

**Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros**

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM HANSENÍASE DO  
MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

Outubro / 2017

## **Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros**

### **PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM HANSENÍASE DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

Elaborado por:

- Karen Michelle Rodrigues (Enfermeira)
- Karine Suene Mendes Almeida Ribeiro (Enfermeira Especialista em Saúde da Família)
- Vanessa Lopes Oliveira (Enfermeira)

Outubro / 2017

## **Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros**

### **PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM EM HANSENÍASE DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

Revisado Por:

- Carolina dos Reis Alves (Enfermeira, Residente em Saúde da Família, Doutora em Ciências da Saúde)
- Izabella Cristina Bicalho Leão (Enfermeiro Residente em Saúde da Família)
- Claudio Luis de Souza Santos (Enfermeiro, Especialista em Saúde da Família, Residente em Saúde Mental)

Outubro/ 2017

## **FICHA TÉCNICA**

**PREFEITO MUNICIPAL**  
Humberto Guimarães Souto

**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
Dulce Pimenta Gonçalves

**ASSESSORIA EXECUTIVA**  
José Mendes da Silva

**OUVIDORIA**  
Luciene Mussi França

**DIRETORIA ADMINISTRATIVA E FINANCEIRA**  
Shirley Ferreira de Sousa

**DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**  
Bruno Pinheiro de Carvalho

**DIRETORIA DE VIGILANCIA EM SAÚDE**  
Aloizio Pereira da Cunha

**COORDENADORA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA**  
Daniella Cristina Martins Dias Veloso

Outubro / 2017

## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

<b>Figura 1</b> – Localização de Montes Claros no estado de Minas Gerais.....	13
<b>Figura 2</b> – Pirâmide etária de Montes Claros.....	14
<b>Figura 3</b> – Disposição dos esfregaços em laminas de vidro.....	62
<b>Figura 4</b> – Disposição dos esfregaços em laminas de vidro.....	62
<b>Quadro 1-</b> Conduitas para vacinação da Vacina BCG-ID em contatos de pessoas com Hanseníase.....	49
<b>Quadro 2-</b> Critérios de avaliação do Grau de incapacidade do paciente com Hanseníase.....	53
<b>Quadro 3-</b> Apresentação das cartelas para PQT, PB, MB.....	55
<b>Quadro 4-</b> Esquema terapêutico para casos paucibacilares.....	55
<b>Quadro 5-</b> Orientações de autocuidado e de incapacidades físicas realizada pelos enfermeiros.....	57

## LISTA DE TABELAS E FLUXOGRAMA

<b>Tabela 1-</b> Municípios da Microrregião Montes Claros e Bocaiúva.....	21
<b>Tabela 2 –</b> Rede física (SUS) de Montes Claros.....	23
<b>Fluxograma 1-</b> Atuação do enfermeiro na suspeição e acompanhamento de casos de Hanseníase.....	65
<b>Fluxograma 2-</b> Acompanhamento de casos e classificação de risco.....	66
<b>Fluxograma 3-</b> Consulta de enfermagem na vigilância de casos.....	67
<b>Fluxograma 4-</b> Consulta de enfermagem na vigilância dos contatos.....	68

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	09
2. CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO .....	13
2.1- ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DESAÚDE .....	20
2.2 SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE .....	22
3. JUSTIFICATIVA .....	25
4. ASPECTOS LEGAIS.....	25
5 OBJETIVOS .....	42
6 METODOLOGIA .....	43
7 DESENVOLVIMENTO .....	45
7.1 PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO A HANSENIASE ..	45
7.1.1 INTRODUÇÃO .....	45
7.1.2 ACOLHIMENTO.....	46
7.1.3. AÇÕES DE ENFERMAGEM .....	47
7.2. DIAGNOSTICO.....	50
7.2.1 NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO.....	51
7.2.2 CLASSIFICAÇÃO OPERACIONAL .....	51
7.2.3. REAÇÕES HANSENICAS .....	51
7.3.AVALIAÇÃO DA FUNCAO FISICA E DO GRAU DE INCAPACIDADE	52
7.4.TRATAMENTO.....	54
7.5.SEGUIMENTO.....	55
7.6.COLETA DE BACILOSCOPIA.....	61
7.7.AÇOES DE ENFERMAGEM NA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO.....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS: .....	69

## RESUMO

O cuidado à saúde faz parte do fazer cotidiano da enfermagem enquanto integrante das equipes da Estratégia Saúde da Família. É imprescindível instrumentalizar a enfermagem que atua nas Unidades Básicas de Saúde municipais para garantir uma assistência de enfermagem em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e livre de ações de imprudência, imperícia e negligência. Daí, fez-se necessária a elaboração deste instrumento que contempla os seguintes objetivos: (1) Nortear o cuidar da enfermagem fornecendo subsídios técnicos para uma assistência de enfermagem de qualidade embasado nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros; (2) Consolidar uma assistência de enfermagem mais resolutiva por meio do alinhamento técnico, aquisição de habilidades e incentivo para a busca permanente da qualidade da atenção à saúde; e (3) Estabelecer orientações para reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde, especialmente o da enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa que utilizou 21 documentos publicados a partir de 2010, disponíveis na editora do Ministério da Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), BDENF (Base de dados Bibliográficos Especializados na Área de Enfermagem do Brasil), SCIELO (Scientific Eletronic Library On Line), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde), e documentos publicados nos sites de órgãos públicos municipais, estaduais e nacional. A busca de dados iniciou-se em Fevereiro de 2017.

## 1. INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se apresenta como uma alternativa para mudança do modelo assistencial ao imprimir uma nova concepção do processo de saúde-doença e ter como objetivo principal a reorganização da atenção básica com ênfase nas ações de promoção, prevenção, atenção e reabilitação da saúde. Para tanto, é estabelecido como desafio uma mudança paradigmática, em que o foco do trabalho é transferido da doença para a saúde, que passa a ser compreendida, de forma mais ampla, como qualidade de vida (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A organização da Estratégia Saúde da Família se dá pela constituição de equipes multiprofissionais formadas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que têm como ponto de apoio a unidade de saúde da família. Estas equipes devem ser as referências para o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde e serem responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias que estão localizadas em uma área geográfica delimitada. Essas equipes têm como desafio a atuação nas ações de promoção, prevenção, atenção, reabilitação e manutenção da saúde, visando uma maior resolubilidade, deslocando o objeto de atenção à saúde de um polo individual para o coletivo e criando vínculos e laços de compromisso e de corresponsabilidade (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

A Estratégia Saúde da Família é estruturada com base no fortalecimento da atenção à saúde com ênfase na integralidade da assistência centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilitando uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenção que vai além das práticas curativas, tendo como foco principal a prevenção das doenças, reconhecendo o contexto familiar como o espaço privilegiado para as ações de saúde, com atenção, no decorrer do tempo, às pessoas e não às doenças, organizando, coordenando e racionalizando o uso adequado dos recursos, tanto os básicos quanto os especializados, necessários para o enfrentamento de todas as condições apresentadas pela pessoa, família e comunidade, representando assim, o eixo

orientador do trabalho nos demais pontos da rede assistencial, visando à coordenação do cuidado (BRASIL, 2011; ALVES, 2005; MATTEI, TAGLIART, MORETTO, 2005; STARFIELD, 2002).

A organização do sistema de saúde baseado na atenção básica com a prestação de serviços de qualidade influencia diretamente no perfil de morbimortalidade da população, resultando na redução do número de recém-nascidos com baixo peso, melhor controle das doenças crônicas, diminuição da mortalidade infantil e da menor perda de anos de vida por qualquer causa, elevando, assim, a expectativa de vida e demonstrando o grande impacto positivo advindo da garantia do acesso, da qualidade da gestão e das práticas das equipes da Estratégia Saúde da Família. Nesse aspecto, a qualidade em saúde pode ser compreendida como o grau no qual os serviços de saúde atingem os resultados desejáveis por meio do atendimento das necessidades e expectativas da clientela, com aumento do padrão de satisfação dos usuários que é consistente com o conhecimento profissional e o intuito de aumento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde (BRASIL, 2011; ALVES, 2005; BRASIL, 2008; MATTEI, TAGLIART, MORETTO, 2005; STARFIELD, 2002).

A Estratégia de Saúde da Família trabalha dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. A função da Equipe de Saúde é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando, integralmente, a saúde da criança, do adulto, da mulher, do idoso, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade. Porém, a ESF faz parte da rede distrital de saúde. Não é um serviço paralelo, separado do restante. Pelo contrário, ele integra o sistema de saúde local (BRASIL, 2011).

Este protocolo assistencial normatiza as ações dos profissionais inseridos nas unidades de saúde, no nível primário e secundário, com a finalidade de ampliar a prática assistencial do enfermeiro, incorporando novas informações para tornar o atendimento mais efetivo, garantindo uma assistência de enfermagem integral, holística e qualificada, e zelando pela segurança das pessoas assistidas.

Este protocolo aborda o cuidado às pessoas com Hanseníase, com orientações referentes à melhoria da qualidade de vida desse público.

Os procedimentos são apresentados de forma detalhada, de maneira a facilitar a compreensão do leitor, em consonância com referências bibliográficas do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado de Saúde e de outras fontes de relevância nacional.

O presente protocolo foi construído a partir da atualização do Protocolo da Assistência à Saúde da rede municipal de Montes Claros – Atenção Básica Janeiro/2006, em um trabalho conjunto dos enfermeiros das equipes da ESF e das coordenações técnicas municipais, e tem como proposta instrumentalizar o enfermeiro da rede assistencial no desenvolvimento de ações promocionais, preventivas e assistenciais na atenção primária do município de Montes Claros, de forma interdisciplinar e fundamentada no trabalho em equipe.

## 2. CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO

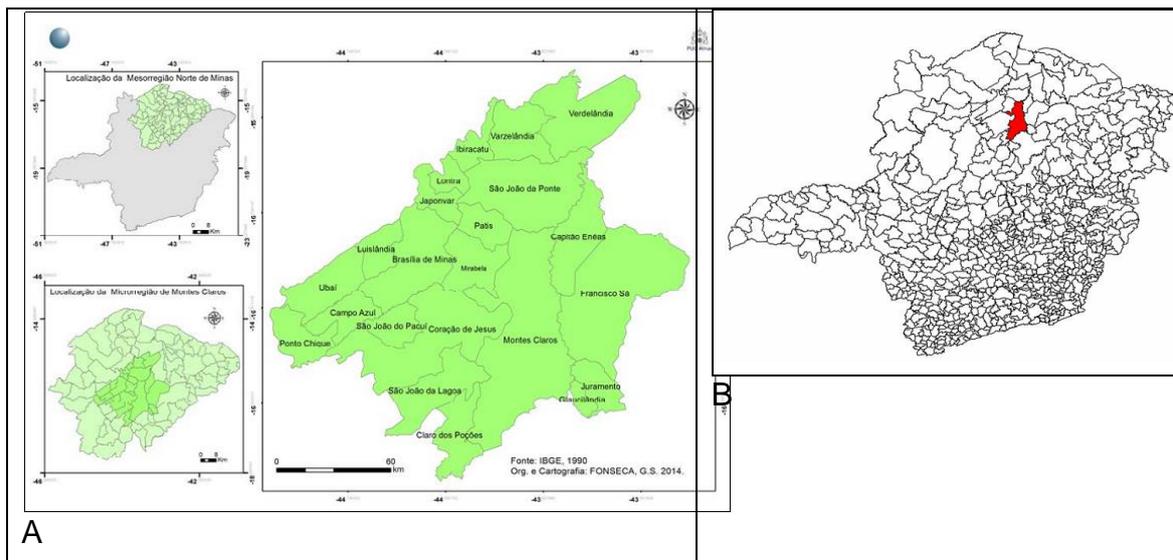
O município de Montes Claros fundada em 3 de julho de 1857 possui uma área equivalente a 3.582 km<sup>2</sup>, em que 38,70 km<sup>2</sup> estão em perímetro urbano e os 3.543,33 km<sup>2</sup> restantes representa a área rural (MONTES CLAROS, 2017).

Montes Claros pertence à unidade federativa de Minas Gerais, mesorregião Norte de Minas que abrange oitenta e nove municípios distribuídos em sete microrregiões: Montes Claros, Pirapora, Bocaiuva, Janaúria, Salinas, Janaúba e Grão Mogol descrita na Figura 1. Possui como limites intermunicipais as cidades: São João da Ponte (ao norte), Capitão Enéas (nordeste), Francisco Sá (leste), Juramento e Glaucilândia (sudeste), Bocaiúva (sul), Claro dos Poções (sudoeste), São João da Lagoa e Coração (oeste) de Jesus, Mirabela e Patis (noroeste) (MONTES CLAROS, 2017).

A microrregião de Montes Claros compreende vinte e dois municípios: Brasília de Minas, Campo Azul, Capitão Enéas, Claro dos Poções, Coração de Jesus, Francisco Sá, Glaucilândia, Ibiracatu, Japonvar, Juramento, Lontra, Luislândia, Mirabela, Montes Claros, Patis, Ponto Chique, São João da Lagoa, São João da Ponte, São João do Pacuí, Ubaí, Varzelândia e Verdelândia. (MONTES CLAROS, 2017).

Montes Claros situa-se na bacia do alto médio São Francisco, nos vales do rio Verde Grande, Pacuí e São Lamberto ao Norte do Estado de Minas Gerais, estando integrada na área do Polígono da Seca, região Mineira do Nordeste. Possui altitude de 678 metros e Clima tropical, a média de chuva anual é de 1074 mm<sup>3</sup> e sua temperatura média anual é de 24,2 °C, variando de 16,3 a 29,4 °C (MONTES CLAROS, 2017).

