos de enfermagem Integridade da pele prejudicada, Integridade tissular prejudicada e Risco de Integridade da Pele Prejudicada que representam a principal diferença entre estes diagnósticos de enfermagem embasados em evidências clínicas cutâneas desde epiderme e derme até tecidos subcutâneos como mucosa, tecido tegumentar, tendão, cartilagem, além da vulnerabilidade para a ocorrência de lesões nestes últimos tecidos listados. Não obstante as evidências clínicas que serão discutidas para as devidas características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco também serão de forte relevância para esta diferenciação, bem como para a melhor compreensão da ocorrência de cada um dos supracitados diagnósticos de enfermagem.

6.3.15.1 Integridade da Pele Prejudicada

Definido por “epiderme e/ou derme alterada” o diagnóstico de enfermagem com foco no problema, Integridade da pele prejudicada, alocado no domínio 11: segurança/proteção e classe 2: lesão física, traz à tona uma das problemáticas mais persistentes em relação à hanseníase e às intervenções voltadas para o autocuidado ou cuidado dependente (NANDA-I, 2015, p. 375).

A característica definidora evidenciada para o supracitado diagnóstico foi Alteração na integridade da pele.

Como evidências clínicas para tanto, no tocante à alteração na integridade da pele, tem-se máculas hipocrômicas parestésicas placas eritematosas, regiões do corpo com parestesia, nódulos, sobretudo nos braços e lóbulos das orelhas evidenciadas a partir da inspeção geral feita durante a consulta de enfermagem. Reitera-se que as características cruciais das manchas da hanseníase estão voltadas para a alteração de sensibilidade, ou seja, para a parestesia cutânea existente ali e que foi identificada através da realização de testes de sensibilidade tátil, térmicos e dolorosos.

Ribeiro, Lages e Lopes (2012) trazem como achado corroborado da característica definidora alteração da integridade da pele para o DE Integridade da Pele Prejudicada, um teste de validação de características definidoras e fatores relacionados de a partir de outras produções científicas (36) que evidenciaram diagnósticos de enfermagem relacionados à pele, tendo como

frequência de 72% da ocorrência do DE Integridade da pele prejudicada, sendo a hanseníase uma das doenças avaliadas no estudo.

Os fatores relacionados ocorrentes do diagnóstico de enfermagem Integridade da Pele Prejudicada foram agente farmacológico, alteração na sensibilidade, alteração da pigmentação e alteração no volume de líquidos.

No que se refere aos fatores relacionados agente farmacológico e alteração da pigmentação, tem-se a hiperpigmentação da pele ocasionada pelo uso da clofazimina, medicamento participante do esquema poloquimioterápico utilizado para o tratamento da hanseníase.

Maia, Maia e Cunha (2013) evidenciaram em 100% de sua amostra de indivíduos acometidos com hanseníase multibacilar a ocorrência de hiperpigmentação cutânea relacionada ao uso de clofazimina. Reitera-se que este efeito adverso pode ocorrer independente de classificação operacional, seja ela paucibacilar ou multibacilar

Orienta-se como intervenções de autocuidado em se tratando dos requisitos de desvios de saúde relacionados a este diagnóstico, evitar a exposição ao sol, bem como hidratar abundantemente a pele e ter sempre a rotina de inspecioná-la diariamente. A educação em saúde para a identificação dos sinais e sintomas da hanseníase, bem como demais informações pertinentes à doença são importantes também para a promoção deste autocuidado.

6.3.15.2 Integridade tissular prejudicada

Diferente no que concerne ao acometimento cutâneo do DE Integridade da pele prejudicada, tem-se o diagnóstico de enfermagem Integridade tissular prejudicada que é definido como “dano em membrana mucosa, córnea, tecido tegumentar, fáscia muscular, músculo, tendão, osso, cartilagem, cápsula e/ou ligamento” e está localizado no domínio 11: segurança/proteção, classe 2: lesão física. É salutar relevar definições de ambos os diagnósticos de enfermagem, Integridade da pele prejudicada e Integridade Tissular Prejudicada como principais vias de diferenciação entre estes dois diagnósticos que tem acometimentos teciduais diferentes (NANDA-I, 2015).

Bassoli et al. (2007) evidenciaram o DE Integridade tissular prejudicada em 50% (21) dos pacientes acometidos pela hanseníase atendidos em um serviço de referência no sudeste do

Brasil estando em discrepância com achados desta pesquisa que dispõe a ocorrência deste em apenas 4 (10%) participantes da pesquisa, entretanto, seja de suma importância a discussão deste para a reiteração do fator tissular como de suma importância para o processo de incentivo e aplicabilidade das ações de autocuidado aos indivíduos acometidos pela hanseníase.

A baixa frequência do diagnóstico de enfermagem Integridade tissular prejudicada, na amostra estudada, pode ser explicada pelo retardamento da ocorrência das incapacidades, que apesar de caracterizarem a hanseníase, são rotineiramente ocorrentes em baixa prevalência, sobretudo, se o indivíduo inicia o quanto antes o tratamento. Por isso, para uma amostra de 40 indivíduos, apenas 4 apresentaram comprometimento tissular de mucosa nasal, tecido ósseo, tendões e cartilagens, que embora em pouca prevalência, são fortes problemas de saúde pública relacionados a hanseníase (LYON & GROSSI, 2013; TALHARI et al., 2015; QUEIRÓS, 2014)

Nesta ótica destacam-se as evidências clínicas da face leonina, novamente discutida, das reabsorções ósseas, garras móveis e fixas que caracterizam com veemência o diagnóstico acima listado e que obteve como características definidoras listadas: tecido destruído (2; 50%) e tecido lesado (2; 50%) e como fator relacionado relevante para esta fundamentação, neuropatia periférica (4;50%), e alteração da sensibilidade (4; 50%).

Ratifica-se e reitera-se a face leonina e o tecido lesado, mucosa nasal como significantes para esta análise, uma vez que, Leandro et al (2013) identificaram o diagnóstico de Integridade tissular prejudicada, a partir de dano na mucosa nasal (perda de septo) associado às evidências clínicas de dor na região nasal, epistaxe e hiperemia.

A ocorrência do DE Integridade tissular prejudicada é tão problemática quanto a do diagnóstico de enfermagem Integridade da pele prejudicada, uma vez que, aquele pode demonstrar maior gravidade da hanseníase com possibilidade de irreversibilidade da situação como é o caso de neurites graves que necessitam de procedimentos cirúrgicos específicos como paliativo e que acomete tendão, osso, cápsula articular, bem como a hipotrofia do tecido muscular, modificando assim a força do mesmo (LYON & GRASSI, 2013).

O enfermeiro tem significativa atuação no processo de educação em saúde para os indivíduos que apresentam os supracitados DE no que concerne às aplicabilidades de ações de autocuidado e/ou de cuidado dependente que são de inteira possibilidade preventiva para as complicações e incapacidades que envolvem a epiderme e tecidos subjacentes, uma vez que,

tratam-se de complicações que surgem em um considerável período de tempo e que modificam os processos funcionais diários daqueles que as portam, mas, não a compreendem a magnitude do grave problema de saúde pública e pessoal existente ali.

Neste ensejo observa-se a denotação relevante das ações de autocuidado como o cerne para se evitar o agravamento da hanseníase no âmbito cutâneo e tissular que será conseqüente em todos os demais processos biopsicossociais do indivíduo acometido pela hanseníase, sem noções ou intervenções de autocuidado apropriadas para se evitar danos ao equilíbrio destes processos (OREM, 2001).

6.3.15.3 Risco de integridade da pele prejudicada

O DE Risco de integridade da pele prejudicada alocado no domínio 11: segurança e proteção, classe 2: lesão física é definido como a “vulnerabilidade à alteração na epiderme e/ou derme, que pode comprometer a saúde (NANDA-I, 2015).

A vulnerabilidade relacionada à integridade da pele está diretamente relacionada com a neuropatia periférica, principal complicação da hanseníase que pode variar desde formas leves a mais graves que são condicionadas como irreversíveis e incapacitantes (TOMASELLI, 20140; LYON & GROSSI, 2013; TALHARI et al., 2015).

A discussão acima pode ser ratificada pelos fatores de risco listados diante do DE Risco de integridade da pele prejudicada, a saber: agente farmacológico, alteração de sensibilidade e alteração de pigmentação, ocorrentes em 100% (19) dos indivíduos que apresentaram o diagnóstico e que são mesmos fatores relacionados do diagnóstico com foco no problema, Integridade da pele prejudicada, o que embasa de forma relevante o que deve ser atentando à luz das estratégias de autocuidado para a não ocorrência deste diagnóstico de enfermagem.

Bassoli et al. (2007) trazem o DE Risco de integridade da pele prejudicada em 100% (51) da sua amostra, sendo também observado o fator de risco, alteração de sensibilidade em 86,27% dos indivíduos que apresentaram este diagnóstico de enfermagem de vulnerabilidade.

Leandro et al. (2013) em seu estudo de caso de paciente acometido por hanseníase multibacilar não evidenciou o diagnóstico de vulnerabilidade Risco de integridade da pele prejudicada, embora o tenha evidenciado como DE, real, ou seja, como Integridade da pele prejudicada.

Reforça-se ainda a ocorrência do DE de vulnerabilidade, Risco de integridade da pele prejudicada, pela verificação ocorrente de indivíduos acometidos pela hanseníase do tipo neural pura, que nesta pesquisa corresponderam a 20% (8) dos participantes da mesma e que tem maior suscetibilidade de danos cutâneos, diante da acentuação da neuropatia periférica ainda mais perceptível nos indivíduos acometidos por esta classificação clínica da hanseníase (TOMASELLI, 2014; SANDRA & LYON, 2013).

No âmbito das ações de autocuidado é salutar destacar a importância o enfermeiro como educador no que concerne aos esclarecimentos relacionados aos fatores de risco listados quanto as potencialidades danosas cutâneas, as quais os indivíduos acometidos pela hanseníase estão sujeitos.

