

COREN - MS



**Coren**<sup>MS</sup>  
Conselho Regional de Enfermagem do Mato Grosso do Sul



**PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**TUBERCULOSE E  
HANSENÍASE**

---

Mato Grosso do Sul  
**2021**

## **PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Esse protocolo de enfermagem na Atenção Primária à Saúde, cujo o tema é Tuberculose e Hanseníase, visa contribuir com as ações acerca das recomendações de controle das doenças regulamentadas pelo Ministério da Saúde, com ênfase nas atribuições da enfermagem e da equipe de saúde na APS, para o sucesso no tratamento.

*Autorizada a reprodução, desde que citada a fonte e respeitadas as legislações que regem as normas de utilização de materiais bibliográficos. Proibida a comercialização.*

---

## FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Protocolo de enfermagem na atenção primária à  
saúde [livro eletrônico] : tuberculose e  
hanseníase / [organização] Conselho Regional de  
Enfermagem de Mato Grosso do Sul. -- 1. ed. --  
Campo Grande, MS : Coren-MS, 2021.

PDF

Vários colaboradores.

Bibliografia

ISBN 978-65-89521-04-4

1. Atenção primária à saúde 2. Enfermagem  
3. Enfermagem - Cuidados 4. Enfermagem em saúde  
pública 5. Hanseníase 6. Serviços de atenção primária  
7. Tuberculose I. Conselho Regional de Enfermagem de  
Mato Grosso do Sul.

21-72355

CDD-610.733

### Índices para catálogo sistemático:

1. Protocolos de enfermagem : Atenção primária à  
saúde : Ciências médicas 610.733

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

---

## **GESTÃO 2021-2023**

### **Nome do membros**

Aparecido Vieira Carvalho  
Carolina Lopes de Moraes  
Cleberson dos Santos Paião  
Dayse Aparecida Clemente  
Fábio Roberto dos Santos Hortelan  
Flávio Tondati Ferreira  
Karine Gomes Jarcem  
Leandro Afonso Rabelo Dias  
Lucyana Conceição Lemes Justino  
Maira Antônia Ferreira de Oliveira  
Marcos Ferreira Dias  
Nivea Lorena Torres  
Rodrigo Alexandre Teixeira  
Sebastião Junior Henrique Duarte

---

## **ORGANIZADORES**

**COMISSÃO PARA A ELABORAÇÃO DOS PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM DO  
COREN-MS – PORTARIA N. 551 DE 7 DE DEZEMBRO DE 2018 /  
PORTARIA N. 184 DE 8 DE ABRIL DE 2019**

## **INTEGRANTES**

Nivea Lorena Torres, Coren-MS n. 91377 ENF (Coordenadora).  
*Enfermeira. Mestre em Enfermagem*

Lucyana Conceição Lemes Justino, Coren-MS n. 147399 ENF (Membro).  
*Enfermeira. Mestre em Enfermagem*

Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida, Coren-MS n. 181764 ENF (Membro).  
*Enfermeiro. Doutor em Ciências*

Virna Liza Pereira Chaves Hildebrand, Coren-MS n. 96606 ENF (Membro).  
*Enfermeira. Mestre em Saúde Pública*

---

## AUTORES

Ana Pricilla Delphina Leite<sup>(A)</sup>  
Cleide Aparecida Alves Souza<sup>(D,F)</sup>  
Everton Ferreira Lemos<sup>(B,C)</sup>  
Lucyana Conceição Lemes Justino<sup>(A,B)</sup>  
Marli Marques<sup>(E)</sup>  
Nivea Lorena Torres<sup>(B,G)</sup>  
Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida<sup>(C)</sup>  
Simone Sousa Oliveira Fonseca<sup>(A)</sup>  
Sebastião Junior Henrique Duarte<sup>(B,C)</sup>  
Vania de Paula Stolte Rodrigues<sup>(B,F)</sup>  
Virna Lisa Pereira Chaves Hildelbrand<sup>(A)</sup>

- A. Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande – MS (SESAU)
- B. Conselho Regional de Enfermagem (COREN-MS)
- C. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)
- D. Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias (PPGDIP)
- E. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (UFMS)
- F. Secretaria do Estado de Saúde (SES – MS)
- G. Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS)

## APRESENTAÇÃO

O Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul apresenta à sociedade uma produção elaborada por enfermeiros idealistas e vocacionados em compartilhar experiências no campo das doenças infecciosas, que visa melhorar o processo de trabalho em enfermagem.