O município está ligado a BR 135 - Bocaiúva/Januária, BR 365 - Pirapora Uberlândia, BR 251 - Rio/Bahia/Salinas/Coração de Jesus, BR 122 - Janaúba. Além de contar com a BR-135, BR-365, BR-251 e BR-122, sua malha viária municipal é constituída por, aproximadamente, 5.500 km de estradas vicinais, que ligam a sede do município aos distritos e diversas comunidades rurais (MONTES CLAROS, 2017).



**Figura 1:** Localização de Montes Claros no estado de Minas Gerais.

**Fonte:** Google maps

A cidade foi classificada pelo Plano Rodoviário Nacional como o segundo maior entroncamento Rodoviário do País, por causa da facilidade de acesso por rodovias às principais regiões do Brasil. Pelo ar, o Aeroporto oferece voos diários para Belo Horizonte, São Paulo e Salvador. A Ferrovia Centro Atlântica disponibiliza o transporte de cargas para as regiões Sudeste e Nordeste (MONTES CLAROS, 2017).

### Aspectos demográficos

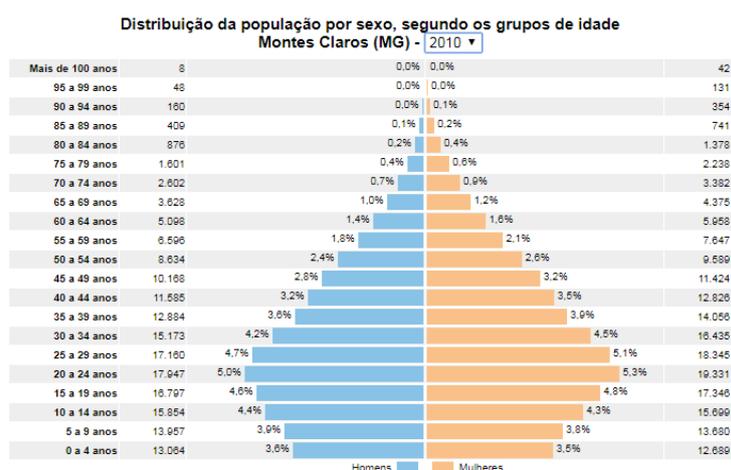
A população total do município conforme Censo 2010: 361.915 habitantes e a população estimada em 2017: 402.027 habitantes.

**Quadro 1:** Distribuição da população por sexo e local em Montes Claros-MG em 2010.

População residente Montes Claros								
Total	Homens	Mulheres	Situação do domicílio e sexo					
			Urbana			Rural		
			Total	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres
361	174	187	344	164	179	17		
915	249	666	427	985	442	488	9 264	8 224

Fonte: IBGE. Censo 2010

A tabela da distribuição das faixas etárias demonstra uma evidente inversão da pirâmide com diminuição da população das faixas etárias menores com sinalização da manutenção e consolidação desta tendência. Isto provavelmente é fruto de políticas de controle de natalidade implementadas nos anos 70/80 do século passado e que foram muito bem absorvidas pela população brasileira (MONTES CLAROS, 2015). Evidenciado a seguir na Figura 2.



**Figura 2:** Pirâmide etária de Montes Claros-MG.

**Fonte:**

[http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_piramide.php?codigo=314330](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=314330)

A população de Montes Claros entre os anos de 2000 e 2010 cresceu a uma taxa média anual de 1,66%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período. Neste período, a taxa de urbanização do município passou de 94,21% para 95,17%. Segundo o censo de 2010, viviam no município 361.915 pessoas e conforme estimativa populacional divulgada pelo IBGE, neste ano de 2017, a cidade de Montes Claros ultrapassou os 400 mil habitantes. O crescimento populacional nos últimos anos é de 1,95%, superando inclusive a taxa nacional que é de 1,57% (MONTES CLAROS, 2017)..

A microrregião de Montes Claros abrange vinte e dois municípios, com exceção de Montes Claros as características socioeconômicas são bem similares. Com base nos dados extraídos do Censo demográfico do IBGE (2010), Montes Claros é espaço de maior atração populacional na microrregião,

acredita-se que seja por apresentar melhores oportunidades de trabalho, assistência médica hospitalar e qualificação profissional, enfim, melhores indicadores socioeconômicos em relação aos demais municípios (IBGE, 2017).

No ano de 2002 ocorreu a maior taxa de crescimento populacional (3,02%), representando sua maior marca na última década. A estimativa de que a população chegasse a 400 mil habitantes em 2017 foi alcançada, mas, não se espera que chegue 1.000.000 de habitantes em 2030. No entanto, economistas alertam para a necessidade de Montes Claros se preparar em infraestrutura para receber este crescimento populacional, que é de aproximadamente 4.100 habitantes/ano (FONSECA e FERNANDES, 2014).

### **Taxa de fecundidade e Esperança de vida ao nascer**

No Norte de Minas ocorreu uma queda na taxa de fecundidade, em que as mulheres optam por um número menor de filhos, este fato é observado no cotidiano e nos indicadores, como a Taxa de Fecundidade Total (TFT), que é o número médio de filhos que uma mulher teria ao terminar o período reprodutivo. Em 1980, no Norte de Minas, tínhamos uma média de 6,21 filhos por mulher, este valor vem caindo e a TFT que em 2000 era de 2,1 filhos, caiu em 2010 para 1,6 filhos.

A esperança de vida ao nascer é o indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). No município, a esperança de vida ao nascer cresceu 4,8 anos na última década, passando de 72,3 anos, em 2000, para 77,1 anos, em 2010. Em 1991, era de 69,4 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991. (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil <[www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_uf/minas-gerais](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_uf/minas-gerais)> Acesso em: Agosto/2017)

### **Atividades econômicas e de organização social**

#### **Atividades econômicas**

O IBGE caracteriza como cidade média aquela que possui população entre 100 mil e 500 mil habitantes. Na dinâmica econômica das cidades

médias, o tamanho econômico é um indicativo responsável pela existência de infraestrutura necessária ao poder de atração locacional e ao papel de intermediação com outros centros urbanos (CASTELLO BRANCO, 2006). Uma das principais características de uma cidade média é o papel de centralidade, exercendo uma força de articulação com outros centros urbanos e a atuação como centro principal de oferta de serviços, comércio, moradia e emprego, entre outros bens para a sua área de influência. Neste sentido, uma cidade média mostra sua relevância no seu contexto regional e até em outros níveis de escalas (FRANÇA, 2011)

Montes Claros é o exemplo clássico de cidade média, possui uma economia diversificada e um comércio vibrante. Desde os primórdios da colonização a Região Norte Mineira vem sendo um Centro de Comercialização, o que lhe tem permitido não só quantificar a produção regional, como também influir na orientação e expansão da região.

Cada vez mais consolidada como “polo do Norte de Minas”, pela sua forte influência sobre as demais cidades que compõem a região, Montes Claros tem atraído variados setores de serviços, como os de saúde, educacional, comercial e de lazer. Sua infraestrutura urbana influencia o dinamismo da cidade ao agregar um espaço de serviços mais moderno e de maior complexidade.

Contudo, semelhante a outras cidades brasileiras, a produção da riqueza material assenta-se num modelo concentrador de renda. Conseqüentemente, a cidade apresenta espaços territoriais que antagonizam o dinamismo econômico e o peso das desigualdades sociais, sendo necessário, avançar em esforço que minimizem as desigualdades econômicas, sociais e políticas (FRANÇA, 2011).

### **Principais atividades econômicas**

As principais atividades econômicas são a indústria (mantimentos, laticínios, infraestrutura, etc), o comércio (bastante diversificado), a agricultura e a pecuária. As indústrias aqui instaladas estão bem consolidadas podendo-se destacar a maior fábrica de Leite Condensado do Mundo (NESTLÉ), uma das três fábricas de insulina da América Latina (NOVONORDISK, antiga BIOBRÁS) e a quinta maior fábrica de cimento do Brasil (LAFARGE, antiga MATSULFUR).

A maioria das fábricas está instalada em um dinâmico polo industrial, conhecido como Distrito Industrial de Montes Claros.

A pecuária é um dos maiores e mais importantes polos de desenvolvimento da região, rica em possibilidades e novas alternativas de investimentos, figura-se como um elo com os grandes centros. Neste setor, destaca-se a pecuária de corte e leite seguido pela agricultura com destaque para os produtos: feijão, milho, mandioca, algodão e arroz irrigado, dentre outros.

Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais do município, 5,60% trabalhavam no setor agropecuário, 0,16% na indústria extrativa, 9,53% na indústria de transformação, 10,35% no setor de construção, 1,03% nos setores de utilidade pública, 20,82% no comércio e 50,88% no setor de serviços.

Esta cidade média é uma das maiores economias mineiras, representando o 9º lugar no ranking municipal de composição do Produto Interno Bruto (PIB) estadual. O PIB *per capita* em 2014 era de R\$ 20.102,68.

### **Renda per capita**

A renda per capita média de Montes Claros cresceu 98,51% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 327,75, em 1991, para R\$ 485,55, em 2000, e para R\$ 640,75, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 3,67%. A taxa média anual de crescimento foi de 4,46%, entre 1991 e 2000, e 2,97%, entre 2000 e 2010. A proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (a preços de agosto de 2010), passou de 45,71%, em 1991, para 28,76%, em 2000, e para 11,99%, em 2010. A evolução da desigualdade de renda nesses dois períodos pode ser descrita através do Índice de Gini, que passou de 0,60, em 1991, para 0,61, em 2000, e para 0,53, em 2010.

### **População Ativa**

Segundo o portal cidades do IBGE, em Montes Claros, entre 2000 e 2010, a taxa de atividade da população de 18 anos ou mais (ou seja, o percentual dessa população que era economicamente ativa) passou de 69,12% em 2000 para 69,85% em 2010. Ao mesmo tempo, sua taxa de desocupação

(ou seja, o percentual da população economicamente ativa que estava desocupada) passou de 17,01% em 2000 para 9,50% em 2010. Segundo o censo de 2010, o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 2,2 salários mínimos, haviam 101.744 (25,8 %) pessoas ocupadas e 36,4 % da população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salários mínimos (<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/montes-claros/panorama>).

### **IDH - Índice de Desenvolvimento Humano**

O município é o mais bem colocado da região, com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal IDHM de 0,770. A cidade está na faixa considerada de desenvolvimento humano alto, entre 0,700 e 0,799. O índice leva em conta três aspectos, longevidade, acesso ao conhecimento e padrão de vida. Em Montes Claros, os indicadores ficaram em 0,868; 0,744 e 0,707, respectivamente. Os resultados dos três últimos IDHM são baseados em dados de 1991, 2000 e 2010. De acordo com o PNUD, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos, de 2000 a 2010, foi a educação, com crescimento de 0,189, seguida por longevidade e renda.

### **Grupos sociais organizados**

Além dos CRAS, CREAS e Rede Solidária, subordinado à Secretaria Municipal de Políticas Sociais da prefeitura de Montes Claros- MG, no município também existem outras 48 Organizações Não Governamentais (ONGs) com atuação em diversas áreas.

### **Educação**

A Proporção de crianças e jovens que frequentaram/completaram determinado ciclo escolar indica a situação da educação entre a população em idade escolar do estado e compõe o IDHM Educação. Em Montes Claros, segundo dados do IBGE 2010, a proporção de crianças de 5 a 6 anos na escola era de 96,94%, a proporção de crianças de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental era de 93,33%, a proporção de jovens de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo era de 70,94% e a proporção de jovens de 18 a 20 anos com ensino médio completo era 58,03%.

Também, em 2010, 89,99% da população de 6 a 17 anos do município estava cursando o ensino básico regular com até dois anos de defasagem idade-série e a Taxa de Escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 98,4 % .

Em 2015, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) para os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade teve nota média de 6.2 e para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 4.6. O IDEB foi criado em 2007 e reúne, em um só indicador, os resultados de dois conceitos igualmente importantes para a qualidade da educação: o fluxo escolar e as médias de desempenho nas avaliações (MONTES CLAROS, 2017).

O número de pessoas de 10 anos ou mais de idade em Montes Claros em 2010 era de 308.936, destes frequentavam a escola 80.181 (25,95%). Dos 80.181 que frequentavam a escola, 37.479 (46,7%) eram do sexo Masculino e 42.702 (53,3%) do sexo feminino.

Na literatura não são encontrados dados recentes sobre a educação, muitos destes dados são provenientes dos censos nacionais e o último ocorreu em 2010. Em uma publicação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), de 2013, a média de escolaridade no Brasil, um dos critérios educacionais que o programa utiliza na elaboração do IDH, foi de 7,2 anos, o menor número entre os países da América do Sul. Este resultado indica a necessidade dos investimentos em educação no Brasil.

### **Rede de ensino pública e privada**

O município conta com diversas escolas:

- Ensino infantil: 104 privadas e 80 municipais;
- Ensino fundamental: 51 estaduais, 58 municipais e 37 privadas;
- Ensino médio: 26 estaduais, 1 municipal e 17 particulares;
- 38 escolas municipais na zona rural.

Atualmente, a cidade de Montes Claros é considerada um pólo universitário, contando com a presença de duas universidades públicas e diversas faculdades privadas que oferecem cursos nas diversas áreas do conhecimento, em níveis técnico, de graduação, pós-graduação Lato Sensu (especialização) e Stricto Sensu (mestrado e doutorado).

**Instituições públicas de ensino superior**

Universidade Estadual de Montes Claros (UNINONTES) .

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (Núcleo de Ciências Agrárias - NCA) .

**Instituições particulares de ensino superior**

Faculdades Ibituruna .

Instituto Superior de Educação Ibituruna (ISEIB) .

Faculdades de Saúde Ibituruna (FASI) .

Faculdade Santo Agostinho (FASA) .