Destarte recapitula-se a relevância do Processo de Enfermagem, com ênfase nos diagnósticos de enfermagem à luz da Teoria do Autocuidado de Orem, como metodologia de planejamento, implementação e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados ao indivíduo que necessita de autocuidado ou de cuidados dependentes, e que esteja acometido pela hanseníase.

A descrição e discussão de os DE listados são fortes atributos para o incentivo ao raciocínio crítico-reflexivo do enfermeiro, bem como para a otimização da assistência e percepção das necessidades de autocuidado e dos conceitos teóricos que interferem diretamente na forma assistencial de enfermagem.

7 CONCLUSÕES

No tocante à caracterização dos indivíduos acometidos pela hanseníase, participantes do estudo evidenciou-se que a maioria era homens, com idade entre 56-66 anos, de cor parda, estado civil casado, religião católica e nível de instrução ensino fundamental completo. A renda familiar mais referida foi a correspondente de até 1 salário mínimo.

A maioria dos sujeitos participantes referiu ter como ocupação aposentado por idade e mais da metade destes relataram ter os condicionantes de saneamento básico e acesso à saúde água tratada, rede de esgoto e rua asfaltada. No que diz respeito à procedência dos indivíduos acometidos pela hanseníase, abordados no estudo, observou-se que a maioria destes era de regiões administrativas do Distrito Federal sendo as mais apresentadas: Planaltina, Riacho Fundo I, São Sebastião e Santa Maria. A minoria destes correspondia ao Plano Piloto e até mesmo a outros estados como o Goiás, Minas Gerais e Piauí.

As formas clínicas mais evidenciadas foram aquelas diferentes da hanseníase virchowianas e da hanseníase neural pura. Um fator a se destacar nesta ótica é que a maioria dos diagnósticos dos pacientes de hanseníase eram voltados para a classificação operacional (se paucibacilar ou multibacilar) e não para as formas clínicas conforme a classificação de Madrid. Houve similaridade nos achados referentes à baciloscopia de raspado intradérmico, uma vez que, igual número de indivíduos compreendeu a baciloscopia de raspado intradérmica como sendo positiva e não informada.

O tempo de poliquimioterapia de 6 a 12 meses foi o mais ocorrente o que reforça o fator classificação operacional multibacilar, evidenciada em todos os indivíduos da amostra. No que se refere ao tipo de poliquimioterapia evidenciou-se que a maioria dos participantes fazia uso

da PQT comum ao invés da alternativa, indicada em casos de resistência ou efeitos adversos importantes como a hiperpigmentação cutânea causada pela clofazimina e a anemia hemolítica consequente ao uso da sulfona, dapsona.

A maioria dos voluntários da pesquisa era caso novo e apresentava uma cicatriz da imunização BCG. Neuralgias de membros foi o sintoma mais referido pelos participantes do estudo.

Foram arrolados 637 diagnósticos de enfermagem compreendidos em todas as situações diagnósticas: diagnóstico de enfermagem com foco no problema, diagnóstico de enfermagem de promoção da saúde e diagnóstico de enfermagem de vulnerabilidade.

Quanto aos diagnósticos de enfermagem com foco no problema, foram arrolados 284 DE da Taxonomia da NANDA-I. Ao todo foram listadas 506 características definidoras para os diagnósticos com foco no problema evidenciados, bem como 351 fatores relacionados para os mesmos. A seguir, encontram-se elencados os principais DE e suas respectivas características definidoras e fatores relacionados de maior frequência.

- **Dor crônica**, foi evidenciada principalmente pelas CD alteração da capacidade de continuar atividades prévias e expressão facial de dor. O principal fator causal para este DE foi a presença do agente lesivo (*Mycobacterium leprae*);

- **Proteção ineficaz**, teve como principais características definidoras o prejuízo neurosensorial, a fadiga e a deficiência na imunidade. Agente farmacológico e distúrbios imunológicos, foram os fatores relacionados prioritários identificados;

- **Estilo de vida sedentário**, foi evidenciado por falta de condicionamento físico, atividade física diária inferior à recomendada para o gênero e a idade e preferência por atividades com pouco exercício físico. Motivação insuficiente para atividade física foi a principal causa para esse diagnóstico;

- **Conhecimento deficiente**, foi evidenciado prioritariamente por conhecimento insuficiente e desempenho inadequado à um teste, sendo devido à informação insuficiente;

- **Atividade de recreação deficiente** comprovada pelo relato de tédio, relacionada às atividades de recreações insuficientes mencionadas pelos participantes;

- **Distúrbio na imagem corporal**, foi evidenciado por comportamento de monitorar o próprio corpo, alteração na estrutura corporal, alteração na função corporal e medo da reação dos outros. Como principal fator causal a doença de base;

- **Fadiga**, foi confirmada pelas evidências principais de energia insuficiente, aumento da necessidade de descanso e capacidade prejudicada para manter as rotinas habituais. Os fatores causais associados à essa condição foram variados, destacando-se a própria condição fisiológica da doença;

- **Integridade da pele prejudicada** foi o diagnóstico de maior ocorrência, e foi confirmado pela presença de pele alterada. Como fatores causais prioritários estiveram o uso de medicamentos (agente farmacológico), alterações na sensibilidade e na pigmentação. Alguns pacientes (10% da amostra estudada) em decorrência da neuropatia periférica e alterações de sensibilidade, apresentaram um comprometimento mais profundo da pele, com tecido lesado e destruído, o que levou à formulação do diagnóstico **Integridade tissular prejudicada**. Em 48% da amostra estudada não foram observadas lesões de pele, mas em decorrência das alterações de sensibilidade, pigmentação e tratamento medicamentoso, o diagnóstico **Risco de integridade da pele prejudicada** foi elaborado.

No que concerne aos diagnósticos de promoção da saúde foram arrolados 44 diagnósticos, representados por dois rótulos diagnósticos, a saber: **Disposição para processos familiares melhorados** e **Disposição para melhora do autocuidado**. Aquele teve como características definidoras: Expressa desejo de melhorar a segurança dos membros da família, Expressa desejo de melhorar a adaptação da família às mudanças e Expressa desejo de melhorar o respeito pelos membros da família. O diagnóstico de enfermagem **Disposição para melhora do autocuidado**, por sua vez, foi evidenciado por relatos de desejo de aumentar o autocuidado e de desejo de aumentar conhecimento de estratégias de autocuidado. Reitera-se que diagnósticos de promoção da saúde são aqueles em que o indivíduo tem anseio e perspectiva em ter qualidade de vida em bem-estar para evitar futuros problemas de saúde reais ou potenciais.

Ao todo, foram formuladas 114 evidências clínicas, ao todo, para os respectivos diagnósticos de promoção da saúde.

Os diagnósticos de vulnerabilidade arrolados compreenderam 309 ao todo, sendo formulados 13 títulos diagnósticos diferentes. Os que apresentaram frequências superiores à 50% foram: Risco de Constipação, Risco de função hepática prejudicada, Risco de lesão, Risco de lesão térmica e Risco de infecção, Risco de baixa autoestima situacional e Risco de olho seco.

A utilização de medicamentos que podem provocar alterações na função hepática e constipação, é um importante fator de risco para os diagnósticos **Risco de Constipação** e **Risco de função hepática prejudicada**.

Os diagnósticos **Risco de lesão** e **Risco de lesão térmica** foram elaborados fundamentados nos principais fatores de risco: exposição à patógeno, disfunção imune, alteração dos sentidos, mecanismos de defesa primários (pele), neuropatia e prejuízo neuromuscular.

Os aspectos ligados à imunossupressão, enfermidade crônica e alteração na integridade da pele foram importantes para a elaboração do DE **Risco de infecção**.

Risco de baixa autoestima situacional foi elaborado em decorrência da presença dos fatores de risco principais: alteração na imagem corporal, doença física e prejuízo funcional.

O DE **Risco de olho seco** esteve presente na maioria da amostra estudada e teve como principal fator de risco o dano à superfície ocular.

As limitações e/ou dificuldades deste estudo aplicado à indivíduos acometidos pela hanseníase, à luz do constructo de autocuidado de Orem, onde os objetivos giraram em torno da listagem, identificação e discussão de diagnósticos de enfermagem conforme a taxonomia II da NANDA-I (2015):

- Escassez de estudos atuais que relacionem a clientela estudada (indivíduos com hanseníase) aos diagnósticos de enfermagem da taxonomia II da NANDA-I;
- Atrasos e equívocos relacionados à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa de outra instituição o que ocasionou em mudanças no projeto;

- Dificuldades para a disponibilidade de espaço físico no ambulatório do Programa de Controle da Hanseníase que, em alguns momentos, ocasionaram empecilhos na otimização da coleta de dados;

- Fatores relacionados, segundo a taxonomia II da NANDA-I (2015) homônimos que prejudicaram em alguns momentos a estatística descritiva, análise e discussão relacionada aos diagnósticos de enfermagem: Proteção ineficaz, Integridade da pele prejudicada e Risco de integridade da pele prejudicada;

Foi sugerido na análise do DE Integridade da pele prejudicada, o fator relacionado não participante da taxonomia II da NANDA-I (2015), “parestesia”, entretanto, “alteração na sensibilidade” como fator relacionado participante dessa mesa taxonomia trouxe o devido suporte para as evidências etiológicas deste DE.

A Teoria do Autocuidado de Orem foi o grande sustentáculo para a realização desta pesquisa diante de seus conceitos, definições, pressupostos, proposições e ideia central. As teorias de enfermagem devem ser ainda mais respeitadas como relevantes norteadoras da tomada de decisão na assistência de enfermagem, assim como incentivadoras de melhoramentos no olhar clínico do enfermeiro e de sua capacidade de otimização do raciocínio crítico-reflexivo diante das necessidades do indivíduo, família, coletividade e grupo.

Com os achados deste estudo pode-se contribuir que a Teoria do Autocuidado de Orem é aplicável a assistência de enfermagem e que o constructo de autocuidado foi destacado como de suma importância para o indivíduo acometido pela hanseníase, uma vez que, esta patologia tem tal constructo como primordial para a adesão ao tratamento de tal forma que complicações sejam evitadas e a transmissão aumentada, destacando também, a importância da família neste processo ora discutida pela Teoria de Autocuidado de Orem como essenciais no processo terapêutica em diversas nuances.

No tocante às contribuições é indubitável que os diagnósticos de enfermagem são fortes incentivadores do pensamento crítico-reflexivo do enfermeiro, uma vez que seu processo diagnóstico requer inúmeras reavaliações, validações e consolidações, exaustivas, mas provocativas ao olhar clínico correto e completo que o enfermeiro deve assumir.

Sabe-se que a própria escassez de estudos na área de hanseníase que envolvam intervenções e observações clínicas faz jus às próprias condicionantes estigmatizantes e

segregantes construídas historicamente e ainda vigente. Sugere-se maiores estudos à respeito da fisiopatologia da doença, bem como sobre todos os fatores relacionados e relevantes à ela para que assim possam ser incentivadas mais pesquisas de profissionais enfermeiros, com amostra de indivíduos acometidos pela hanseníase.

Deixa-se uma luz de continuidade de discussão, contribuintes e discrepâncias aos pesquisadores que virão no que se refere à listagem de outros diagnósticos de enfermagem ou alguns mesmos evidenciados nesta pesquisa como contribuinte para o raciocínio que engloba a pesquisa e permissibilidade de pensamento crítico e questionamentos sobre a assistência de enfermagem por meio do Processo de Enfermagem como um todo aos indivíduos acometidos pela hanseníase. Ratifica-se a soberana significância das teorias de enfermagem aplicadas no processo de cuidar metodológico.

Em suma, foram alcançados os objetivos propostos e ressalta-se a importância *sine qua non* da assistência de enfermagem, sendo ela elaborada à luz de um cuidar sistematizado, planejado e orientado ao indivíduo, família, coletividade e grupos.

REFERÊNCIAS

- ADHIKARI, B et al. Factors Affecting Perceived Stigma in Leprosy Affected Persons in Western Nepal. **PLOS Neglected Tropical Disease**. Nepal, 2014.vol. 8. Disponível em:< <http://journals.plos.org/plosntds/article/asset?id=10.1371%2Fjournal.pntd.0002940.PDF>> Acesso em 20 de jun 2016.
- ALMEIDA, J. R.S, et al. Autopercepção de pessoas acometidas pela hanseníase sobre sua saúde bucal e necessidade de tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n.3, p:817-826, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/27.pdf>> Acesso em 08 fev 2016.
- ALVES, E. D.; FERREIRA, T. L.; FERREIRA, I. N. **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília: NESPROM, 2014. 492 p.
- AQUINO, C. M. F, et al. Peregrinação (Via Crucis) até o diagnóstico da hanseníase. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2015; v. 23, n. 2. Disponível em:< <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/12581/12788>> Acesso em 05 de 2015.
- ARAÚJO & ARAÚJO, A. E. R. A, et al. Complicações neurais e incapacidades em hanseníase em capital do nordeste brasileiro com alta endemicidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Luis-MA, 2014. v. 17, n.4. Disponível em:< http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v17n4/pt_1415-790X-rbepid-17-04-00899.pdf> Acesso em 01 dez 2015.
- ARAÚJO, I. S.; MOREIRA, A. L.; AGUIAR, R. Doenças negligenciadas, comunicação negligenciada. Apontamentos para uma pauta política e de pesquisa. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.6, n.4 – Suplemento, Fev., 2013. Disponível em:< <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/706/1351>> Acesso em 12 abri 2016.
- AVELINO E SARMENTO, A. P. et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no período de 2009 a 2013 no município de Montes Claros (MG). **Rev Soc Bras Clin Med**. Montes Claros – MG, 2015 jul-set;13(3):180-4. Disponível em:< <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n3/a5389.pdf>> Acesso em 29 jun 2016.
- BALDAN, S. S.; SANTOS, B. M. O. Hanseníase: uma abordagem da perspectiva de promoção de saúde. **Hansen Int** , Mato Grosso do Sul-MS, 2014; vol.37, n:2:11-21. Disponível em:< <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/hi/v37n2/v37n2a02.pdf>> Acesso em 30 de jul 2016.

BARBOSA, D. R. M.; ALMEIDA, M. G.; SANTOS, A. G. Características e epidemiológicas e espaciais da hanseníase no Estado do Maranhão, Brasil, 2001-2012. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Teresina –PI. 2014;47(4): 347-56. Disponível em:< http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n4/REV_Caracteristicas-epidemiologicas-e-espaciais-da-hanseníase-no-Estado-do-Maranhao.pdf> Acesso em 01 jul 2016.

BARBOSA, I. M et al. Prática do autocuidado em prostitutas: aplicação do processo de enfermagem segundo a teoria de Orem. **Enfermagem em Foco**. Fortaleza –CE. 2012; 1(3):36-41. Disponível em:< <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/218/139>> Acesso em 12 fev 2016.

BASSANEZE, B.; GONÇALVES, A; PADOVANI, C. R. Característica no processo de diagnóstico de hanseníase no atendimento primário e secundário. **Diagn Tratamento**. Campinas –SP. 2014; v.19, n.2. Disponível em:< <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2014/v19n2/a4138.pdf>> Acesso 12 mar 2015.

BASSOLI, S. R. B. et al. Identificação dos Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes em pacientes afetados pela hanseníase. **Hansen Int** São Paulo-SP, 2007; vol.32, n.2. Disponível em:< http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10753> Acesso em 20 de jun 2016.

BATISTA, T. V. G.; VIEIRA, C. S. C. A; PAULA, M. A. B. A imagem corporal nas ações educativas em autocuidado para pessoas que tiveram hanseníase. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.24, n.1, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00089.pdf>> Acesso em 20 de jun 2016.

BECHLER, R. G. Re-conhecendo Armauer Hansen: o cientista da lepra e o personagem Histórico. **Fronteiras**, Dourados, MS, v. 13, n. 23, p. 59-96, jan./jun. 2011. Disponível em:< http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300473644_ARQUIVO_TextoAnpuhReinaldoBechler.pdf> Acesso em 09 abr 2016.

BEZERRA, M. L. R. et al. Diagnósticos de enfermagem conforme a teoria do autocuidado de Orem para pacientes em tratamento hemodialítico. **Revista Ciência e Extensão – UNESP**. Imperatriz-MA, 2012. vol.8, n.2. Disponível em:< http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/533> Acesso em 20 de jun 2016.

_____ et al. *Nursing diagnoses of the domain health promotion in menopausal women with osteoporosis*. **Reuol UFPE online**. vol. 10, n.3. Imperatriz-MA, 2016. Disponível em:< <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8213>> Acesso em 01 de jun 2016.

BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**. Revisada por Frei João José Pedreira de Castro. 25 ed. Ave Maria: São Paulo-SP. 2000.

BOECHAT, N; PINHEIRO, L. C. S. A hanseníase e a sua quimioterapia. **Rev. Virtual Quim**. vol. 4. n.3. 2012. Rio de Janeiro – RJ. Disponível em:< <http://rvq.s bq.org.br/index.php/rvq/article/viewDownloadInterstitial/236/243>> Acesso em 20 de jun 2016.

BRAGA, C. G.; SILVA, J. V.; **Teorias de Enfermagem**. 1.ed. São Paulo: Iátria, 2011. 252p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Hospitais Universitários Federais. **Nossa História: Hospital Universitário de Brasília**. Brasília-DF. 2015. Disponível em:< <http://www.ebserh.gov.br/web/hub-unb/nossa-historia>> Acesso em 15 jul 2016.

_____. _____. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de doenças crônicas e outros agravos transmissíveis. Núcleo de dermatologia sanitária. **Informa epidemiológico de hanseníase**. Distrito Federal. 2013. Disponível em:< http://www.saude.df.gov.br/images/hanseniasse/1%20boletim_hanseniasse_no_DF_janeiro_de_2013%20FINAL%20PDF.pdf> Acesso em 10 mar 2015.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 358/2009**. Brasília-DF. 2009. Disponível em :< http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html> Acesso em 20 de jun 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 3.125 de 7 de outubro de 2010**. 2010. Aprova as diretrizes para a vigilância, atenção e controle da Hanseníase. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_n_3125_hanseniasse_2010.pdf> Acesso em 21 out 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei 9.010 de 29 de março de 1995**. Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. Brasília-DF, 1995. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9010.htm> Acesso em 03 març 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil Sub-Secretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde Superintendência de Atenção Primária Coordenação de Linhas de Cuidado e Programas Especiais. Prefeitura do Rio de Janeiro – RJ. **Linha de cuidado da Hanseníase**. 2010d. Disponível em:< <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/487.pdf>> Acesso em 30 jul 2016.

_____.L. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Relatório de recomendação: quimioprofilaxia de contatos de doentes de hanseníase com rifampicina em dose única**. nº 165. Brasília-DF, 2015a.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Corticosteroides em hanseníase**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2010c. Brasília-DF. Disponível em:< http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_para_corticosteroides_hanseniasse.pdf> Acesso em 23 de jul de 2016.

_____. _____. _____. **Autocuidado em Hanseníase: face, mãos e pés**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília-DF, 2010b. Disponível:< http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/autocuidado_hanseniasse_face_maos_pes.pdf> Acesso em 10 fev 2016.

_____. _____. _____. _____. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual técnico-operacional. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública**. Brasília-DF, 2016. Disponível em:< http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/hans/pdf/HANS16_Manual_Tecnico_Operacional.pdf> Acesso em 10 jun 2016.

_____. _____. _____. **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas)**. / Organização Mundial da Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2010a. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_global_aprimorada_reducao_hanseniase.pdf> Acesso em 10 de fev 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Situação epidemiológica Hanseníase Brasil – 2013**. Brasília-DF.2012. Disponível em:< <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=12351&codModuloArea=783&chamada=be-situacao-epidemiologica-da-hanseniase-no-brasil>. Acesso em 20 out 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto 94.406 de 08 de junho de 1987**. Brasília-DF, 1987. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm> Acesso em 10 de jan 2016.