Faculdades integradas Pitágoras de Montes Claros (FIP-MOC) .

Faculdade de Ciência e Tecnologia de Montes Claros (FACIT) .

Faculdades Unidas do Norte de Minas (FUNORTE/SOEBRAS) .

Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC) .

Universidade Norte do Paraná (UNOPAR) .

Universidade de Uberaba (UNIUBE) .

Faculdade de Computação de Montes Claros (FACOMP) .

Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) .

**2.1 - Organização do Sistema de Saúde**

O Sistema municipal de saúde está organizado conforme as diretrizes e princípios do SUS – Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a portaria 399 de fevereiro de 2006 que se refere o ao termo de compromisso entre os gestores no pacto para a saúde (pacto pela vida, pacto de gestão e pacto em defesa pelo SUS) (MONTES CLAROS, 2017).

O Pacto pela Vida contém os seguintes objetivos e metas prioritárias (Portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008): Atenção à saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS; Promoção da saúde; Fortalecimento da atenção básica; Saúde do trabalhador; Saúde mental; Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e Saúde do homem (MONTES CLAROS, 2017).

### Região ampliada de saúde

O Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais, organiza a região de saúde em que Montes Claros está inserida territorialmente como sede de polo macro e microrregião, abrangendo 13 microrregiões e 87 municípios. O Município é polo macrorregional por oferecer os serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior nível de complexidade e polariza regiões e/ou microrregiões de saúde. Município de maior densidade populacional da microrregião, com estrutura de equipamentos urbanos e de saúde, de maior densidade tecnológica o que requer escala para cerca de 1.609.862 de habitantes; que exerce força de atração para micros circunvizinhas, polarizando as regiões do norte de Minas Gerais. Os municípios polo macro acumulam também a função de polo micro (MONTES CLAROS, 2017).

### Polo de Região de Saúde

Montes Claros é polo microrregional pelo nível de resolubilidade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade e situação geográfica, polariza 11 municípios da microrregião, a saber: Bocaiúva, Claro dos Poções, Engenheiro Dolabela, Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Glaucilândia, Guaraciama, Itacambira, Joaquim Felício, Juramento e Olhos d'Água, perfazendo assim uma população de 459.387 (MONTES CLAROS, 2013), como apresenta a tabela a seguir:

**TABELA 1 – Municípios da microrregião Montes Claros/Bocaiúva**

CODIGO DO MUNICÍPIO	MUNICÍPIO	ESTIMATIVA POPULACIONAL
310730	BOCAIUVA	46.949
311650	CLARO DOS POÇÕES	7.743
312380	ENGENHEIRO NAVARRO	7.125
312660	FRANCISCO DUMONT	4.892
312735	GLAUCILÂNDIA	2.977
312825	GUARACIAMA	4.737
313200	ITACAMBIRA	5.021
313640	JOAQUIM FELÍCIO	4.338
313680	JURAMENTO	4.129
314330	MONTES CLAROS	366.134
314545	OLHOS-D'ÁGUA	5.342
<b>TOTAL:</b>		<b>459.387</b>

FONTE: PDR SES-MG 2013

## 2.2 - Sistema Municipal de Saúde

De acordo com as diretrizes Estaduais, Nacionais e da Organização Mundial da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde trabalha no sentido de reverter um quadro de ações hospitalocêntrico/medicocêntrico para um modelo de saúde técnico assistencial, dando ênfase às ações de promoção e organização da saúde. Por outro lado, a urgência e emergência, em município de Gestão Plena, requer um controle sistemático e cumprimento da grade de referência, o município macrorregional desenvolve ações de nível secundário e terciário em um sistema de redes, como Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede Mais Vida, etc. (MONTES CLAROS, 2015).

De forma a atender à população conforme o perfil epidemiológico local e regional, a Agenda de Saúde foi consensuada e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde que segue os seguintes eixos prioritários: **Fortalecimento da Gestão, Atenção Primária, Vigilância em Saúde, Atenção a Média e Alta Complexidade e Controle Social.**

Com essas diretrizes, foi elaborado o Plano Municipal de Saúde 2014/2017, através de um planejamento estratégico e participativo, devidamente alinhado com o Plano de Governo Municipal e implementado através de uma proposta política administrativo do Município de Montes Claros, se organizando territorialmente para promover espaços de convivência capazes de potencializar a cultura da solidariedade e cooperação entre governo e sociedade local.

O Sistema municipal de Montes Claros em relação à rede física encontra-se distribuída conforme a tabela 2.

**TABELA 2 - REDE FÍSICA (SUS) DE MONTES CLAROS**

<b>Serviços De Saúde</b>	<b>Quantidade</b>
Unidades Básicas De Saúde (Área Urbana)	08
Policlínicas (Área Urbana)	02
Hospital Municipal Doutor Alpheu Gonçalves De Quadros	01
Equipes Estratégia Saúde Da Família (Zona Urbana)	121
Equipes Estratégia Saúde Da Família (Zona Rural)	10

Consultório na Rua	01
Unidades De Saúde Mental (CAPs)	02
Centro Oftalmologia Social	01
Centro De Controle De Zoonoses	01
Pontos De Apoio CCZ	08
CTA/IST/Aids	01
Anexo Contendo: Almoxarifado E Galpão	01
Saúde Da Mulher	01
NASP (Núcleo de Saúde Pitágoras – Centro de Saúde Vila Oliveira)	01
Centro de Reabilitação e Órteses e Próteses	01
CEO (Centro De Especialidades Odontológicas)	01
Consultórios Odontológicos em ESF	08
Consultórios Odontológicos em Escolas Estaduais e Municipais.	20
Farmácias Populares	02
Laboratório Análise de Água	01

Fonte: SMS/MOC/2017

### Rede de Serviços Contratados

<b>HOSPITALAR</b>		
Hospital Universitário Clemente de Faria		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		
Hospital Pronto Socor		
Fundação Hospitalar de Montes Claros – Hospital Aroldo Tourinho		
<b>LABORATÓRIAL - ANÁLISES CLÍNICAS E PATOLOGIA</b>		
Exame	Santa Clara	Instituto de Patologia do Norte de Minas
Voumard	LAC	Lab. Santa Casa
Prolab	Biominas	Bioanálises Montes Claros
São Geraldo	Biodiagnóstico	Siper Labonorte
Citocenter	Biomontes	Rafha Cordeiro II

Citolab	São Paulo	Laboratório do Hospital Aroldo Tourinho
		Laboratório do Hospital Universitário Clemente de Faria
<b>RADIOLOGIA</b>		
Hospital Universitário Clemente de Faria		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
Fundação Hospitalar de Montes Claros – Hospital Aroldo Tourinho		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		
<b>FISIOTERAPIA</b>		
Hospital Aroldo Tourinho		
Clínica de Traumatologia E Fisioterapia (São José)		
Clínica de Fisioterapia São Lucas		
Fisiocenter/ Santa Casa		
Ortoclinica Ltda		
Clínica Geraldo Caldos		
<b>SAÚDE AUDITIVA</b>		
Otorrino Físio Center		
<b>NEFROLOGIA</b>		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
<b>RESSONÂNCIA MAGNÉTICA/ MEDICINA NUCLEAR</b>		
Ressonar Imagens Médicas		
Núcleo de Medicina Nuclear		
<b>ONCOLOGIA</b>		
Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa de Caridade de Montes Claros		
Fundação de Saúde Dílson de Quadros Godinho – Hospital Dílson Godinho		

### **3. JUSTIFICATIVA**

Considerando que o cuidado ao usuário com Hanseníase, faz parte do fazer cotidiano da enfermagem, enquanto integrante das equipes de saúde da família, é imprescindível instrumentalizar os enfermeiros, que atuam nas Unidades Básicas de Saúde, para garantir uma assistência de enfermagem em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e livre de ações de imprudência, imperícia e negligência, fazendo-se necessária a elaboração deste instrumento, com o objetivo de orientar os profissionais quanto às medidas preventivas e curativas visando reduzir as complicações das lesões cutâneas, gerando grande impacto na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar.

### **4. ASPECTOS LEGAIS**

As ações do Enfermeiro, previstas neste protocolo, estão respaldadas pela Lei de Exercício Profissional nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, pelo Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a Lei 7498/86, pelas Resoluções COFEN nº 159/1993, nº 195/1997 e nº 358/2009 e pela Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017, que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (COREN, 2012; BRASIL, 2017).

A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem no Brasil, aponta como pontos relevantes na prática do enfermeiro, como integrante da equipe de saúde da atenção básica: a consulta de enfermagem, em toda a sua complexidade de execução (Art. 11, alínea i), a prescrição da assistência de enfermagem (Art. 11, alínea f), a prescrição de medicamentos, desde que seja normatizada em programas de Saúde Pública e em protocolos de rotina aprovados pela instituição de saúde (Art. 11 alínea c) e a solicitação de exames de rotinas e complementares, conforme a Resolução

COFEN nº 195/1997, que estabelece, no Art. 1º, que o Enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais (COREN, 2012).

Isto posto, a atuação do Enfermeiro está embasada no seu conhecimento técnico-científico, sendo responsabilidade do profissional toda ação praticada, e, ficando este, sujeito às penalidades de acordo com a lei.

Na Estratégia Saúde da Família, o enfermeiro é um integrante da equipe de saúde em que todos os profissionais são imprescindíveis no cuidar do ser humano de maneira integral, sendo que devem ser levadas em consideração as habilidades e as capacidades de cada um dos componentes da equipe, em consonância com os preceitos éticos e legais. Ressalta-se também, que a integração entre as várias disciplinas e profissionais é requisito fundamental para o alcance dos objetivos propostos.

Na equipe de saúde existem atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na Atenção Básica segundo a Portaria 2436/ 2017:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;
- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade Básica de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).
- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como aquelas previstas nas prioridades, protocolos,

diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de ações e serviços essenciais e ampliados da AB;

- Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

- Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

- Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se refere às múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longitudinalidade do cuidado;

- Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando propor intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da própria comunidade;

- Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

- Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde na AB, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;;

- Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da definição de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

- Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com base nos processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;
- Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas a integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado;
- Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos;
- Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica, conforme normativa vigente;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerando essas ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;
- Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas sensíveis à Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pelas equipes que atuam na AB;
- Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em residências, Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu território, de acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;
- Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados com algum grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica de Saúde;
- Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de diferentes formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao

processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta compartilhada - reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com grupos, entre outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

- Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e avaliação sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação constante do processo de trabalho;

- Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;

- Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

- Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

- Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, constituídos de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Básica de Saúde;

- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

- Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, as condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias;

- Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor local.

São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

**Enfermeiro**

I.- Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;

II.- Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;

IV.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V.- Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VII.- Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII.- Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e

IX.- Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

**Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:**

I.- Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício de

sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

II.- Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinas, coleta de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas pelo enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e

III.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

### **Médico:**

I.- Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;

II.- Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros); em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;

III.- Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV.- Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, mantendo sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;

V.- Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa;

VI.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

**Cirurgião-Dentista:**

I.- Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da equipe, com resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II.- Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal no território;

III.- Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de moldagem, adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV.- Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe, buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI.- Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII.- Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;

VIII.-Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

**Técnico em Saúde Bucal (TSB):**

I.- Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II.- Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV.- Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V.- Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

VI.- Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VII.VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

VIII.- Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

IX.- Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

X.- Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

XI.- Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, sendo vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XII.- Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados pelo mesmo;

XIII.- Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;

XIV.- Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

XV.- Proceder à limpeza e à antissepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

XVI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XVII.- Processar filme radiográfico;

XVIII.- Selecionar moldeiras;

XIX.- Preparar modelos em gesso;

XX.- Manipular materiais de uso odontológico.

XXI.- Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

### **Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):**

I.- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II.- Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

III.- Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas

IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

V.- Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VI.- Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

VII.-Processar filme radiográfico;

VIII.- Selecionar moldeiras;

IX.- Preparar modelos em gesso;

X.- Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;

XI.- Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador; e

XII.-Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

### **Gerente de Atenção Básica**

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico gerencial.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de

acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente de nível superior, e dentre suas atribuições estão:

I.- Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre a AB em âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica,

de modo a orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II.- Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e programação das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;

III.- Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AB sob sua gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como para a mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV.- Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação, a notificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V.- Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vigente, por parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento das ações, e divulgando os resultados obtidos;

VI.- Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII.-Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, apoiando os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII.- Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ambiência da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX.- Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais atores da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X.- Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos fluxos de usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI.- Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial, com atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII.- Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, visando melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Permanente, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII.- Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em instâncias de controle social;

XIV.- Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interfiram no funcionamento da unidade; e

XV.- Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

### **Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)**

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o

planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) devem ser integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

**a) Atribuições comuns do ACS e ACE**

I.- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II.- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III.- Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV.- Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V.- Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI. Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII.- Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII.- Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX.- Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X.- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

#### **b) Atribuições do ACS:**

I- Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando-os de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Agente Comunitário de Saúde poderá executar em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III- aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

Vale ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

### **Atribuições do ACE:**

I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças;

II.- Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;

III. Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

IV.- Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território;

V.- Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças; e

VI.- Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada

por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

### **Pessoal Administrativo**

- Acolher os usuários e visitantes;
- Prestar informações sobre o funcionamento das Unidades de Saúde;
- Agendar consultas e exames;
- Digitar dados da Unidade de Saúde;
- Organizar os recursos e materiais da Unidade de Saúde;
- Realizar outras atividades designadas pela coordenação da equipe.

### **Pessoal da Zeladoria e Manutenção**

- I. Acolher e informar usuários e visitantes;
- II. Realizar e manter a limpeza e a higiene adequadas do local de trabalho;
- III. Comunicar ao coordenador da unidade a ocorrência de danos ao patrimônio público;
- IV. Realizar o reparo de equipamentos.