_____. _____. _____. **Lei 7.498 de 25 de junho de 1986**. Brasília-DF, 1986. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm> Acesso em 10 jan 2016.

_____. Ministério de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de condutas para alterações oculares em hanseníase**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Prevenção e Reabilitação em Hanseníase; n. 3). 2. ed., rev. e ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. _____. _____. **Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010e. 54 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. _____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466 de 2012**. Brasília-DF, 2012a. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em 20 de jun 2016.

_____. _____. **Manual de Leprologia**. Brasília-DF, 1960.

BRAZ, A. S. et al. *Recommendations from the Brazilian Society of Rheumatology on the diagnosis and treatment of intestinal parasitic infections in patients with autoimmune rheumatic disorders*. **Rev. Bras de Reumato**. 2015, vol.55, n.4:368–380. Disponível em:< http://ac.els-cdn.com/S2255502115000127/1-s2.0-S2255502115000127-main.pdf?_tid=217d726a-51a5-11e6-a01f-00000aab0f26&acdnt=1469368215_5bf337d070009a742b4468d0231faeba> Acesso em 20 de jul 2016.

BROWNE, S. G. **Lepra na Bíblia: estigma e realidade**; [tradução] Vera Ellert Ochsenhofer. — Viçosa: Ultimato, 2003. 80p.

BRUSCHI, K. R.; LABRÊA, M. G. A.; EIDT, L. M. Avaliação do estado do nutricional e do consumo alimentar de pacientes com hanseníase do Ambulatório de Dermatologia Sanitária. **Hansen Int**, Porto Alegre – RS, 2011; vol.35, n.2. Disponível em:< http://www.ils.br/revista/detalhe_artigo.php?id=11766&texto=portugues> Acesso em 10 de jun 2016.

CACCIARI, P. et al. Proposta de cuidado para trabalhadora readaptada baseado na teoria de Orem. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 2014. vol.8, n.5. Disponível em:< www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../9064> Acesso em 20 de jun 2016.

CARVALHO, G. B. Cronologia da Hanseníase. In: **Hanseníase**. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. 520 p.

CHAPITINI, C; MARSHMAN, G. *Leprosy: a review on elimination, reducing the disease burden, and future research*. **Lepr Rev**, Adelaide – Australia, 2015. vol, 86, 307–315. Disponível em:< <http://www.lepra.org.uk/platforms/lepra/files/lr/Dec15/15-0030.pdf>> Acesso em 02 jul 2016.

CORREA, B. J. et al. Associação entre sintomas depressivos, trabalho e grau de incapacidade na hanseníase. **Acta Fisiatr**. Bauru-SP, 2014;vol.21, n:1:1-5. Disponível em:< http://www.actafisiatr.org.br/detalhe_artigo.asp?id=528#> Acesso em 30 jul 2016.

CORREA, R. C. G.F. et al. *Epidemiological, clinical, and operational aspects of leprosy patients assisted at a referral service in the state of Maranhão, Brazil*. **Rev Soc Bras Med Trop**. São Luis – MA, vol.45, n.1:89-94, jan-fev, 2012.

COSTA, S. R. D.; CASTRO, E. A. B; ACIOLI, S. Capacidade de autocuidado de adultos e idosos hospitalizados: implicações para o cuidado de enfermagem. **REME • Rev Min Enferm**. 2013 jan/mar; vol.17, n.1. Disponível em :< <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/589>> Acesso em 10 de jun 2016.

_____. _____.; Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. **Reben**. Juiz de Fora- MG, 2014 nov-dez;67(6):979-86.

CÓTICA, E. F. A.; **Perfil clínico-epidemiológico e qualidade de vida em crianças e adolescentes portadores de Hanseníase no município de Palmas-TO**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília – UnB, Brasília-DF.

CRESPO, M. J. I.; GONÇALVES, A.; PADOVANI, C. R. Hanseníase: pauci e multibacilar estão sendo diferentes? **Medicina** (Ribeirão Preto) 2014; vol. 47, n:1:43-50. Disponível em :< <http://revista.fmrp.usp.br/2014/vol47n1/AO-Hans-pauci-e-multibacilares-estao-sendo-diferentes.pdf>> Acesso em 02 jul 2016.

CURI, L. M. **Defender os sãos e consolar os lázaros: lepra e isolamento no Brasil 1935/1976**. 234f. 2002. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade de Uberlândia, Uberlândia-MG. Disponível:<

<http://www.fiocruz.br/historiadahanseníase/media/DissertacaoCuri.pdf>> Acesso em 20 fev 2016.

DOMINGOS, C. S., et al. Construção e validação de conteúdo do histórico de enfermagem guiado pelo referencial de Orem. **REME • Rev Min Enferm**. Juiz de Fora-MG. 2015, v. 19, n.2. Disponível em :< <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1013>> Acesso em 01 dez 2015.

DUARTE, L. M. P. C. S. **Hanseníase**: a implicação da educação em saúde para o autocuidado. 80f. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal – RN. Disponível:<
<http://www.natal.rn.gov.br/bvn/publicacoes/LuceliaMCPSD DISSERT.pdf>> Acesso em 20 de jun 2016.

EIDT, L. M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, Rio Grande do Sul, 2004. v.13, n.2, Disponível em:<
<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/7118>> Acesso em 20 de jun 2016.

FARIA, L.; SANTOS, L. A. C.; A hanseníase e sua história no Brasil: a história de um “flagelo nacional”. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, vol. 22, núm. 4, outubro-diciembre, 2015, pp. 1491-1495 Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386142813022>> Acesso em 10 jan 2016.

FEMINA, L. L.; SOLER, A. C. P.; NARDI, S. M. T.; PASCHOAL, V. D. A. Lepra para Hanseníase: a visão do portador sobre a mudança de terminologia. **Hansen Int** 2007; 32 (1): 37-48. Disponível em:< http://www.ilsl.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10908> Acesso em 08 de març 2016.

FOSS, N. T; MOTA, A. C. *Leprosy, a neglected disease that causes a wide variety of clinical conditions in tropical countries*. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**. 107, suppl. I, Rio de Janeiro-RJ, 2012. Disponível em:< <http://memorias.ioc.fiocruz.br/issues/past-issues/item/1393-leprosy-a-neglected-disease-that-causes-a-wide-variety-of-clinical-conditions-in-tropical-countries>> Acesso em 01 jul 2016.

FROTA, N. M. et al. Déficits de autocuidado de idosas institucionalizadas. **Rev. Rene**. Fortaleza-CE, 2012.vol.13, n.5. Disponível em:<
www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1156/pd> Acesso em 30 de jul 2016.

FURTADO, L. G.; NÓBREGA, M. M. L. Modelo de atenção crônica: inserção de uma teoria de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013 Out-Dez; v.22, n.4. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/39.pdf>> Acesso em 10 mar 2015.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA: definições e classificação 2012-2014/ [NANDA International] ; revisão: Alba Lúcia Bottura Leite de Barros, et. al. Tradu: Regina Machado Garcez. – Porto Alegre: Artmed, 2015.

- GARBINO, J. A.; JÚNIOR, W. M. A neuropatia da hanseníase. In: **Hanseníase: avanços e desafios**. ALVES, E. D.; T. L., FERREIRA, FERREIRA, I. N. Brasília-DF: NESPROM, 2014. 494 p.
- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Rev Enferm** , João Pessoa-PB. 2009. vol. 13, n.1 . Disponível em :< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>> Acesso em 10 de jun 2016.
- GENOVEZ, P. F.; PEREIRA, F. R. O “drama” da hanseníase: Governador Valadares, as políticas públicas de saúde e suas implicações territoriais na década de 1980. **História, Ciências, Saúde** v.20, n.2, abr.-jun. 2013,– Manguinhos, Rio de Janeiro. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v23n2/0104-5970-hcsm-23-2-0379.pdf>> Acesso em 30 de jun 2016.
- GUEDES, N. G. et al. Revisão do diagnóstico de enfermagem Estilo de Vida Sedentário em pessoas com hipertensão arterial: análise conceitual. **Rev Esc Enferm USP**, Fortaleza-CE, 2013; vol.47, n:3. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00742.pdf>> Acesso em 20 de jul 2016.
- GUERRERO-PERAL, A. L. *Manifestaciones neurológicas de la lepra del rey Balduino IV de Jerusalén*. **Rev Neurol**. 2009; Valladolid, España. vol. 49, n.8: 430-433. Disponível em:< <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4908/bc080430.pdf>> Acesso em 10 mar 2016.
- HACKER, M. A. et al. *A profile of patients treated at a national leprosy outpatient referral clinic in Rio de Janeiro, Brazil, 1986-2007*. **Rev Panam Salud Publica**. vol.31 n.6 Washington. Jun. 2012. Disponível em :< http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-498920120006000006> Acesso em 29 de jun 2016.
- HORTA, W. A.; **Processo de Enfermagem**. EDUSP. São Paulo, 1979.
- KUBOTA, R. R. M. et al. Efeitos adversos da poliquimioterapia para hanseníase: utilização de doses alternativas e avaliação pós alta. **Hansen Int**. São José do Rio Preto – SP, 2014; 39 (1):8-21. Disponível: www.ils.br/revista/download.php?id=imageBank/v39n1a03.pdf .Acesso em 20 jun 2016.
- KULKARNI, P.; WALI, G. V.; KOTHARI, S. P. *Ocular manifestations in leprosy*. **International Journal of Basic and Applied Medical Sciences**. Karnataka, India. 2014, vol.4 , n.3. Disponível em:< http://www.cibtech.org/J-MEDICAL-SCIENCES/PUBLICATIONS/2014/Vol_4_No_3/JMS-035-035-PRANESH-OCULAR-LEPROSY.pdf> Acesso em 20 de jul 2016.
- LANZA, F. M. et al. Instrumento para avaliação das ações de controle da hanseníase na Atenção Primária. **Reben**. Belo Horizonte – MG. 2014. v. 67, n. 3. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0339.pdf>> Acesso em 02 mar 2015.
- LASTÓRIA, J. C.; ABREU, M. A. M. M.; Hanseníase: diagnóstico e tratamento. **Diagn Tratamento**. 2012; Botucatu-SP, vol.17, n.4:173-9. Disponível em:< <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2012/v17n4/a3329.pdf>> Acesso em 10 de abril 2016.
- LAUTNER, M. A. F. A. **Percepções sobre aspectos clínicos e epidemiológicos**

da hanseníase: utilização de inquérito domiciliar em uma área endêmica de Minas Gerais. 2014. 104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte - MG.

LEANDRO, T. A. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem para paciente com hanseníase multibacilar. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, 7(esp)., maio. 2013. Disponível em:< www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../6299> Acesso em 20 de jul 2016.

LEITE, I. F.; ARRUDA, A. J. C. G.; VASCONCELOS, D. I. B. et al. A qualidade de vida de pacientes com hanseníase crônica. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, 9(6):8165-71, jun., 2015. Disponível em:< www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../12388> Acesso em 30 jul 2016.

LEITE, S. C. C.; SAMPAIO, C. A. CALDEIRA, A. P; “Como ferrugem em lata velha”: o discurso. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2014; v.25, n.1. Disponível em:< http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0103-73312015000100008&pid=S0103-73312015000100121&pdf_path=physis/v25n1/0103-7331-physis-25-01-00121.pdf&lang=pt> Acesso em 03 dez 2015.

LEITE, V. M. C.; LIMA, J. W. O.; GONÇALVES, H. S. Neuropatia silenciosa em portadores de hanseníase na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.27, n.4, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/05.pdf>> Acesso em 20 de jul 2016.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Belo Horizonte – MG. vol.12, n. 4 - out/dez de 2003. Disponível em:< <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v12n4/v12n4a03.pdf>> Acesso em 15 jul 2016.

LIMA, W. G. et al. Principais diagnósticos de enfermagem em idosos hospitalizados submetidos a cirúrgicas urológicas. **Rev Rene**. Imperatriz-MA, 2015 jan-fev; 16(1):72-80. Disponível em:< <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1847/pdf>> Acesso em 20 de jun 2016.

LINO, A. I. A. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem no atendimento de indivíduos com estomas gastrointestinais: aplicando o Processo de Enfermagem.** 2014. 137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de Brasília, Brasília-DF.

LIRA, A. L. B. C.; LOPES, M. V. O. Diagnóstico de enfermagem: estratégia educativa fundamentada na aprendizagem baseada em problemas. Ribeirão Preto – SP. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.19 n.4 Ribeirão Preto July/Aug. 2011.

LOBATO, D. C.; NEVES, D. C. O.; XAVIER, M. B. Avaliação das ações da vigilância de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saude** vol.7 n.1 Ananindeua mar. 2016. Disponível em:<

http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232016000100006>
Acesso em 20 de jul 2016.

LOPES, V. A. S.; RANGEL, E. M. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 817-829, 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0817.pdf>> Acesso em 29 de jun 2016.

LUNA, I. T. et al. Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. **Rev Bras Enferm**, Brasília, 2010 vol. 63, n.6. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/18.pdf>> Acesso em 20 jul 2016.

LYON, S & GROSSI, M. A. F. **Hanseníase**. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. 520 p.

_____. LYON, A. T. História da Hanseníase. In: **Hanseníase**. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. 520 p.

MACIEL, R. T. M. **De leprosários e preventórios a „hanseníase tem cura“: saldos de um passado que insiste em existir**. 2014. 209f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ.

MAIA, M. V.; CUNHA, C. S.; CUNHA, M. G. S. *Adverse effects of alternative therapy (minocycline, ofloxacin, and clofazimine) in multibacillary leprosy patients in a recognized health care unit in Manaus, Amazonas, Brazil*. **An Bras Dermatol**. 2013; vol.88, n.2:205-10. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/abd/v88n2/0365-0596-abd-88-2-0205.pdf>> Acesso em 29 jul 2016.

MARQUES, G. F. et al. Esquema alternativo para tratamento de hanseníase multibacilar em um caso de hepatotoxicidade durante a poliquimioterapia. Bauru-SP, **Hansen Int** 2012; 37 (2):81-85. Disponível em :< <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/hi/v37n2/v37n2a11.pdf>> Acesso em 20 de jun 2016.

MASUCHI, M. H. et al. *Clinical-Epidemiological Profile of Patients Living with Leprosy*. **International archives of medicine**. São André-SP. vol. 8, n. 208. 2015. Disponível em:< <http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1261>> Acesso em 30 de jul 2016.

MATOS, J. C. et al. *Teaching nursing theories in nursing schools within Paraná State – Brazil*. **Acta Paul Enferm** 2011; v. 24, n.1. Maringá-PR. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n1/en_v24n1a03.pdf> Acesso em 15 mar 2015.

MATTOS, K. A. et al. *TRLE6- Driven Lipid Droplets in Mycobacterium leprae – infected Schwan cells: Immunoinflammatory Plataforms Associated with bacterial persistence*. **The Journal Of Immunology**. 2011. Disponível em:< <http://www.jimmunol.org/content/187/5/2548.full.pdf+html?sid=234752ac-52e5-4820-8c03-838cbf773c39>> Acesso em 11 jun 2016.

MCEWEN, M; WILLS, E. M. **Bases teóricas para Enfermagem**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 576p.

MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S. R.; CABRAL, R. W. L. Sistematização da Assistência de Enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na Teoria

Fundamentada. **Rev Gaúcha Enferm.** 2012; v. 33, n.3. João Pessoa – PB. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v33n3/23.pdf>> Acesso em 08 marc 2015.

MENDES, H. C. W. **Polimorfismos do gene MASP1, concentrações séricas de MASP-1, Masp-3 e Map44 e suscetibilidade à hanseníase.** 2015. 107f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba-PR.

MONTE, R. S.; PEREIRA, M. L. D. Hanseníase: representações sociais de pessoas acometidas. **Rev Rene.** Fortaleza – CE, 2015 nov-dez; vol.16, n.6:863-71. Disponível em:< www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/download/2878/2240> Acesso em 30 jul 2016.

MONTEIRO, L.D. et al. Padrões espaciais da hanseníase em um estado hiperendêmico no Norte do Brasil, 2001-2012. **Rev Saúde Pública** 2015; vol. 49, n.84. Disponível em:> http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005866.pdf> Acesso em 20 de jun 2016.

MOREIRA, A. J. et al. Ação educativa sobre hanseníase na população usuária das unidades básicas de saúde de Uberaba-MG. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 234-243, abr-jun 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0234.pdf>> Acesso em 02 jul 2016.

NARDELLI, M. S.; ROMAN, E. P. Será possível a atividade física beneficiar pessoas portadoras de hanseníase? **Thêma et Scientia.** Cascavel – PR, vol. 1, n. 1, 2011. Disponível em:< http://projetos.unioeste.br/pos/media/File/conservacao_manejo_recursos_naturais/saude_2011_Nardelli.pdf> Acesso em 20 de jun 2016.

NARDI, S. M. et al. *Characterization of the profession/occupation of individuals affected by leprosy and the relationship with limitations in professional activities.* **Indian J Lepr.** 2012 Jan-Mar;84(1):1-8. Disponível em:< [http://www.ijl.org.in/2012/jan-mar/1_Nardi_et_al_\(original\).pdf](http://www.ijl.org.in/2012/jan-mar/1_Nardi_et_al_(original).pdf)> Acesso em 01 jul 2016.

NASCIMENTO, G. R. C.; BARRÊTO, A. J. R.; BRANDÃO, G. C. G; TAVARES, C. M. Ações do enfermeiro no controle da Hanseníase. **Rev. Eletr. Enf.** Maceió –AL, 2011 out/dez;13(4):743-50. Disponível:< <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a20.htm>.> Acesso em 20 jan 2016.

NETO, M. P. L. et al. *Clinical Neurological Profile of Patients with Leprosy in Fortaleza, Ceará, Brazil.* **International archives of medicine.** Santo André-SP, 2015. vol. 8, n. 218. Disponível em:< <http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1294/1061>> Acesso em 29 jun 2016.

NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 1859 p.

NEVES, R. S. **Análise do processo de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE: um estudo de caso.** 2010. 295f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília-DF.

OLIVEIRA, A. R.; FERNANDES, C. A.; LIMA, C. R. C. Atualização sobre critério de tempo para diagnóstico tardio da hanseníase. **Cadernos ESP**, Ceará vol.8, n2: 77-91, jul./dez. 2014. Disponível em:<

<http://www.esp.ce.gov.br/cadernosesp/index.php/cadernosesp/article/view/201/98>> Acesso em 20 jul 2016.

OPROMOLLA, D. V. A. **Noções de hansenologia**. Bauru: Centro de Estudos Dr. Reynaldo Quagliato, 2000.

_____. **Atlas de Hanseníase**. Instituto Lauro de Souza Lima, Bauru-SP. 2002. 80p.

OREM, D. E.; TAYLOR, S.G., RENPENNING, K. M. (col.) **Nursing: concepts of practice**. 6.ed. Mosby: St. Louis, Missouri. 2001.542p.

PENELUPPI, L. S. et al. Perfil Epidemiológico da Hanseníase em uma Cidade do Sul de Minas Gerais no Período de Nove Anos: Estudo Retrospectivo. **Revista Ciências em Saúde**. Itajubá – MA. vol.5, n 4, 2015. Disponível em:< http://186.225.220.234:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/view/406> 03 jul 2016.

PENNA, M.L.F., OLIVEIRA, M.L.W.R., PENNA, G. *Spatial distribution of leprosy in the Amazon region of Brazil*. **Emerg Infect Dis**. 2009;15(4):650-2.

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia: da teoria à prática*. Rio de Janeiro-RJ. Guanabara Koogan, 1995.

PIERI, F. M. A atenção aos doentes de Hanseníase no sistema de saúde de Londrina –PR. 2013. 110f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP.

PINHEIRO, M. G. C. et al. *Contribution of educational actions for knowledge of high school students of about leprosy*. **J Nurs UFPE on line**. Natal-RN, Recife, vol.9, n.11, 2015. Disponível em:<

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6686/pdf_8858> Acesso em 25 de jul 2016.