## **5. OBJETIVOS**

Este protocolo tem como objetivos:

- Normatizar as ações dos profissionais de enfermagem inseridos nas unidades de saúde fornecendo subsídios técnicos para uma assistência de enfermagem embasada nos programas preconizados pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros;

- Consolidar uma assistência de enfermagem mais resolutiva por meio do alinhamento técnico, aquisição de habilidades e incentivo para a busca permanente da qualidade da atenção à saúde;
- Estabelecer orientações para reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde, especialmente da enfermagem;
- Intensificar a capacidade de resolução dos problemas de saúde dos portadores de diabetes pela equipe de enfermagem;
- Estruturar as consultas de enfermagem visando aumentar a resolubilidade para evitar a fragmentação da assistência;
- Valorizar o trabalho da equipe de enfermagem por meio da excelência da qualidade prestada;
- Sistematizar ações de educação em saúde para promoção de práticas saudáveis e ações de vigilância à saúde para prevenção e controle de doenças e agravos;
- Viabilizar a integração interdisciplinar por meio do trabalho em equipe;
- Integrar ensino, serviço e comunidade por meio das normas e ações estabelecidas no protocolo.

## **6. METODOLOGIA**

O guia para elaboração de protocolo idealizado pelo COREN/MG (2012) define protocolo como um documento norteador do processo de intervenção que visa descrever, de forma detalhada, as atividades e atribuições dos profissionais, no âmbito da instituição de saúde em que as ações são realizadas em equipe multiprofissional de maneira interdisciplinar. Dessa forma, a elaboração desse protocolo contou com a participação de profissionais de categorias diversas (enfermeiro, médico), uma vez que o fazer em saúde deve visualizar o ser humano de forma holística dentro do seu contexto biopsicossocial. Contudo, torna-se necessário também a colaboração de representantes do gestor Municipal e de membro do Conselho Municipal, já que saúde é direito de todos como resguardado pela Constituição e regulamentado na lei 8080.

Na construção deste protocolo, utilizou-se a metodologia de revisão integrativa, que visa proporcionar a síntese do conhecimento já sistematizado e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos na prática, se constituindo em um método que permite a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, que vêm sendo, cada vez mais, utilizadas na área da saúde, por facilitar o aprofundamento em determinada temática (SOUZA *et al.*, 2010).

A primeira etapa de elaboração do protocolo consistiu em uma reunião do grupo de trabalho na sede da secretaria municipal de saúde de Montes Claros, no dia 23 de Fevereiro de 2017, às 14:00 horas, com a definição e divisão dos temas a serem abordados no documento. A seguir, foi escolhida a metodologia de trabalho que estabeleceu a divisão dos participantes (cada integrante ficou com um tema dentro da Hanseníase), para a construção preliminar do documento através da busca de publicações pertinentes ao tema. O processo de construção foi viabilizado com a liberação semanal de dois turnos de trabalho dos participantes, sendo que um turno ficou reservado para o encontro da equipe e um outro turno, para a socialização das produções e estabelecimento de condutas.

Este estudo baseou-se na pesquisa de documentos publicados no período de 2010 a 2017, disponíveis na editora do Ministério da Saúde, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na BDENF (Base de dados Bibliográficos Especializados na Área de Enfermagem do Brasil), na SCIELO (Scientific Electronic Library On Line), na LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Saúde), e nos sites de órgãos públicos municipais, estaduais e nacionais. A busca de dados teve início no mês de Fevereiro de 2017.

O total de documentos selecionados foram 21, após utilizados os seguintes critérios de inclusão: as temáticas das publicações devem abordar a assistência à portador de hanseníase; as publicações devem estar escritas em língua portuguesa; os documentos devem ter sido publicados a partir do ano de 2010; e, as publicações devem estar disponíveis de forma completa e gratuita.

Um documento foi descartado por não preencherem os seguintes critérios de inclusão: a temática relacionada à assistência ao portador de hanseníase; disponibilidade do documento completo; e publicação a partir do ano de 2010.

Nos dias 23/02 e 03/03 de 2017 foram realizadas reuniões para apresentação dos documentos e discussão sobre os ajustes necessários para a confecção do documento final do protocolo. No dia 04/03/2017, a versão preliminar foi encaminhada aos revisores para apreciação e sugestões.

O protocolo construído foi, então, enviado ao Conselho Municipal de Saúde na data de 03/03/2017, que foi discutido em plenária na reunião ordinária 356/2017 – Trecentésima Quinquagésima Sexta no dia 08/03/2017 as 13:30 que teve como deliberação o agendamento de Reunião extraordinária no dia 15/03/2017 em que ocorreu a aprovação do Protocolo Assistencial de Enfermagem do município de Montes Claros em plenária sendo que esta deliberação encontra-se registrada na ata da reunião extraordinária número 170 – Centésima Septuagésima.

No dia 27 de Dezembro de 2017, a senhora Secretária Municipal de Saúde sancionou a Portaria/SMS número 12 que regulamenta o Protocolo Assistencial de Enfermagem do município de Montes Claros que entrou em vigor na presente data

## **7. DESENVOLVIMENTO**

### **7.1. Protocolo de Enfermagem na Atenção à Hanseníase**

Este protocolo tem como fundamentação teórica os documentos contidos na publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016, 2010, 2008, 2007) e COREN (2014).

#### **7.1.1 INTRODUÇÃO**

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução lenta causada pelo *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen). Este bacilo possui alta infectividade e baixa patogenicidade, desta forma, do momento do contágio até o aparecimento dos primeiros sintomas pode demorar um período de dois a

sete anos. As vias aéreas superiores são a principal via de eliminação do bacilo, constituindo também como porta de entrada (COREN-GO, 2014).

Existem relatos da presença do bacilo também nas soluções de continuidade da pele e lesões dos pacientes infectados.

As manifestações clínicas da doença dependem da imunogenicidade do bacilo e do sistema imunológico do hospedeiro e é caracterizada por sinais e sintomas dermatoneurológicos (lesões de pele e nervos periféricos, podendo cursar com surtos reacionais intercorrentes) com potencial incapacitante, e gravidade variável. O potencial incapacitante relaciona-se as deformidades físicas, sendo esse um dos fatores que contribui para a manutenção do estigma e preconceito sobre a doença. O diagnóstico precoce e tratamento adequado permite a cura sem deixar seqüelas, desta forma, é importante que o profissional de saúde tenha subsídios para identificar, diagnosticar e tratar a doença (BRASIL, 2016a).

A prevalência da Hanseníase no Brasil em 2015 era de 1,01 caso a cada 10000 habitantes. Em Minas Gerais, a prevalência é de 0,42 casos, estando bem abaixo que a média nacional e da recomendação da Organização Mundial de Saúde, que é de um caso para cada dez mil habitantes. Apesar desta baixa prevalência no estado de Minas Gerais, a taxa de prevalência da hanseníase em Montes Claros, MG era de 2/10000 em 2009. A partir deste ano houve uma diminuição de casos da doença e em 2015 a taxa de prevalência era de 0,97/10000. Embora, perceba uma diminuição do número de casos novos da doença é necessário manter a vigilância (BRASIL 2016b).

Em um estudo realizado em Montes Claros, MG no ano de 2009, percebeu-se um aumento de casos em menores de 15 anos, que demonstra uma falta de vigilância neste estrato da população. Percebeu-se também um grande percentual de pessoas com determinado grau de incapacidade no início do tratamento o que indica diagnóstico tardio (JÚNIOR, *et al*, 2012).

Também é importante lembrar que os contatos familiares e/ou sociais recentes ou antigos de pacientes portadores de hanseníase deverão ser examinados anualmente por cinco anos, independente do tempo de convívio (BRASIL, 2016a).

Desta forma, este protocolo objetiva normatizar o atendimento dos profissionais de enfermagem do município de Montes Claros/MG, aos

portadores de hanseníase, possibilitando o diagnóstico precoce, tratamento, acompanhamento e prevenção de incapacidades. Com vistas a diminuir o número de casos novos da doença no município.

### **7.1.2. Acolhimento**

O acolhimento ao usuário é uma das principais condições determinantes na adesão do paciente ao tratamento. A abordagem humanizada e integral é uma das ferramentas que permitirá a quebra das barreiras do estigma, preconceitos e sofrimento secularmente imposto e enfrentado pelo paciente. No primeiro contato deverão ser discutidos detalhes da doença, o papel da equipe na sua visão técnica e humanitária, além da realização do exame dermatoneurológico (BRASIL, 2007).

O acolhimento é realizado prioritariamente pelo enfermeiro e tem como foco:

- Os usuários com suspeita de hanseníase, que procuram a unidade de saúde espontaneamente;
- Indivíduos com dermatoses e/ou neuropatias periféricas;
- Usuários suspeitos identificados na triagem ou durante as visitas domiciliares e/ou nos grupos de educação em saúde.

No acolhimento, existindo suspeição diagnóstica, o enfermeiro deverá realizar a consulta de enfermagem que consiste em: história clínica com a inclusão da anamnese, antecedentes pessoais e doenças concomitantes e também antecedentes familiares; exame físico que consiste no exame físico geral, no exame dermatoneurológico (exame da superfície corporal, teste de sensibilidade nas lesões suspeitas, avaliação neurológica simplificada com palpação de nervos, teste de força muscular e teste de sensibilidade), determinar o grau de incapacidade nas mãos, pés, olhos; solicitar exame baciloscópico caso o profissional médico esteja ausente.

Após a consulta de enfermagem o usuário deverá ser encaminhado para avaliação médica para confirmação ou exclusão do diagnóstico.

Caso o diagnóstico seja positivo, o enfermeiro e o médico deverão proceder à consulta de seguimento intercalando as consultas realizando a

anamnese, exame físico e dermatoneurológico em todas as consultas, avaliar a necessidade de encaminhamento para outros profissionais da equipe, agendar avaliação dos contatos intradomiciliares, supervisionar a tomada da dose mensal da PQT e fornecer a dose autoadministrada, investigar possíveis sinais e sintomas de efeitos colaterais da PQT, orientar para o auto cuidado, agendar consulta de retorno a cada 28 dias, solicitar o BAAR.

### **7.1.3 Ações de enfermagem**

#### **Promoção da saúde: comunicação, educação e mobilização social**

- As práticas educativas individuais e coletivas devem ter como referência a problematização de situações vivenciadas pelos usuários no cotidiano. O diálogo deve ser visto com uma ferramenta para a formação de vínculo e a construção da autonomia dos usuários.
- Mobilização da comunidade: divulgação e atividades de intensificação diagnóstica em escolas, igrejas, associação de moradores, entre outros. O estabelecimento de parcerias para ação no território é fundamental.
- Visita domiciliar: utilizar a queixa induzida para a identificação do sintomático dermatológico: ‘Você ou alguém da família tem mancha na pele há mais de três meses?’

#### **Medidas de prevenção e promoção de saúde**

- Busca ativa de casos. As unidades básicas de saúde podem organizar eventos para busca ativa de casos, como “dia da mancha”. Sugere-se que estes eventos sejam realizados próximo ao dia nacional de combate e eliminação da hanseníase (26/01).
- Detecção e tratamento precoce do portador da hanseníase e acompanhamento do mesmo durante o tratamento e após a alta.

- Exames dos contatos familiares e sociais, recentes e antigos, e acompanhamento anual destes por até 5 anos. Após este período, estes são liberados da vigilância e são orientados a voltar na presença de sinais e sintomas da doença.
- Vacinação BCG para os contatos.
- Mobilização social e educação dirigida à população, comunidade e aos profissionais de saúde.

**CONTATO DOMICILIAR** – qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase. Atenção especial aos familiares (pais, irmãos, avós, tios, etc.)

**CONTATO SOCIAL** – incluem vizinhos, colegas de trabalho e de escola, entre outros. Aqueles mais próximos devem ser investigados.

**IMPORTANTE:** todos os contatos examinados e sem presença de sinais e sintomas de hanseníase no momento da investigação devem receber a vacina BCG-ID. A aplicação da vacina BCG-ID depende da história e/ou cicatriz vacinal e devem seguir as recomendações abaixo:

**Quadro 1: Condutas para vacinação da vacina BCG-ID em contatos de pessoas com hanseníase.**

<b>Cicatriz vacinal</b>	<b>Conduta</b>
Nenhuma cicatriz de BCG	Uma dose
Uma cicatriz de BCG	Uma dose
Duas cicatrizes de BCG	Não prescrever

Fonte: Brasil (2016<sup>a</sup>)

**Nota:**

- Contatos de hanseníase com menos de 1 ano de idade, já comprovadamente vacinados, não necessitam da aplicação de outra dose de BCG.
- As contraindicações para aplicação da vacina BCG são as mesmas referidas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), (Imunodeficiência congênita ou adquirida, incluindo crianças

infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) que apresentem sintomas da doença e recém-nascidos com peso inferior a 2.000g e em presença de afecções dermatológicas extensas em atividade.

- É importante considerar a situação de risco dos contatos possivelmente expostos ao HIV e outras situações de imunodepressão, incluindo corticoterapia. Para doentes HIV positivos, seguir as recomendações específicas para imunização com agentes biológicos vivos ou atenuados, disponíveis no endereço eletrônico: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_procedimentos\\_vacinacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf).
- Doentes em tratamento para tuberculose e/ou já tratados para esta doença não necessitam vacinação BCG profilática para hanseníase.

## 7.2. Diagnóstico

**Primeira consulta** – a primeira consulta médica a um possível caso de hanseníase deverá ser realizada posteriormente em situação que o enfermeiro tenha realizado o acolhimento e à consulta de enfermagem (descritos anteriormente).

O diagnóstico da doença é clínico e é realizado através da história clínica do paciente, do exame físico geral e do exame dermatoneurológico. Considera-se caso de hanseníase a pessoa que apresenta um ou mais dos seguintes sinais cardinais (BRASIL, 2016):

- lesão(ões) e/ou área(s) da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ ou dolorosa e/ou tátil; ou
- espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; ou

- presença de bacilos *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biópsia de pele.