PIRES, C. A. et al. Hanseníase em menores de 15 anos: a importância do exame de contato. **Revista Paulista de Pediatra**. 2012. v.30, n.2. Belém-PA. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n2/22.pdf>> Acesso em 18 mar 2015.

POTTER & PERRY. **Fundamentos de enfermagem**. 7 ed. Rio de Janeiro. Elsevier: 2009.

PUCCI, F. H; TEÓFILO, C. R.; ARAGÃO, S. G. A.; TÁVORA, L. G. F. *Pain in Hansen's disease patients*. **Rev Dor**. São Paulo, 2011 jan-mar;12(1):15-8. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n1/v12n1a04.pdf>> Acesso em 30 jul 2016.

QUEIRÓS, P. J. P.; VIDINHA, T. S. S.; FILHO, A. J. A. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**. IV - n.º 3 – 2014. Coimbra – Portugal.

QUYUM, F. et al. *Epidemiological indicators and clinical profile of leprosy cases in Dhaka*. **Journal of Pakistan Association of Dermatologists**. Dhaka, Bangladesh. 2015; vol. 25 n:

3:191-196. Disponível em:< <http://www.jpapad.org.pk/July-September-2015/7.%20Original%20article-Epidemiological%20Indicators%20and%20Clinical%20Profile%20of%20Leprosy%20cases%20in%20Dhaka.pdf>> Acesso em 20 jun 2016.

RAIMONDO, M. L. et al. Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2012 vol. 65, n:3. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000300020> Acesso em 20 de jun 2016.

RAMAN, R.; BUCKINGHAM, J.; RAMAN, A. *On the etiology and transmission of leprosy in nineteenth century, Madra, India.* **India Journal of Dermatology, Venerology and Leprology**. 2013. vol. 7. Fremantle, Australia. Disponível em:< <http://imsear.li.mahidol.ac.th/bitstream/123456789/147447/1/ijdv12013v79n2p261.pdf>> Acesso em 10 fev 2016.

REIS, F. J. J.; GOMES, M. K.; CUNHA, A. J. L. A; Avaliação da limitação das atividades diárias e qualidade de vida de pacientes com hanseníase submetidos à cirurgia de neurólise para tratamento das neurites. **Fisioter Pesq**. Rio de Janeiro – RJ.2013; v. 20, n.2. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/fp/v20n2/14.pdf>> Acesso em 02 mar 2015.

RIBEIRO, M. A. S.; LAGES, J. S. S.; LOPES, M. H. B. M. Diagnósticos de enfermagem relacionados à pele: definições operacionais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Campinas-SP, vol. 20, n.5. 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_07.pdf> Acesso em 20 de jul 2016.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e saúde**. 7 ed. Medbook, 2013.

SANTO, L. R. E et al. Perfil epidemiológico da hanseníase no município de brasileiro no período de 2005 a 2009. **Motricidade**, Montes Claros –MG, 2012, vol. 8, n. S2, pp. 212-219. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/pdf/2730/273023568025.pdf>> Acesso em 01 jul 2016.

SANTOS, I.;ROCHA, F. P. R.; BERARDINELLI, L. M. M.; Necessidades de orientação de enfermagem para o autocuidado de clientes em terapia de hemodiálise. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília 2011 mar-abr; 64(2): 335-42.

SANTOS, K. S. et al. Significado da hanseníase para pessoas que viveram o tratamento no período sulfônico e da poliquimioterapia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2015; v.23, n.4. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/pt_0104-1169-rlae-23-04-00620.pdf> Acesso em 01 dez 2015.

SCHAURICH, D; CROSSETTI, M. G. O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2010 jan-mar; vol.14, n.1. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a27.pdf>> Acesso em 10 de agos. 2016.

SERRES, J. C. P.; BORGES, V. T. Leprosários ao sul do Brasil: de locais de sofrimento a locais de memória. **Acervo – Revista do Arquivo Nacional**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 252-263, jul./dez. 2015. Disponível em:< <http://revista.arquivonacional.gov.br/index.php/revistaacervo/article/view/631/680>> Acesso em 13 fev 2016.

SILVA, J. P.; GARANHANI, M. L.; PERES, A. M. Sistematização da Assistência de Enfermagem na graduação: um olhar sob o Pensamento Complexo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Londrina-PR, 2015; vol. 23, n.1. Disponível em :< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/pt_0104-1169-rlae-23-01-00059.pdf> Acesso em 01 de jul 2016.

SILVA, M. E. G. C.; SOUZA, C. D. F.; SILVA, S. P. C.; COSTA, F. M.; CARMO, R. F. *Epidemiological aspects of leprosy in Juazeiro-BA, from 2002 to 2012*. **An. Bras. Dermatol.** vol.90 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962015000600799> Acesso em 12 fev 2016.

SILVA, R. A. R. et al. Fatores preditivos dos diagnósticos de enfermagem em pessoas vivendo com a síndrome da imunodeficiência adquirida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Natal – RN, 2016; vol.24: n.2712. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02712.pdf> Acesso em 20 de jul 2016.

SILVA, R.; PEREIRA, A.; RIBEIRO, A. G.; MARINHO, C. M. S.; CARVALHO, I. S.; RIBEIRO, R. Elaboração de um instrumento para coleta de dados de paciente crítico: histórico de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2012 abr/jun; 20(2):267-73.

SMITH, W. C.; VAN BRAKEL, W; GILLIS, T.; SAUNDERSON, P.; RICHARDUS, J. H.; *The Missing Millions: A Threat to the Elimination of Leprosy*. **PLoS Negl Trop Dis** . 2015. Aberdeen, Reino Unido. vol. 9, n. 4. Disponível em:< <http://www.ilepfederation.org/wp-content/uploads/2015/12/The-Missing-Millions.pdf>> Acesso em 10 fev 2016.

SOARES, M. I. et al. *Systematization of nursing care: challenges and features to nurses in the care management*. **Esc Anna Nery**, Alfenas –MG, 2015; vol.19, n.1. Disponível em :< http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/en_1414-8145-ean-19-01-0047.pdf> Acesso em 20 de jun 2016.

SOUSA, A. A. et al. Adesão ao tratamento da hanseníase por pacientes acompanhados em unidades básicas de saúde de Imperatriz-MA. **SANARE**. Imperatriz-MA. vol.12, n.1, p. 06-12, jan. /jun. – 2013. Disponível em:< http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7588/1/2013_art_acpjcosta1.pdf> Acesso em 30 de jul 2016.

SOUSA, M. W. G. et al. *Epidemiological Profile of Leprosy in the Brazilian state of Piauí between 2003 and 2008*. **An Bras Dermatol**. Teresina-PI. 2012;vol.8, n:3:389-85. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/abd/v87n3/v87n3a06.pdf>> Acesso em 30 de jun 2016.

SOUZA, J. M. **Desenvolvimento infantil: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I**. 204f. 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade de São Paulo, São Paulo – SP.

TALHARI, S et al. **Hanseníase**. 5. ed. Di Livros: Manaus, 2015. 217 p.

_____. GONÇALVES, H. S.; OLIVEIRA, M. L. Manifestações neurais da Hanseníase. **Hanseníase**. 5. ed. Di Livros: Manaus, 2015. 217 p.

_____. et al. Manifestações cutâneas e diagnóstico diferencial. In: **Hanseníase**. 5. ed. Di Livros: Manaus, 2015a. 217 p.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: guia prático**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 298p.

TAVARES, A. P. N; MARQUES, R. C.; LANA, F. C. F. Ocupação do espaço e sua relação com a progressão da hanseníase no Nordeste de Minas Gerais - século XIX. **Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.2, p.691-702, 2015. Disponível em:< <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/104838/103628>> Acesso em 09 de mar 2016.

TOMASELLI, P. J. **Hanseníase forma neural pura: aspectos clínicos e eletroneuromiográficos dos pacientes avaliados no serviço de doenças neuromusculares do HCRP da USP no período de março de 2001 a março de 2013**. 2014. 95f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Disponível em :< www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17140/tde-13072014.../Mestrado_Corrigido.pdf> Acesso em 20 de jul 2016.

TOMEY, A. M., & ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de enfermagem e a sua obra** (5ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência. 2002.

VÉRAS, L. S. T. et al. Avaliação da dor em portadores de hanseníase submetidos à mobilização neural. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.18, n.1, p. 31-6, jan/mar. 2011. Disponível em:< <http://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/12232/14009>> Acesso em 20 jul 2016.

VITORINO, P. V. O. et al. Prevalência de estilo de vida sedentário entre adolescentes. **Acta Paul. Enferm.** vol.28 n.2 São Paulo. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000200166> Acesso em 01 de jun 2016.

_____. et al. *Electromyography function, disability degree, and pain in leprosy patients undergoing neural mobilization treatment*. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Teresina-PI, vol.45, n.1:83-88, jan-fev, 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v45n1/16.pdf>> Acesso em 20 de jul 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases: First WHO report on neglected tropical diseases**. 2010. Disponível em:< http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44440/1/9789241564090_eng.pdf> Acesso em 03 02 2016.