O exame baciloscópico através do raspado dérmico é realizado para classificação e seguimento dos casos. Este deverá ser solicitado na primeira consulta, pelo médico ou pelo enfermeiro, durante a consulta de enfermagem, na ausência do profissional médico. Nas consultas subsequentes poderá ser solicitado pelo enfermeiro e/ou médico.

Em crianças, o diagnóstico da hanseníase exige exame ainda mais criterioso, diante da dificuldade de aplicação e interpretação dos testes de sensibilidade. Recomenda-se utilizar o “Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos” (ANEXO A).

### **7.2.1. Notificação/Investigação**

A hanseníase é uma doença de notificação compulsória e investigação obrigatória, desta forma todos os casos de hanseníase confirmados, deverão ser notificados pelo médico, no momento do diagnóstico; ou pelo enfermeiro, durante a consulta de enfermagem, na ausência do profissional médico. Deverá ser utilizada a ficha de Notificação/Investigação, do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM) (ANEXO B).

### **7.2.2 Classificação operacional**

A classificação operacional da hanseníase com vistas ao tratamento com Poliquimioterapia (PQT) é baseado no número de lesões cutâneas de acordo com os seguintes critérios:

- Paucibacilar (PB) – casos com até 5 lesões de pele.
- Multibacilares (MB) – casos com mais de 5 lesões de pele.

### 7.2.3 Reações hansênicas

Os estados reacionais ou reações hansênicas (Tipo 1 e 2) são alterações do sistema imunológico, que se exteriorizam como manifestações inflamatórias agudas e subagudas, que podem ocorrer mais frequentemente nos casos multibacilares.

As reações podem ocorrer antes do diagnóstico da doença (às vezes, levando à suspeita diagnóstica de hanseníase); durante ou depois do tratamento com Poliquimioterapia (PQT) e caracterizam-se por:

**Reação Tipo 1 ou reação reversa (RR)** – aparecimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltração, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite).

**Reação Tipo 2 ou Reação de eritema nodoso hansênico (ENH)** – a expressão clínica mais frequente é o eritema nodoso hansênico (ENH) – cujo quadro inclui nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de febre, dores articulares e mal-estar generalizado, com ou sem espessamento e dor nos nervos periféricos (neurite).

Os estados reacionais são a principal causa de lesões dos nervos e de incapacidades provocadas pela hanseníase. Portanto, é importante que o diagnóstico das reações seja feito precocemente, para início imediato do tratamento, visando prevenir essas incapacidades. Frente à suspeita de reação hansênica, o enfermeiro deverá encaminhar o paciente preferencialmente para o médico da unidade básica de saúde.

### 7.3. Avaliação da função física e do grau de incapacidade

A avaliação neurológica (ANEXO C) deve ser realizada:

- No início do tratamento.

- A cada três meses de tratamento, caso o paciente não apresente queixas.
- Sempre que houver queixas como dor no trajeto dos nervos, fraqueza muscular, piora das queixas parestésicas.
- No controle periódico dos usuários que estão utilizando corticóides para tratamento de reações hansênicas.
- Na alta do tratamento.
- No acompanhamento pós cirúrgico de descompressão neural com 15, 30, 45, 90 e 180 dias. Sendo que as avaliações deverão ser intercaladas entre o enfermeiro e o médico da unidade básica de saúde.

Quanto à avaliação da integridade física, este deverá ser realizado pelo enfermeiro e/ou médico, pelo menos no momento do diagnóstico e da alta por cura.

Para determinar o grau de incapacidade física deve-se realizar o teste da sensibilidade dos olhos, mãos e pés.

É recomendada a utilização do conjunto de monofilamentos de Semmes-Weinstein (6 monofilamentos: 0,05g; 0,2g; 2g, 4g, 10g e 300g), nos pontos de avaliação de sensibilidade em mãos e pés e do fio dental (sem sabor) para os olhos. Considera-se Grau 1 de incapacidade a ausência de resposta ao filamento igual ou mais pesado que o de 2g (cor violeta).

O formulário para avaliação do grau de incapacidade física (ANEXO D) deverá ser preenchido conforme critérios expressos no quadro abaixo:

**QUADRO 2 - Critérios de avaliação do grau de incapacidade do paciente com hanseníase.**

GRAU	CARACTERÍSTICAS
0	Nenhum problema com os olhos, mãos e pés devido à hanseníase.
1	Diminuição ou perda da sensibilidade nos olhos Diminuição ou perda da sensibilidade nas mãos e /ou pés.
2	Olhos: lagofalmo e/ou ectrópio; triquíase; opacidade corneana central; acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m de distância. Mãos: lesões tróficas e/ou lesões traumáticas; garras; reabsorção; mão caída. Pés: lesões tróficas e/ou traumáticas; garras; reabsorção; pé caído; contratatura do tornozelo.

Fonte: Brasil, 2016.

Para avaliação da força motora preconiza-se o teste manual da exploração da força muscular, a partir da unidade músculo tendinoso durante o movimento e da capacidade de oposição à força da gravidade e à resistência manual, em cada grupo muscular referente a um nervo específico. Os critérios de graduação da força muscular podem ser expressos como forte, diminuída e paralisada ou de zero a cinco.

#### **7.4. Tratamento**

É ambulatorial, deve ser prescrito pelo médico após o diagnóstico da doença e deve ser realizado na unidade básica de saúde em que o usuário está cadastrado, exceto nos casos em que o paciente apresentar algum sinal de alerta, este deverá ser encaminhado prioritariamente pelo médico para o serviço de referencia técnica em hanseníase do município e são encaminhados também para o serviço de referência técnica os casos com comprometimento neural sem lesão cutânea.

. O tratamento a partir do segundo mês de tratamento correspondendo as doses subsequentes na ausência do profissional médico, poderá ser realizada pelo enfermeiro após consulta de enfermagem.

São utilizados esquemas terapêuticos padronizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com combinação de medicamentos seguros e eficazes. Uma dose mensal é administrada na unidade básica de saúde pelo

enfermeiro, técnico de enfermagem ou médico (dose supervisionada) e as demais doses são autoadministradas pelo usuário em sua residência. O esquema ser utilizado depende da classificação operacional da doença (PB ou MB), da idade e da tolerância da pessoa ao medicamento.

O esquema terapêutico preconizado para casos paucibacilares compreende seis cartelas, com duração de até nove meses, e o comparecimento mensal para dose supervisionada intercalando consulta de enfermagem e consulta médica. Para receber alta por cura o usuário deverá ser submetido ao exame dermatológico, neurológico simplificado e do grau de incapacidade.

O esquema terapêutico preconizado para casos multibacilares compreende a tomada de 12 cartelas, com duração de até 18 meses, e o comparecimento mensal para dose supervisionada. Para receber alta por cura o usuário deverá ser submetido na 12ª consulta ao exame dermatológico, neurológico simplificado e do grau de incapacidade. Os usuários que não apresentarem melhora clínica, e tiverem lesões ativas na última cartela deverão ser encaminhados para referencia técnica para avaliação clínica.

### QUADRO 3 – Apresentação das cartelas para PQT, PB e MB

FAIXA	CARTELA PB	CARTELA MB
Adulto	Rifampicina (RFM): cápsula de 300 mg (2)	Rifampicina (RFM): cápsula de 300 mg (2)
	Dapsona (DDS): comprimido de 100 mg (28)	Dapsona (DDS): comprimido de 100 mg (28)
	-	Clofazimina (CFZ): cápsula de 100 mg (3) e cápsula de 50 mg (27)
Criança	Rifampicina (RFM): cápsula de 150 mg (1) e cápsula de 300 mg (1)	Rifampicina (RFM): cápsula de 150 mg (1) e cápsula de 300 mg (1)
	Dapsona (DDS): comprimido de 50 mg (28)	Dapsona (DDS): comprimido de 50 mg (28)
	-	Clofazimina (CFZ): cápsula de 50 mg (16)

	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.
Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.
Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada.

Fonte: Brasil, 2016.

### QUADRO 4 – Esquema terapêutico para casos Paucibacilares

Adulto	Rifampicina (RFM): dose mensal de 600 mg (2 cápsulas de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 100 mg supervisionada e dose diária de 100 mg autoadministrada.
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 300 mg (3 cápsulas de 100 mg) com administração supervisionada e 1 dose diária de 50 mg autoadministrada.
Criança	Rifampicina (RFM): dose mensal de 450 mg (1 cápsula de 150 mg e 1 cápsula de 300 mg) com administração supervisionada.
	Dapsona (DDS): dose mensal de 50 mg supervisionada e dose diária de 50 mg autoadministrada.
	Clofazimina (CFZ): dose mensal de 150 mg (3 cápsulas de 50 mg) com administração supervisionada e uma dose de 50 mg autoadministrada em dias alternados.

Fonte: Brasil, 2016.

#### QUADRO 4 – Esquema terapêutico para casos Multibacilares

##### **ATENÇÃO!**

- Gravidez e lactação não contraindicam o tratamento, contudo mulheres que estejam em tratamento devem ser aconselhadas a adiarem a gravidez;
- A rifampicina podem interagir com anticoncepcionais orais, diminuindo a sua ação.
- Crianças menores de 30 kg deverão ter as doses medicamentosas reajustadas pelo médico.

Fonte: Brasil, 2016

#### **7.5. Seguimento**

- Agendar retorno para o paciente á cada 28 dias, utilizar o cartão do portador de hanseníase. Nesta consulta o enfermeiro e/ou médico deverá administrar a dose supervisionada, entregar a dose autoadministrada, avaliar, orientar e esclarecer dúvidas.
- O paciente que não comparecer à unidade de saúde deverá receber uma visita do enfermeiro ou médico em até 30 dias, para evitar o abandono do tratamento.
- Atenção aos efeitos colaterais dos medicamentos. Dapsona pode causar: anemia hemolítica, hepatite medicamentosa, meta hemoglobinemia, gastrite, agranulocitose, síndrome da dapsona, eritrodermia, dermatite esfoliativa e distúrbios renais. A rifampicina pode causar alteração da cor da urina, distúrbios gastrointestinais, diminuição da eficácia dos anticoncepcionais orais, hepatotoxicidade, síndrome pseudogripal e plaquetopenia. A clofazimina pode causar pigmentação cutânea, ictiose e distúrbios gastrointestinais. Os efeitos mais graves estão relacionados à dapsona e ocorrem geralmente nas seis primeiras semanas de tratamento.

### Orientações no momento da alta

- Se apresentar reações ou alterações das funções sensitivo motoras ou incapacidades no momento da alta deverá ser acompanhado de acordo com a necessidade.
- O paciente deverá ser orientado a comparecer imediatamente na unidade em caso de aparecimento de novas lesões de pele e/ou dores no trajeto dos nervos periféricos, ou piora da função sensitiva ou motora.

**QUADRO 5** - Orientações de autocuidado e de incapacidades físicas realizadas pelos Enfermeiros.

Achado	Conduatas
<p>Grau 0 de incapacidade:</p> <p>Nenhum problema com olhos mãos e pés no momento do diagnóstico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar o grau de incapacidade:</li> <li>• PB e MB - no diagnóstico, de 3/3 meses e na alta;</li> </ul> <p>Fazer orientação para o autocuidado durante o tratamento PQT e pós alta;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar sinais e sintomas de estados reacionais e neurites;</li> <li>• Inspeccionar olhos, mãos e pés;</li> </ul> <p>Fazer avaliação dermatoneurológica no momento da dose supervisionada mensal.</p> <p>Encaminhar pacientes com reações hansênicas, neurites e outras alterações de</p> <p>mãos, pés e olhos para o nível secundário.</p>
<p>Neurites e/ou mão e pé reacional (durante o tratamento PQT e pós alta)</p> <p>Obs. As neurites podem ocorrer em</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar prescrição medicamentosa quanto à adesão, horários, posologia, armazenamento e uso.</li> <li>• Fazer avaliação e monitoramento</li> </ul>

<p>pacientes com Grau 0, 1 ou 2 de incapacidade.</p>	<p>sensitivo e motor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar paciente para o repouso.</li> <li>• Imobilizar com tipóia e encaminhar para pólo de PI.</li> <li>• Acompanhar evolução clínica.</li> </ul>
<p>Grau 1 de incapacidade:</p> <p>Diminuição ou ausência de sensibilidade em:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CÓRNEA (não responde ao toque com fio dental)</li> <li>• MÃOS (não responde ao monofilamento de 2,0g -lilás)</li> <li>• PÉS (não responde ao monofilamento de 4,0g – vermelho fechado)</li> </ul>	<p>Fazer avaliação e monitoramento sensitivo e motor.</p> <p>Prescrever, orientar e observar o uso de material de proteção como óculos, boné, luvas antitérmicas.</p> <p>Fazer orientação e demonstração para o autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspecionar olhos, mãos e pés.</li> <li>• Hidratar e lubrificar a pele.</li> <li>• Observar sinais e sintomas de reações e neurites.</li> <li>• Usar colírio.</li> <li>• Usar material de proteção para olhos, mãos e pés.</li> </ul> <p>Prescrever Hipromelose colírio 0,2 % e 0,3 %, 1 a 2 gotas, sempre que necessário, ou de 4 a 6 vezes por dia.</p> <p>Prescrever Creme de Uréia a 10%, 2 a 3 vezes ao dia, uso externo.</p> <p>Prescrever Óleo Mineral, 2 a 3 vezes ao dia, uso externo.</p> <p>Prescrever vaselina salicilada para aplicar nas áreas de calosidade, 1 a 2 vezes ao dia.</p>