_____. *The importance of water, sanitation and hygiene for lymphatic filariasis and leprosy care and inclusion*. **Wateraid organization. The Leprosy Mission England and Wales**. 2015. Disponível em:< www.wateraid.org> Acesso 01 de jul 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados



BLOCO I - DADOS PESSOAIS/ SOCIOECONÔMICOS / DEMOGRÁFICOS

REGISTRO:

Nome: _____

Procedência: _____ Zona Urbana: () - Zona Rural: ()

Data de Nascimento: __/__/__

1. Sexo: () Masculino () Feminino;
2. Idade (anos): _____;
3. Você pratica alguma religião: 3.1 Católica (); 3. 2. Protestante ou Evangélica (); 3.3 Espírita(); 3.4 Outra (); 3.5 Não ()
4. Qual o seu nível de instrução: 4.1 () Analfabeto ; 4.2 () Fundamental incompleto; 4.3 () Fundamental completo; 4.4 () Médio incompleto; 4.5 () Médio completo; 4.6 () Superior incompleto; 4.7 () Superior completo.
5. Trabalha: 5.1 () Sim : _____; 5.2 () Não.
6. Cor: 6.1 Branco(a) (); 6.2 Pardo(a) (); 6.3 Negro(a) (); 6.4 Amarelo(a) ();
7. Estado civil: 7.1 () Solteiro(a) ; 7.2 () Casado(a); 7.3 () União estável; 7.4 () Viúvo(a);
8. Condições de moradia?
 - 8.1 Asfalto: () Sim ; 8.2 () Não;
 - 8.3 Água Tratada: () Sim; 8.4 () Não
 - 8.5 Energia elétrica () Sim ; 8.6 () Não
 - 8.7 Possui rede de esgoto () Sim ; 8.8 () Não
9. Qual a renda mensal de sua família? (considere a renda de todos os integrantes da família, inclusive você – referência R\$ 788,00/2015)

- 9.1 () Até 1 salário mínimo;
 9.2 () De 1 a 2 salários mínimos;
 9.3 () De 2 a 5 salários mínimos;
 9.4 () Mais de 5 salários mínimos;
 9.5 () Sem renda.

10. Qual dos itens abaixo há em sua casa?

- 10.1 () TV
 10.2 () Computador
 10.3 () Meio de transporte próprio (carro ou moto)
 10.4 () Acesso à Internet

BLOCO II – CARACTERIZAÇÃO DE MORBIDADE

11. Trata a quanto tempo? 11.1 () Menos de 3 meses; 11.2 () De 3 a 6 meses; 11.3 () De 6 a 12 meses; 11.4 () Acima de 12 meses (OBS. DO PESQUISADOR: Data de diagnóstico: ___/___/___)

12. Antecedente Mórbito Familiar para Hanseníase (**CONTATO INTRADOMICILIAR**)?

14.1 () Sim; 14.2 () Não.

13. Forma clínica da hanseníase: 13.1 () Indeterminada ; 13.2 () Tuberculóide ; 13.3 () Dimorfa ; 13.4 () Virchowiana,

14. Classificação operacional: 14.1 () Paucibacilar ; 14.2 () Multibacilar

15. Tipo de poliquimioterapia: 15.1 () Alternativo; 15.2 () Comum

16. Admissão: 16.1 () Caso Novo; 16.2 () Recidiva ; 16.3 () Nova Infecção; 16.4 () Reação Hansênica

17. Foi coletada baciloscopia de raspado intradérmico? - 17.1 () Sim IB: ____ 17.2 () Não

18. Grau de incapacidade (diagnóstico): 18.1 () 0 ; 18.2 () I ; 18.3 () II

25. Situação vacinal em relação à BCG: 25.1 () Nenhuma cicatriz ; 25.2 () Uma cicatriz ; 25.3 () Duas cicatrizes

26. Co-morbidades: 26.1 () Sim: _____; 26.2 () Não.

BLOCO III – ABORDAGEM DE CONTATOS

27. Pessoas que residem com você:

Nome	Parentesco	Idade	Tempo de moradia

--	--	--	--

Contato intradomiciliar: toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o paciente nos últimos cinco anos.

28. Você sabe o que é contato? 27.1 () Sim; 27.2 () Não

29. Você se preocupa com o fato de residir com outras pessoas? 28.1 () Sim; 28.2 () Não.

BLOCO IV – REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

Requisitos universais de autocuidado

Face: 32 - Queixa principal: 32.1 () Sim: _____; 32.2 Sem queixas ()

33– Olhos: 33.1 () Normal; 33.2 () Anormal: _____;

34 - Narinas: 34.1 () Normal; 33.2 () Anormal: _____;

35 – Situação dermatoneurológica e incapacidades

Máculas com parestesias		Neurites	
SIM ()	NÃO ()	SIM ()	NÃO ()
Câimbras		Astenia	
SIM ()	NÃO ()	SIM ()	NÃO ()
Nódulos		Infiltração	
SIM ()	NÃO ()	SIM ()	NÃO ()
Garra móvel		Garra fixa	
SIM ()	NÃO ()	SIM ()	NÃO ()
Hipoidrose		Febre	
SIM ()	NÃO ()	SIM ()	NÃO ()
Artralgias		Placa com parestesia	
SIM ()	NÃO ()	SIM ()	NÃO ()

a. *Referentes à manutenção do aporte suficiente de água e alimentos*
(I = informado; A=afetado; E=estimado)

36. Peso atual _____ kg () Altura _____ () IMC _____ kg/m² ()

37. Alimentos mais consumidos:

37.1 Carne Branca (); 37.2 Carne Vermelha (); 37.3 Verduras (); 37.4 Legumes ();

38. Ingestão hídrica mais comum:

38.1 () Água; Quantos litros por dia: _____; 38.2 () Caféina; Quantos litros por dia: _____; 38.3 () Leite; Quantos litros por dia: _____;

AUTOCAUIDADO: () SIM () NÃO

b. Referentes aos processos de eliminações fisiológicas

41. Frequência urinária/dia: 41.1 () 0; 41.2 () 1 a 4 vezes; 41.3 () 5 e 8 vezes; 41.4 () Acima de 8 vezes

44. Padrão de evacuação: 44.1 () Continência total; 44.2 () Incontinência; 44.3 () Constipação; 44.4 () Diarreia

AUTOCAUIDADO: () SIM () NÃO

c. Referentes à manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso

46. Realiza exercícios físicos: 46.1 () Sim; _____ 46.2 () Não

47. Realiza atividades de lazer: 47.1 () Sim, quais? _____

47.2 () Não.

48. Horas de sono/dia: _____

49. Insônia: () S () N

AUTOCAUIDADO: () SIM () NÃO

d. Referentes à prevenção de perigos para a vida, funcionamento e bem-estar humanos

50. Capacidade cognitiva/perceptual/comunicativa: 50.1 () SIM; 50.2 () NÃO.

51. Consumo de álcool: 51.1 () Sim; 51.2 Não ().

52. Fumo: 52.1 () Sim; 52.2 Não ().

AUTOCAUIDADO: () SIM () NÃO

e. Requisitos de desenvolvimento de autocuidado

a. Padrão sexual/reprodutivo

53. Atividade sexual: 53.1 () Preservada 53.2 () Ausente pós diagnóstico () Outros

54. Uso de contracepção: () Oral () Preservativo masculino () Preservativo feminino () DIU () Outros

55. Vasectomia (homens) () Sim () Não

a. Requisitos de desvios de saúde

56. Conhece a Hanseníase (referir ao menos três sintomas): 56.1 () Sim; 56.2 () Não.

57. Sabe o que é o cartão de aprazamento da medicação? () Sim () Não

Se sim, você está na dose correta? () Sim () Não

58. Conhece o tratamento da Hanseníase? 58.1 () Sim 58.2 () Não.

59. Qual a duração do seu tratamento? _____

60. A hanseníase é transmissível? () Sim () Não

61. Algum sintoma te incomoda? () Sim () Não

Se sim, quais os sintomas? _____

BLOCO V – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Características Definidoras	Fatores Relacionados	Fatores de Risco	Diagnóstico de Enfermagem

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FS

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO
ACADÊMICO****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

Convidamos o (a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa que tem como título: **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM A PARTIR DO AUTOCUIDADO EM USUÁRIOS ACOMETIDOS PELA HANSENÍASE**, sob a responsabilidade do pesquisador **MARIA LUIZA RÊGO BEZERRA**. O projeto trata da importância do autocuidado (ou seja, do cuidado com a sua própria saúde) aos indivíduos acometidos pela hanseníase.

Sendo assim, o objetivo desta pesquisa é o de conhecer e orientar sobre a capacidade de autocuidado que o indivíduo acometido pela hanseníase, pode ter, destacando o quanto é importante para o mesmo a possibilidade de cuidar de si para evitar incapacidades ou maiores problemas relacionados à doença.

O(a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado em nenhum momento, sendo mantido o mais rigoroso sigilo, no que se refere à sua identificação e às informações que forem obtidas durante esta pesquisa.

A sua participação será por meio de entrevista, que será aplicada, através de um roteiro de perguntas feito pela pesquisadora, relacionados à sua atual situação de saúde, no que diz respeito à hanseníase. O momento oportuno para tanto, será à consulta de enfermagem, na sala de assistência ao indivíduo em tratamento para hanseníase no Hospital Universitário de Brasília (HUB). Esta consulta será agendada conforme a sua disponibilidade, em uma data a ser

combinada. A duração para a consulta de enfermagem será de aproximadamente 40 minutos, estando você, livre para interromper, se assim for necessário.

Como risco relacionado a sua participação na pesquisa, tem-se a divulgação dos dados obtidos na mesma sem a sua autorização, muito embora serão tomadas as medidas de comprometimento por parte dos pesquisadores para que isso não ocorra. No que concerne aos benefícios, destaca-se a contribuição para o melhoramento da assistência de enfermagem ao indivíduo acometido pela hanseníase, no que diz respeito às noções de autocuidado, tão importantes para a prevenção de incapacidades e c
doença, bem como oportunizará o aprimoramento
pesquisadores.

Página de 2 a 2

Rubrica Pesquisador Responsável:	Rubrica Participante:
----------------------------------	-----------------------

Voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que estiverem relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados neste local de pesquisa, _____, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o (a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: **Maria Luiza Rêgo Bezerra**, no telefone **61 96624330**, no horário 08h às 12h e 14h às 18h, ou envie email para **marialuizaregobezerra@gmail.com**.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília sob o número de parecer 1.194.828. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas através do telefone: (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o Senhor (a).

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ___ de _____ de _____.

Rubrica Pesquisador Responsável:

Rubrica Participante:

ANEXO

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – FS/ UnB.



FAÇULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM A PARTIR DO CONSTRUCTO DE AUTOCUIDADO EM USUÁRIOS ACOMETIDOS PELA HANSENIASE.