<p>Grau 2 de incapacidade:</p> <p>Lagofalmo; ectrópio; entrópio</p>	<p>Prescrever colírio e óculos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar e demonstrar autocuidados;</li> <li>• Exercícios;</li> <li>• Lubrificar com colírio;</li> <li>• Usar óculos para proteção noturna e diurna;</li> </ul> <p>Encaminhar para terapia ocupacional.</p> <p>Fazer acompanhamento.</p>
<p>Triquíase</p>	<p>Retirar os cílios voltados para o globo ocular, sempre que necessário</p> <p>Orientar e demonstrar autocuidado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspeccionar os olhos</li> <li>• Comparecer à US em caso de irritação ocular, crescimento de cílios</li> </ul> <p>Encaminhar para terapia ocupacional e oftalmologia.</p>
<p>Opacidade corneana; acuidade visual &lt; 0,1</p>	<p>Encaminhar para o oftalmologista.</p>
<p>Úlceras e lesões traumáticas em mãos</p>	<p>Prescrever medidas de proteção nas atividades do cotidiano, trabalho e lazer.</p> <p>Orientar e demonstrar autocuidado.</p> <p>Fazer curativo.</p>
<p>Garras em mãos.</p>	<p>Orientar a realização de exercícios em caso de garra móvel</p> <p>Encaminhar para terapeuta ocupacional.</p>
<p>Mão caída.</p>	<p>Avaliar condição neural: em caso de neurite encaminhar para o médico urgente.</p>

	<p>Monitorar o uso do corticóide.</p> <p>Encaminhar para terapeuta ocupacional.</p>
Lesões traumáticas em pés	<p>Encaminhar para terapeuta ocupacional.</p> <p>Avaliar e orientar quanto ao calçado adequado.</p> <p>Realizar curativo.</p> <p>Prescrever medidas de proteção para as atividades de vida diária e laborativa.</p> <p>Orientar e demonstrar autocuidados.</p>
Úlcera plantar (mal perfurante plantar)	<p>Úlceras superficiais:</p> <p>Avaliar o calçado/ orientar calçado adequado</p> <p>Encaminhar para terapeuta ocupacional.</p> <p>Realizar curativo</p>
Pé caído	<p>Avaliar condição neural: em caso de neurite encaminhar para o médico urgente.</p> <p>Monitorar o uso do corticoesteróide.</p> <p>Encaminhar para terapeuta ocupacional.</p>
Garras em pé	<p>Orientar a realização de exercício (garra móvel)</p> <p>Encaminhar para terapeuta ocupacional.</p>

## 7.6. Coleta de baciloscopia – BAAR

A baciloscopia é um procedimento de fácil execução e de baixo custo, e deverá ser executada por um enfermeiro e/ou técnico de enfermagem devidamente treinado, sob a supervisão do enfermeiro; ou técnico de laboratório. Assim, no município de Montes Claros, este procedimento é centralizado no laboratório da Policlínica Carlos do Espírito Santos.

No momento da coleta são necessários os seguintes materiais:

Solicitação de exame conforme Guia de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) (ANEXO E).

- Lâmina de vidro para microscopia, nova, limpa e desengordurada, com ponta fosca 26 x 76mm.
- Lamparina a álcool 90°GL ou bico de Bunsen.
- Álcool 70°GL ou 70%.
- Gaze não estéril.
- Algodão hidrófilo.
- Lápis comum.
- Lápis dermatográfico.
- Fósforo.
- Cabo de bisturi nº 3 e lâmina de bisturi nº 15 ou bisturi descartável.
- Porta-lâminas de plástico para o transporte da amostra.
- Esparadrapo ou bandagem antisséptica.
- Luvas de procedimento.
- Máscara.
- Pinça de Kelly curva ou reta para fazer isquemia no local da incisão.
- Recipiente para descarte do material utilizado.

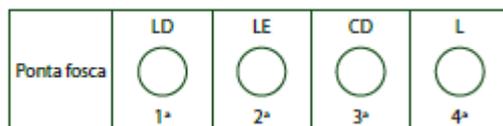
O profissional que for realizar a coleta deverá estar paramentado com avental, máscara e luvas.

Em pacientes com lesões cutâneas visíveis ou áreas com alteração de sensibilidade, a coleta deverá ser feita em lóbulo auricular direito (LD), lóbulo auricular esquerdo (LE), cotovelo direito (CD) e lesão (L). Nas lesões planas, coletar no limite interno. Nos nódulos, tubérculos e placas eritematosas marginadas por microtubérculos, coletar no centro.

Os esfregaços deverão está dispostos na lâmina conforme as figuras 3:

Identificação do paciente

→

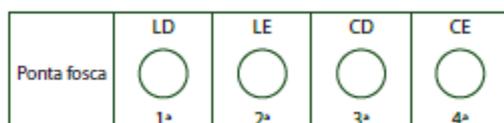


**Figura 3** – Disposição dos esfregaços em lâmina de vidro.

Quando o paciente que não apresenta lesões ativas visíveis, colher material do lóbulo auricular direito (LD), lóbulo auricular esquerdo (LE), cotovelo direito (CD) e cotovelo esquerdo (CE), conforme figura 4;

Identificação do paciente

→



**Figura 4** – Disposição dos esfregaços em lâmina de vidro.

É necessário que o procedimento ocorra em sala específica já identificada nas UBS. É importante que ela seja arejada, limpa e com boa iluminação. A coleta deverá seguir os seguintes passos:

- Acomodar o paciente confortavelmente.
- Explicar o procedimento que será realizado. No caso de criança explicar também para a pessoa responsável.
- Observar indicações dos sítios de coleta na solicitação médica.
- Manusear a lâmina pelas bordas evitando colocar os dedos no local onde a amostra será distribuída.
- Identificar a lâmina com as iniciais do nome do paciente, o número de registro da unidade e data da coleta.
- No momento de cada coleta fazer antissepsia com álcool a 70<sup>o</sup>GL ou 70%, dos sítios indicados na solicitação médica.
- Com o auxílio da pinça Kelly, fazer uma prega no sítio de coleta, pressionando a pele o suficiente para obter a isquemia, evitando o

sangramento. Manter a pressão até o final da coleta tomando o cuidado de não travar a pinça (figura 4).

- Fazer um corte na pele de aproximadamente 5mm de extensão por 3mm de profundidade. Colocar o lado não cortante da lâmina do bisturi em ângulo reto em relação ao corte e realizar o raspado intradérmico das bordas e do fundo da incisão, retirando quantidade suficiente e visível do material. Se fluir sangue no momento do procedimento (o que não deverá acontecer se a compressão da pele estiver adequada) enxugar com algodão.
- Desfazer a pressão e distribuir o material coletado na lâmina, fazendo movimentos circulares do centro para a borda numa área aproximadamente de 5 – 7mm de diâmetro, mantendo uma camada fina e uniforme.
- O primeiro esfregaço deverá ser colocado na extremidade mais próxima da identificação do paciente (parte fosca), e o segundo próximo ao primeiro observando uma distância, de pelo menos 0,5cm entre cada amostra e assim sucessivamente. Os esfregaços devem estar no mesmo lado da parte fosca da lâmina.
- Entre um sítio e outro de coleta, limpar a lâmina do bisturi e a pinça utilizada com algodão ou gaze embebido em álcool 70°GL ou 70%, para que não ocorra a contaminação entre eles.
- Fazer curativo compressivo e nunca liberar o paciente se estiver sangrando.

Após a coleta as lâminas contendo os raspados intradérmicos devem permanecer em superfície plana e à temperatura ambiente, durante cinco a dez minutos até estarem completamente secos. Após essa etapa os esfregaços devem ser fixados passando-se as lâminas duas a três vezes, rapidamente, na chama de uma lamparina ou bico de Bunsen, com os esfregaços voltados para cima.

Após a fixação, acondicionar as lâminas em porta lâminas de plástico rígido evitando que a mesma quebre, ou que fique exposta à poeiras e insetos, a fim de serem transportadas ao laboratório, junto com a guia SADT

devidamente preenchida. Os porta-lâminas deverão ser acondicionados em caixas resistentes, devidamente fechadas, conforme normas de biossegurança e identificadas, contendo a unidade de origem, o endereço de destino e o remetente, para serem transportadas à unidade laboratorial.

### **7.7. Ações de Enfermagem na Organização do Serviço**

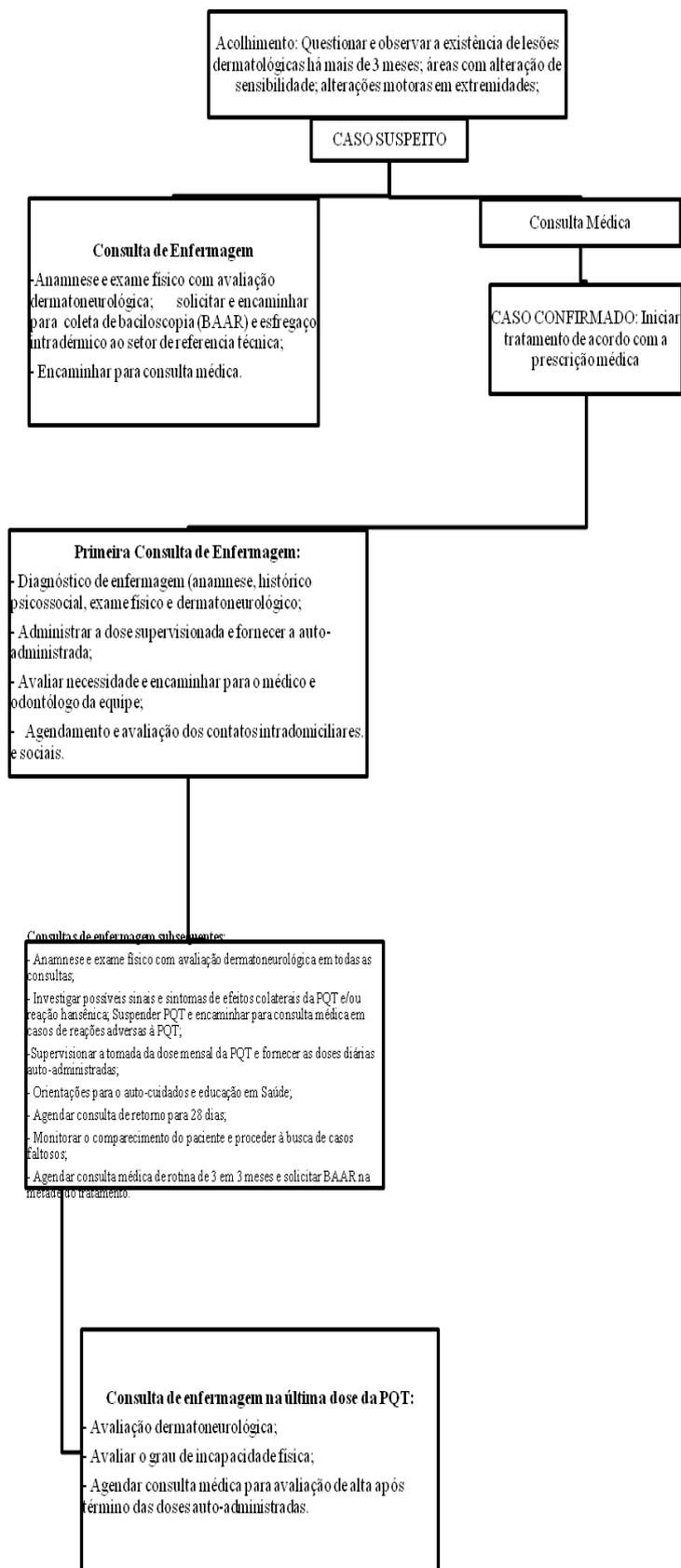
- Sistema de Informação da Hanseníase: atualização sistemática dos dados por meio dos instrumentos de registro.
- Supervisão da equipe de enfermagem
- Educação permanente

### **Pesquisa Operacional**

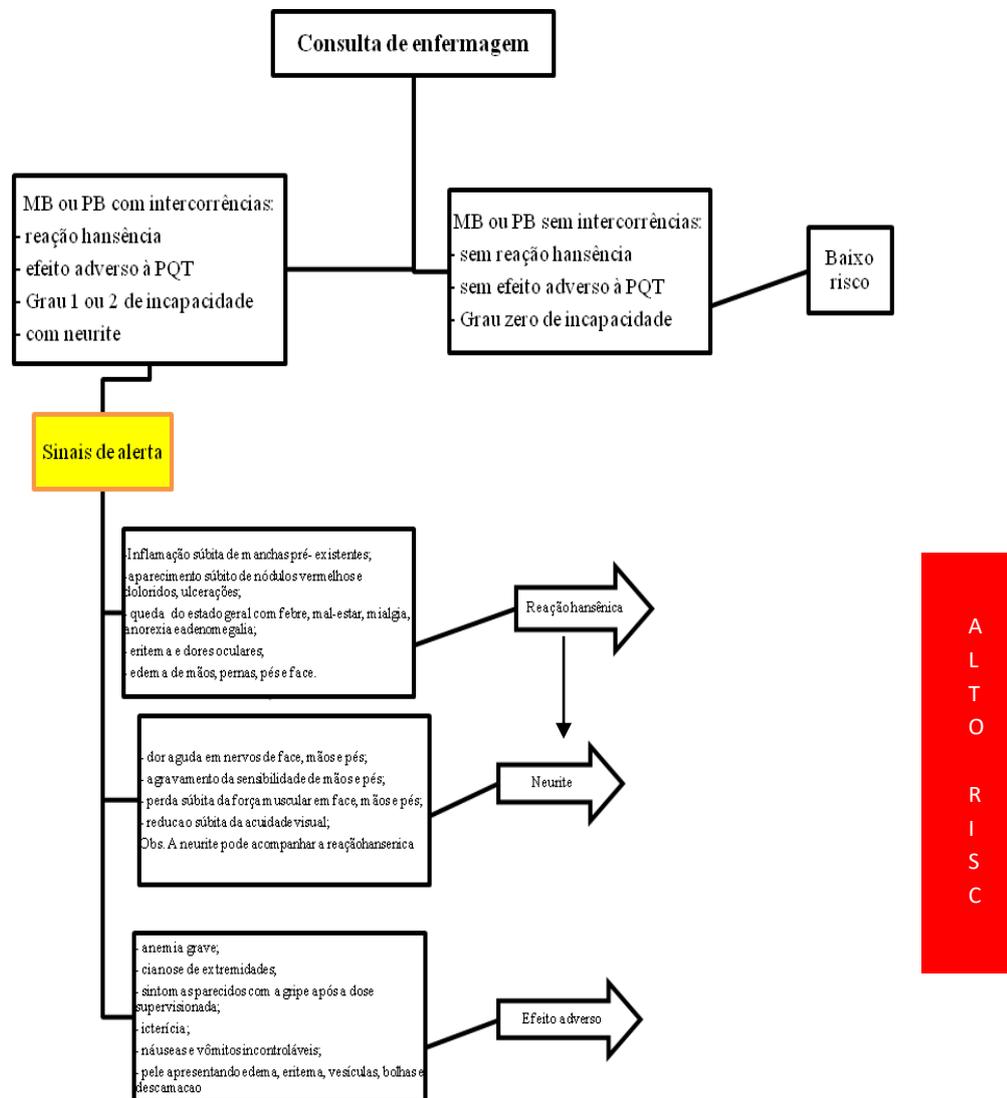
- Avaliação da situação epidemiológica e operacional da hanseníase no território.
- Planejamento das atividades de controle da hanseníase (suspeição e diagnóstico; tratamento; vigilância de contatos; prevenção, tratamento e reabilitação das incapacidades físicas; educação em saúde.

## RESUMINDO...

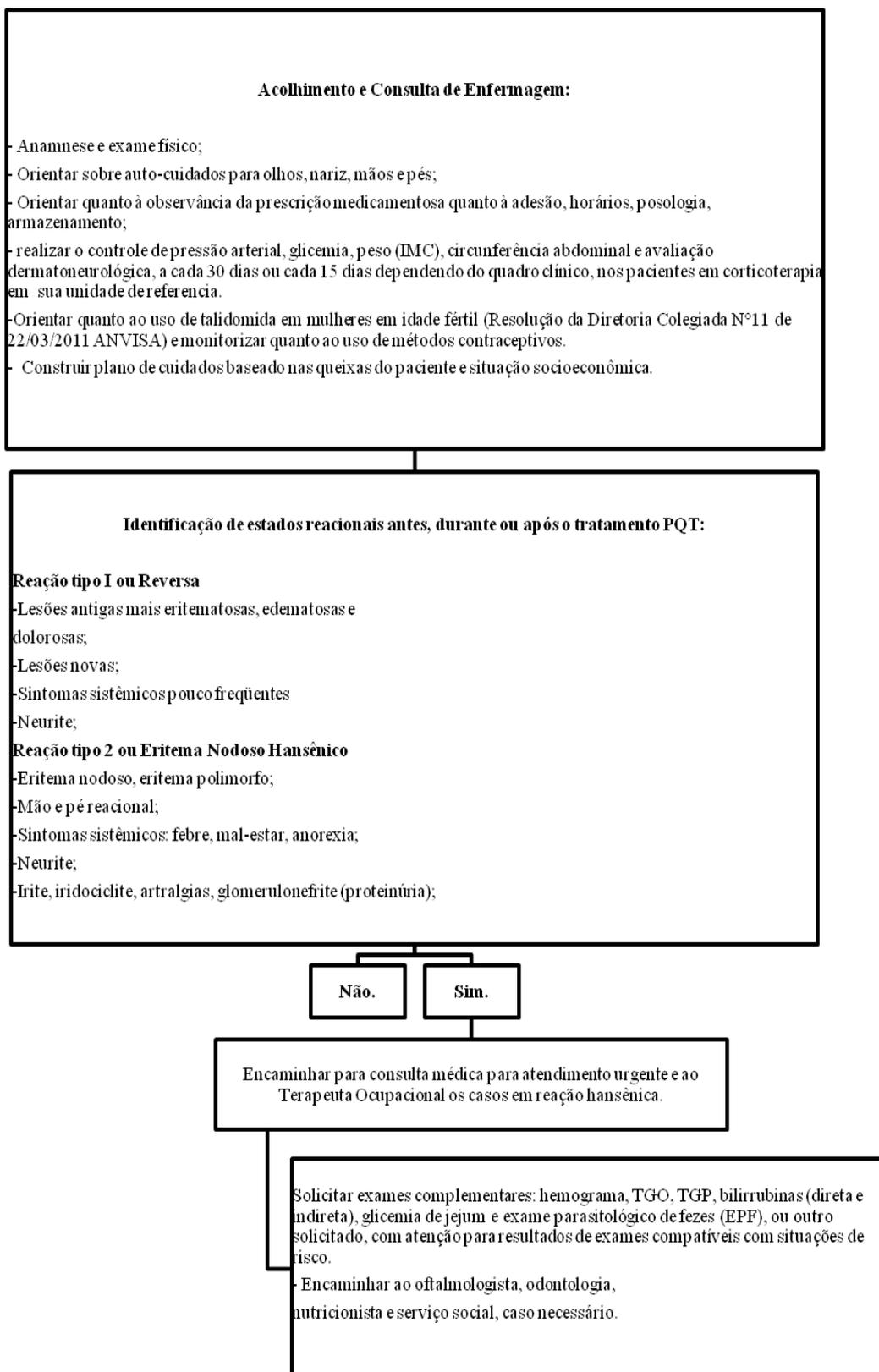
### Fluxograma 1 – Atuação do Enfermeiro na Suspeição e Acompanhamento de Casos de hanseníase



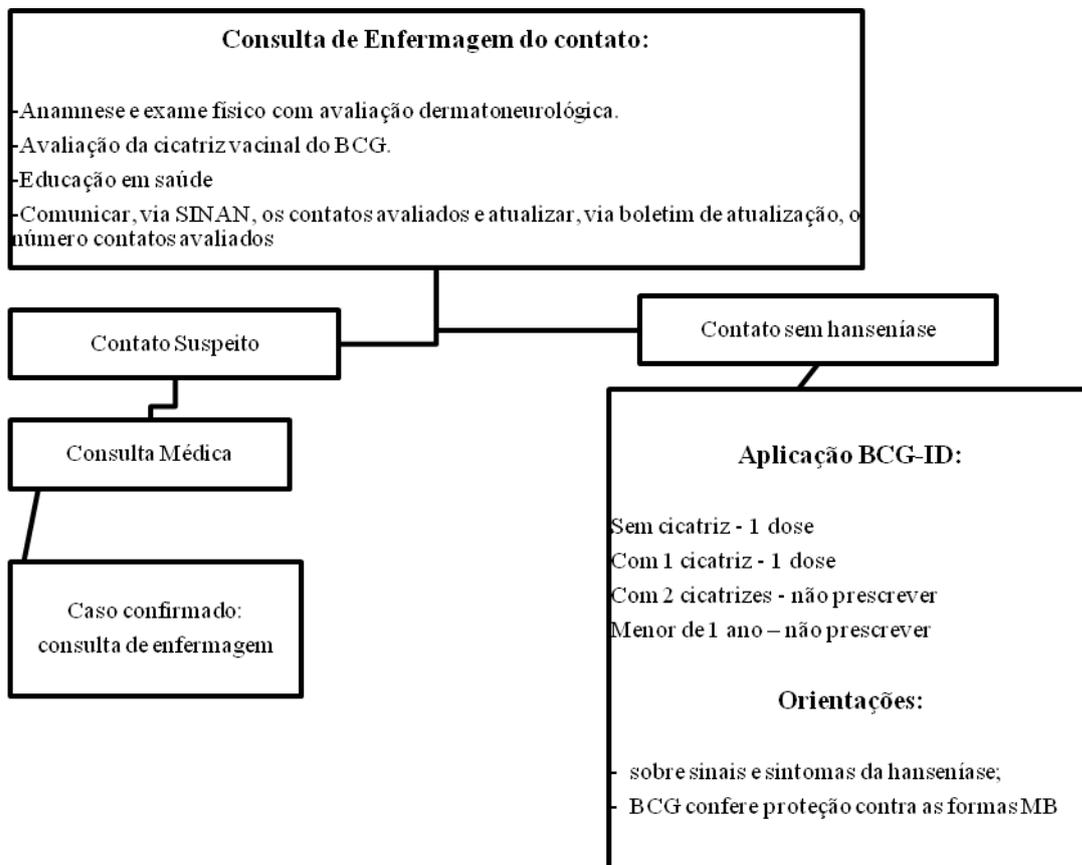
## Fluxograma 2 - Acompanhamento de casos – Classificação de Risco



### Fluxograma 3 - Consulta de Enfermagem na Vigilância de Casos



## Fluxograma 4 - Consulta de Enfermagem na Vigilância de Contatos



## Referências

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 9, n.16, p.39-52, fev. 2005.

BRASIL a. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de vigilância das doenças Transmissíveis. *Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico operacional*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 58 p.

BRASIL b Datasus. 2016  
(<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=31032752&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinannet/hanseníase/cnv/hansw>)

BRASIL, Ministério da saúde. *Manual de prevenção de incapacidades. Série A. Normas e Manuais técnicos. Caderno de prevenção e reabilitação em Hanseníase*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Guia de procedimentos técnicos: baciloscopia em hanseníase*. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 54 p.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Governo do Distrito Federal. *Hanseníase: Protocolo de Atendimento*. Brasília: Subsecretaria de Vigilância à Saúde, 2007.

COREN GO. *Protocolo de Enfermagem da Atenção Primária à Saúde no Estado de Goiás*. Organizadores Claci Fátima Weirich Rosso... [et al.]. Goiânia: Conselho Regional de Enfermagem de Goiás, 2014. 336p.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem. *Guia para elaboração de protocolo assistencial de enfermagem para a atenção básica*. Belo Horizonte: 2012.

DUNCAN, B. B. et al. *Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária em Evidencias*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

JÚNIOR, Atvaldo Fernandes Ribeiro, et al. Perfil epidemiológico da hanseníase em uma cidade endêmica no Norte de Minas Gerais. *Revista Brasileira de Clínica Médica*. São Paulo, 2012 jul-ago; v.10; n. 4; p.272-7.

MATTEI DA, TAGLIART MH, MORETTO EFS. O enfermeiro na equipe de saúde da família. *RECENF* v.11, n.3, p. 308-317, 2005.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Protocolo de assistência à saúde na rede municipal de Montes Claros - atenção básica*. Montes Claros, 2006.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão*. Montes Claros, 2013.

MONTES CLAROS. Prefeitura de Montes Claros. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de Gestão*. Montes Claros, 2015.

RIO DE JANEIRO (RJ). Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. *Protocolos de Enfermagem na atenção primária a saúde*. Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012. 119p.

SOUZA, M.T et al. *Revisão integrativa: o que é e como fazer*. Einstein. 2010, n.8, p.102-6.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços, tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

FONSECA, Gildette Soares; FERNANDES, Duval Magalhães. Montes Claros espaço de emigração e imigração intermunicipal na microrregião de Montes Claros. Trabalho apresentado no XVI Seminário sobre a Economia Mineira, realizado em Diamantina (Minas Gerais), de 16 a 20 de setembro de 2014. Disponível em: <<http://diamantina.cedeplar.ufmg.br/2014/site/arquivos/montes-claros-espaco-de-emigracao-e-imigracao-intermunicipal-na-microrregiao-de-montes-claros.pdf>> Acesso em: Agosto/2017.

IBGE-CIDADES. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/mg/montes-claros/panorama>> Acesso em: Agosto/2017.

CASTELLO BRANCO, M. L. G. Algumas considerações sobre a identificação das cidades médias. SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão. (org) *Cidades médias: espaços em transição*. São Paulo: Expressão Popular, 2007, p. 89-112.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:  
<[www.ibge.gov.br/](http://www.ibge.gov.br/)> Acesso em: Agosto/2017.

FRANÇA, Iara Soares de. Indicadores sociais e econômicos para uma leitura do processo de fragmentação do espaço urbano e desigualdade social na cidade média de Montes Claros/MG. 2011. Disponível em:  
<<file:///C:/Users/jairo.nascimento.SMSAU/Downloads/51-100-1-SM.pdf>> Acesso em: Agosto/2017.

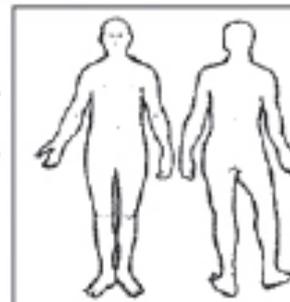
SANTOS, Luíz Filipe Rodrigues dos; Santos, Maria Santana Silva; Santos, Thaís Pereira dos; Desigualdades socioeconômicas em Montes Claros-MG: breves apontamentos. V Congresso em Desenvolvimento Social, 2016. Disponível em:  
<[http://www.congressods.com.br/anais/gt\\_02/DESIGUALDADES%20SOCIOECONOMICAS%20EM%20MONTES%20CLAROS.pdf](http://www.congressods.com.br/anais/gt_02/DESIGUALDADES%20SOCIOECONOMICAS%20EM%20MONTES%20CLAROS.pdf)> Acesso em: Setembro/2017.

ADHB - Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em:  
<[http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/montes-claros\\_mg](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/montes-claros_mg)> Acesso em: Setembro/2017.