Pesquisador: Maria Luiza Rêgo Bezerra

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 45575015.1.0000.0030

Instituição Proponente: Programa de Pós Graduação em Enfermagem - Mestrado - Universidade de

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

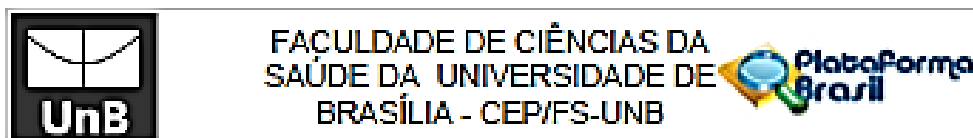
Número do Parecer: 1.359.418

Apresentação do Projeto:

***Resumo:**

A Taxonomia II da North American Diagnoses Association - Internacional (NANDA-I) define os diagnósticos de enfermagem como julgamentos clínicos sobre respostas humanas conforme os padrões funcionais de saúde e experiências de vida, usados para decidir o foco do atendimento, bem como o planejamento, a implementação e a avaliação de enfermagem. Nesta ótica, relacionam-se os indivíduos acometidos pela hanseníase, no âmbito das ações de autocuidado, para a promoção de uma assistência otimizada e apropriada para o alcance das metas determinadas no planejamento da assistência em enfermagem. Destarte esta pesquisa, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília, objetiva analisar o perfil diagnóstico de enfermagem, conforme a taxonomia II da NANDA-I, à luz do construto de autocuidado de Orem em usuários acometidos pela hanseníase. Trata-se de um estudo observacional, descritivo, transversal com abordagem quantitativa, com voluntariado obtido por amostra de conveniência, atendidos em duas unidades de saúde de referência em hanseníase, da cidade de Brasília-DF. Será utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado para a coleta de dados, bem como serão adotados todos os preceitos éticos e legais para a aplicação da pesquisa.*

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70210-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 E-mail: cepfsunb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.268.418

Metodologia Proposta:

Estudo observacional de tipologia descritiva, transversal com abordagem quantitativa. A ser realizada no Hospital Universitário de Brasília (HUB), UnB.

Objetivo da Pesquisa:

"Analisar o perfil diagnóstico de enfermagem, conforme a Taxonomia II da NANDA-I, à luz do construto de autocuidado de Orem em usuários acometidos pela hanseníase."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

Riscos:

Como risco aparente para a pesquisa tem-se a divulgação dos dados secundários obtidos na mesma sem o consentimento prévio dos participantes muito embora serão tomadas as medidas de comprometimento por parte dos pesquisadores para a manutenção do sigilo e confidencialidade dos dados.

Benefícios:

No que concerne aos benefícios, destaca-se a contribuição para o melhoramento da assistência de enfermagem ao indivíduo acometido pela hanseníase, no que diz respeito às noções de autocuidado, tão importantes para a prevenção de incapacidades e demais complicações decorrentes desta doença, bem como oportunizará o aprimoramento profissional e científico da equipe de pesquisadores."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

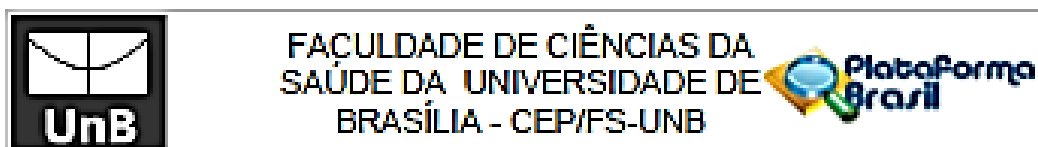
Projeto inicial aprovado em 26/10/2015, parecer No. 1.194.828.

Emenda 01: foi solicitada a correção do cronograma de início de coleta de dados. Aprovada em 26/10/2015, parecer No. 1.257.266.

Emenda 02: Aqui apresentada e analisada.

Solicita inclusão de instituição coparticipante, o Hospital Universitário de Brasília, sendo realizadas as devidas informações no projeto detalhado ("PROJETO_DISSERTACAO_DEZE2015.docx", postado 07/12/2015), página 13, itens "3.1 Local de Estudo" e "3.2 Amostra e sujeitos da pesquisa". Dessa forma, não mais será realizado no serviço de Hanseníase do Hospital Regional da Asa Norte e da Unidade Mista de Saúde da Regional Sul, passando a ser realizado no Programa de Controle e Vigilância da Hanseníase do Hospital Universitário de Brasília (HUB). O cronograma de execução foi

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61) 3107-1947 E-mail: cep@unb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.308.418

também atualizado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados na presente submissão de emenda 02:

- Informações Básicas do Projeto - "FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_525005_E2.pdf", postado 07/12/2015;
- Folha de Rosto, datada de 14/04/2015, já apresentada anteriormente, com assinatura da pesquisadora responsável e assinatura e carimbo da Profa. Maria Fátima de Sousa, diretora da Faculdade de Ciências da Saúde, UnB, como Instituição proponente - "FOLHA_DE_ROSTOUNDPROPO.pdf", postado 07/12/2015;
- "CARTA EM RESPOSTA ÀS PENDÊNCIAS APONTADAS PELO CEP" que se trata realmente de Carta de encaminhamento de emenda a projeto - "CARTA_FSDEZ2015.doc", postado 07/12/2015;
- Termo de concordância com a realização da pesquisa do Hospital Universitário de Brasília, datado de 04/12/2015, com assinaturas e carimbos do Superintendente HUB/UnB/EB3ERH, Prof. Heraldo Sampaio Carvalho, e do Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica, Profa. Rafael Mota Pinheiro, e assinatura da pesquisadora responsável - "TERMO_CONCOHUB.pdf", postado 07/12/2015;
- Termo de ciência de Instituição coparticipante, informando conhecimento e cumprimento da Res. CNS 466/2012, com assinaturas e carimbos do Superintendente HUB/UnB/EB3ERH, Prof. Heraldo Sampaio Carvalho, e do Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica, Profa. Rafael Mota Pinheiro - "TERMO_DE_CIEN_HUB.pdf", postado 07/12/2015;
- Modelo de TCLE - "TCLE_DEZ2015.pdf", postado 07/12/2015;
- Projeto Detalhado - "PROJETO_DISSERTACAO_DEZE2015.docx", postado 07/12/2015.

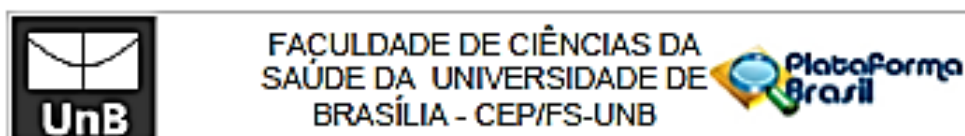
Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A presente emenda 02, solicita inclusão de Instituição coparticipante, o Hospital Universitário de Brasília, sendo realizadas as devidas informações no projeto detalhado ("PROJETO_DISSERTACAO_DEZE2015.docx", postado 07/12/2015). O estudo não mais será realizado no serviço de Hanseníase do Hospital Regional da Asa Norte e da Unidade Mista de Saúde da Regional Sul, passando a ser realizado no Programa de Controle e Vigilância da Hanseníase do Hospital Universitário de Brasília (HUB). O cronograma de execução foi também atualizado.

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61) 3107-1947 E-mail: cep@unb@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.369.418

A presente emenda não apresenta óbices éticos.

Protocolo de pesquisa em conformidade com a Resolução CNS 466/2012 e Complementares.

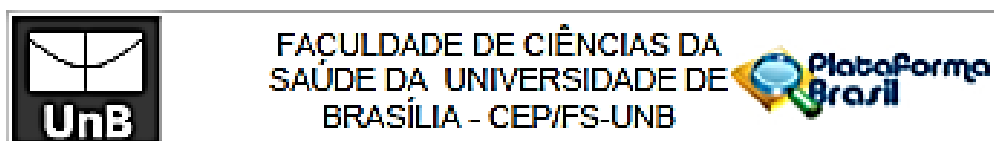
Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP/FS reitera que, conforme a Resolução 466/12 CNS, itens X.1 - 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_625006_E2.pdf	07/12/2015 14:10:36		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTOUNDPROPO.pdf	07/12/2015 14:08:16	Maria Luiza Régo Bezerra	Aceito
Outros	CARTA_FSDEZ2015.doc	07/12/2015 14:05:57	Maria Luiza Régo Bezerra	Aceito
Outros	TERMO_CONGOHUB.pdf	07/12/2015 13:42:25	Maria Luiza Régo Bezerra	Aceito
Outros	TERMO_DE_CIEN_HUB.pdf	07/12/2015 13:41:41	Maria Luiza Régo Bezerra	Aceito
TGLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Agência	TGLE_DEZ2015.pdf	07/12/2015 13:37:36	Maria Luiza Régo Bezerra	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DISSERTACAO_DEZE2015.docx	07/12/2015 13:35:39	Maria Luiza Régo Bezerra	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CartaRespPendenciasCEFFS_OUT.pdf	08/10/2015 13:17:53	Maria Luiza Régo Bezerra	Aceito
Outros	CartaRespPendencias CEFFS 06.2015.pdf	28/07/2015 10:40:23		Aceito
Declaração de Pesquisadores	termos de responsabilidade unb.pdf	26/05/2015 09:59:04		Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo de encaminhamento.pdf	26/05/2015 09:58:45		Aceito
Declaração de Pesquisadores	folha de rosto Unb.pdf	26/05/2015 09:56:55		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo de congo unb.pdf	22/05/2015 20:25:20		Aceito
Outros	JESUS, C.A.C.pdf	22/05/2015		Aceito

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61) 3107-1947 E-mail: cepfs@unb.br



Continuação do Parecer: 1.208.418

Outros	JESUS, C.A.C.pdf	19:10:42		Aceito
Outros	LATTES BEZERRAML.R.pdf	22/05/2015 19:09:55		Aceito
Outros	INSTRUMENTO PROJETO 2015.docx	22/05/2015 19:08:48		Aceito
Outros	PLANILHA DE ORÇAMENTO PROJETO 2015.docx	22/05/2015 19:07:30		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 15 de Dezembro de 2015

Assinado por:
Marie Taguchi
 (Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3103-1347 E-mail: ceptunb@gmail.com