PNAD (Pesquisa Nacional : Disponível em:  
<[https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa\\_resultados.php?indicador=1&id\\_pesquisa=149](https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?indicador=1&id_pesquisa=149)> Acesso em: Setembro/2017.

ANEXO A – Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 anos

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE		Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos - PCID < 15							
1 - Unidade de Saúde: _____									
2 - Município: _____			3 - UF: _____						
4 - Nome do Paciente: _____			5 - N° Prontuário: _____						
6 - Nome da Mãe: _____									
7 - Data de Nascimento: ____/____/____			8 - Idade: _____ anos						
9 - Município de Residência: _____			10 - UF: _____						
11 - Há quanto tempo reside nesse município? _____									
12 - Há quanto tempo apareceram os primeiros sinais e sintomas?									
<input type="checkbox"/> Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> De 6 meses há 1 ano <input type="checkbox"/> Mais de 1 ano									
13 - Já fez algum tipo de tratamento anterior para a sintomatologia atual? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim									
Qual o problema/doença havia sido identificado? _____									
14 - Existem outras pessoas com problemas de pele na família? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim    Quantas? _____									
15 - Existe ou existiu doente de hanseníase na família? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim    Quantas? _____									
<b>OBS.: Todos os contatos de menores de 15 anos devem ser examinados</b>									
<b>EXAME DO DOENTE</b>									
16 - Número de lesões de pele: _____									
17 - Tipos/características de lesões:									
Área(s) com alteração de sensibilidade sem mancha(s)		<input type="checkbox"/>	c/ alter. sensibilidade		<input type="checkbox"/>	s/ alter. sensibilidade			
Mancha(s) com alteração da coloração da pele		<input type="checkbox"/>	c/ alter. sensibilidade		<input type="checkbox"/>	s/ alter. sensibilidade			
Placas eritematomatosas com bordas elevadas		<input type="checkbox"/>	c/ alter. sensibilidade		<input type="checkbox"/>	s/ alter. sensibilidade			
Nódulos/pápulas		<input type="checkbox"/>	Infiltração		<input type="checkbox"/>	Outras (especificar): _____			
18 - Cicatriz de BCG: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas ou mais									
19 - Existem áreas com rarefação de pelo?									
<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Onde? _____									
20 - Existem nervos acometidos?									
<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Quantos? _____									
21 - Teste de Histamina:									
<input type="checkbox"/> não realizado <input type="checkbox"/> realizado    Resultado: _____									
22 - Localize as lesões e nervos acometidos no esquema corporal ao lado									
23 - Avaliação do grau de incapacidade:									
Grau	O l h o			M ã o			P e		
	Sinais e/ou Sintomas			Sinais e/ou Sintomas			Sinais e/ou Sintomas		
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		
2	Lagoftalmo e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas		
	Tríquise			Garra			Garra		
	Opacidade corneana central			Reabsorção			Reabsorção		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m			Mão caída			Pé caído Contratura da tornozelo		
24 - Caso confirmado como caso de Hanseníase? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim									
25 - Data do diagnóstico: ____/____/20____    Classificação Operacional: <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> MB									
26 - Nome do profissional: _____    CRM: _____									
27 - Data do preenchimento do protocolo: ____/____/20____									
<b>Anexar a cópia desta ficha ao prontuário, mesmo daqueles não confirmados. SENO CASO DE HANSENÍASE, ANEXAR ESTA FICHA À DO SINAN E ENCAMINHAR À SMS</b>									



## ANEXO B- Ficha de Notificação/Investigação hanseníase

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		N°		
FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO HANSENÍASE						
<b>Caso confirmado de Hanseníase:</b> pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e que requer poliquimioterapia: - lesão (ões) da pele com alteração de sensibilidade; acometimento de nervo (s) com espessamento neural; baciloscopia positiva.						
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravado/enferma		3	Data da Notificação	
	HANSENÍASE		4	Código (CID10)	A 3 0, 9	
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)	
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7	Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8	Nome do Paciente			9	Data de Nascimento
	10	Idade	11	Sexo	12	Gestante
	10 (ou) Idade		1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino 9 - Ignorado	12 Gestante	1 - 1ª Trimestre 2 - 2ª Trimestre 3 - 3ª Trimestre 4 - Não gestacional (gravidez) 5 - Não 6 - Não se aplica
	13		Ração/Cor		1 - Branco 2 - Preto 3 - Amarelo 4 - Pardo 5 - Indígena 9 - Ignorado	
	14 Escolaridade					
Dados de Residência	15	Número do Cartão SUS		16	Nome da mãe	
	17	UF	18	Município de Residência	19	Distrito
	20		21		22	
	Boeiro		Logradouro (rua, avenida,...)		Número	
	23		24		25	
Complemento (apto., casa, ...)		Geo campo 1		Geo campo 2		
26		27		28		
Ponto de Referência		CEP		(DDD) Telefone		
29		30		31		
Zona		País (se residente fora do Brasil)		32		
1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		9 - Ignorado		Ocupação		
<b>Dados Complementares do Caso</b>						
Dados Clínicos	33	34		35		
	Nº de Lesões Cutâneas		Forma Clínica		Classificação Operacional	
Atravessamento	37		38		39	
	Avaliação do Grau de Incapacidade Física no Diagnóstico		Modo de Entrada		Modo de Detecção do Caso Novo	
	0 - Grau Zero 1 - Grau I 2 - Grau II 3 - Não Avaliado		1 - Caso Novo 2 - Transferência do mesmo município (outra unidade) 3 - Transferência de Outro Município ( mesma UF) 4 - Transferência de Outro Estado 5 - Transferência de Outro País 6 - Recidiva 7 - Outros Reingressos 9 - Ignorado		1 - Encaminhamento 2 - Demanda Espontânea 3 - Exame de Coletividade 4 - Exame de Contatos 5 - Outros Modos 9 - Ignorado	
Dados Lab.	40					
Baciloscopia						
1 - Positiva 2 - Negativa 3 - Não realizada 9 - Ignorado						
Tratamento	41		42			
	Data do início do tratamento		Esquema Terapêutico Inicial			
1 - PQT/PIB/6 doses 2 - PQT/ME/12 doses 3 - Outros Esquemas Substitutos						
Med. Conts.	43					
Número de Contatos Registrados						
Observações adicionais:						
Investigador	Município/Unidade de Saúde			Código da Unid. de Saúde		
	Nome		Função		Assinatura	
	Hanseníase		Sinan NET		SVS 30/10/2007	

## ANEXO C – Formulário para avaliação neurológica simplificada

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**Secretaria de Vigilância em Saúde**  
**Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis**  
**Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças de Eliminação**

**FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA SIMPLIFICADA**

Nome \_\_\_\_\_ Data Nasc. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Ocupação: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F   
 Município \_\_\_\_\_ Unidade Federada \_\_\_\_\_  
 Classificação Operacional PB  B  Data início PQT: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Data Alta PQT: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FACE	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Nariz	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ressecamento (S/N)						
Ferida (S/N)						
Perfuração de septo (S/N)						
Olhos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Fecha olhos s/ força (mm)						
Fecha olhos c/ força (mm)						
Triquilase (S/N) / Ectrópio (S/N)						
Diminuição da sensibilidade da córnea (S/N)						
Opacidade córnea (S/N)						
Catarata (S/N)						
Acuidade Visual						

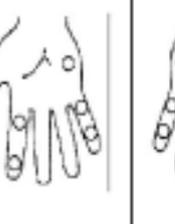
Membros Superiores	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Ulnar						
Mediano						
Radial						

**Legenda:** N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força	1ª / /		2ª / /		3ª / /	
	D	E	D	E	D	E
Abrir dedo mínimo 						
Abdução do 5º dedo (nervo ulnar) 						
Elevar o polegar (nervo mediano) 						
Abdução do polegar (nervo mediano) 						
Elevar o punho (nervo radial) 						
Extensão do punho (nervo radial) 						

**Legenda:** F=Forte D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Forte, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

**Inspeção e Avaliação Sensitiva**

1ª / /		2ª / /		3ª / /	
D	E	D	E	D	E
					

**Legenda:** Caneta/filamento 11ás (2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores  
 Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção:  Ferida: 

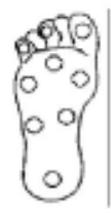
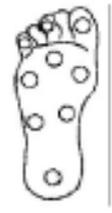
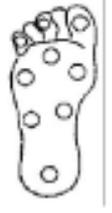
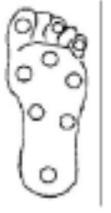
MEMBROS INFERIORES						
	1ª		2ª		3ª	
	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Palpação de nervos	D	E	D	E	D	E
Fibular						
Tibial						

Legenda: N = normal E = espessado D = dor

Avaliação da Força						
	1ª		2ª		3ª	
	D	E	D	E	D	E
Elevar o hálux Extensão de hálux (nervo fibular) 						
Elevar o pé Dorsiflexão de pé (nervo fibular) 						

Legenda: F=Forte D=Diminuída P=Paralisado ou 5=Forte, 4=Resistência Parcial, 3=Movimento completo, 2=Movimento Parcial, 1=Contração, 0=Paralisado

### Inspeção e Avaliação Sensitiva

1ª		2ª		3ª	
D	E	D	E	D	E
					

Legenda: Caneta/filamento lã (2g): Sente ✓ Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores  
Garra móvel: M Garra rígida: R Reabsorção:  Ferida: 

ANEXO D – Formulário de avaliação do grau de incapacidade física no diagnóstico e na alta de PQT

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS  
COORDENAÇÃO-GERAL DE HANSENÍASE E DOENÇAS EM ELIMINAÇÃO

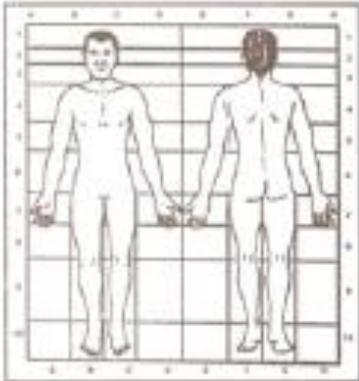
**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE FÍSICA  
NO DIAGNÓSTICO E NA ALTA DE PQT**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Data de  
Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SINAN: \_\_\_\_\_  
Ocupação: \_\_\_\_\_  
Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Data diagnóstico \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Classificação Operacional ( ) PB ( ) MB  
Data Cura \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Grau	Olhos	Mãos		Pés					
		D	E	D	E				
0	Força muscular das pálpebras e sensibilidade da córnea preservadas <b>E</b> Conta dedos a 6 metros ou acuidade visual $\geq$ 0,1 ou 6:60			Força muscular das mãos preservadas <b>E</b> Sensibilidade palmar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica			Força muscular dos pés preservada <b>E</b> Sensibilidade plantar: sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica		
1	<b>Diminuição da força muscular das pálpebras sem deficiências visíveis</b> <b>E/OU</b> <b>Diminuição ou perda da sensibilidade da córnea; resposta demorada ou ausente ao toque do fio dental ou diminuição/ ausência do piscar</b>			<b>Diminuição da força muscular das mãos sem deficiências visíveis</b> <b>E/OU</b> <b>Alteração da sensibilidade palmar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica</b>			<b>Diminuição da força muscular dos pés sem deficiências visíveis</b> <b>E/OU</b> <b>Alteração da sensibilidade plantar: não sente o monofilamento 2g (lilás) ou o toque da ponta de caneta esferográfica</b>		

2	<b>Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase,</b> como: lagoftalmo; ectrópio; entrópio; triquiase; opacidade corneana central, iridociclite. <b>E/OU</b> Não conta dedos a 6 metros ou acuidade visual < 0,1 ou 6:60, <b>excluídas outras          causas.</b>			<b>Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase,</b> como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, mão caída, contratura, feridas.			<b>Deficiência (s) visível (eis) causadas pela hanseníase,</b> como: garras, reabsorção óssea, atrofia muscular, pé caído, contratura, feridas.		
	<b>MAIOR GRAU          OLHOS</b>	(a)	(b)	<b>MAIOR GRAU          MÃOS</b>	(c)	(d)	<b>MAIOR GRAU          PÉS</b>	(e)	(f)
<b>Grau de Incapacidades NO DIAGNÓSTICO</b> Data da avaliação: ___/___/___ GI: ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) Não avaliado      Soma OMP (a+b+c+d+e+f)= ____ (valor de 0-12)									
<b>Grau de Incapacidades NA ALTA PQT</b> Data da avaliação: ___/___/___ GI: ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) Não avaliado      Soma OMP (a+b+c+d+e+f)= ____ (valor de 0-12)									
<b>Assinatura e carimbo avaliador:</b>									

ANEXO E – Modelo de Guia de Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT)

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO XXXXXXXXXXXXXXXX UNIDADE DE SAÚDE XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX PEDIDO DE EXAMES LABORATORIAIS (BACILOSCOPIA DO RASPADO INTRADÉRMICO)	
NOME: _____	PRONT. _____ IDADE: _____ SEXO: _____
END.: _____	Nº. _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ UF: _____ TEL: _____	DATA REQUISIÇÃO: ____ / ____ / ____
<input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> CONTROLE (FORMA CLÍNICA: _____ IB INICIAL: _____)	
<b>LOCALIZAÇÃO DA COLETA / RESULTADO</b>  <input type="checkbox"/> LOD _____ <input type="checkbox"/> LOE _____ <input type="checkbox"/> CD _____ <input type="checkbox"/> CE _____ <input type="checkbox"/> LESÃO (ÕES) _____	<b>ASSINALE A LOCALIZAÇÃO DAS LESÕES PARA COLETA</b>  
<b>OBS:</b> _____ _____ _____	
Solicitante _____	Bloqueio Responsável _____

Fonte: Brasil, 2010