Os conteúdos são voltados para o doente de tuberculose e hanseníase e englobam seus familiares e os profissionais que prestam a assistência alicerçada em evidências e nos princípios éticos e legais no contexto da atenção primária à saúde.

As evidências reunidas nesse material instrucional, embora robustas, não pretendem esgotar o universo de possibilidades de melhorar o acesso dos doentes aos serviços de saúde. É importante ressaltar a autonomia e o compromisso da Enfermagem na efetivação de políticas públicas, em especial no manejo dessas doenças.

Assim, o Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, com foco na Tuberculose e Hanseníase, reúne boas práticas que poderão guiar o cuidado de enfermagem baseado em princípios científicos.

Sebastião Junior Henrique Duarte

*Presidente do Coren MS - Gestão 2021- 2023*

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AIDS</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>BAAR</b>	Bacilo Álcool Ácido Resistente
<b>BCG</b>	Bacilo de Calmette e Guérin
<b>BEG</b>	Bom Estado Geral
<b>CFZ</b>	Clofazimina
<b>CIAP</b>	Classificação Internacional da Atenção Primária
<b>CIPE</b>	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
<b>CNS</b>	Cartão Nacional de Saúde
<b>COFEN</b>	Conselho Federal de Enfermagem
<b>comp</b>	Comprimidos
<b>COREN/MS</b>	Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul
<b>DDS</b>	Dapsona
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>DSEI</b>	Distrito Sanitário Especial Indígena
<b>E</b>	Etambutol
<b>GAL</b>	Gerenciador de Ambiente Laboratorial
<b>Gene Xpert®</b>	Exame realizado do Teste Rápido Molecular - Tuberculose
<b>H</b>	Isoniazida
<b>hab.</b>	Habitantes
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>IGRA</b>	Dosagem sanguínea de interferon gama
<b>ILTB</b>	Infecção Latente por Tuberculose
<b>IMC</b>	Índice de Massa Corpórea
<b>IST</b>	Infecção Sexualmente Transmissíveis
<b>kg</b>	Quilogramas
<b>LT- CD4+</b>	Linfócitos T - CD4+
<b>M tuberculosis</b>	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>
<b>MB</b>	Multibacilar
<b>mg</b>	miligramas
<b>mmHg</b>	milímetro de mercúrio
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>MTB- RIF</b>	<i>Mycobacterium Tuberculosis</i> – Rifampicina
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PB</b>	Paucibacilar
<b>PEC</b>	Prontuário Eletrônico do Cidadão
<b>PMCT</b>	Programa Municipal Controle da Tuberculose
<b>PNCT</b>	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
<b>PT</b>	Prova Tuberculínica
<b>PVHIV</b>	Pessoa Vivendo com HIV
<b>QP</b>	Quimioprofilaxia
<b>R</b>	Rifampicina
<b>RFM</b>	Rifampicina (sigla usada na Hanseníase)
<b>RX de Tórax</b>	Radiografia de Tórax
<b>SAE</b>	Serviço de Atendimento Especializado
<b>SESAU</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SINAN</b>	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
<b>SOAP</b>	Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano



<b>SR</b>	Sintomáticos Respiratórios
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TARV</b>	Terapia Antiretroviral
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TB-HIV</b>	Coinfecção HIV e Tuberculose
<b>TBRD</b>	Tuberculose drogaresistente
<b>TDO</b>	Tratamento Diretamente Observado
<b>TGO</b>	Transaminase Oxalacética
<b>TGP</b>	Transaminase Pirúvica
<b>TNF-<math>\alpha</math></b>	Fatores de Necrose Tumoral Alfa
<b>TRM-TB</b>	Teste Rápido Molecular - Tuberculose
<b>TRM-TB</b>	Teste Rápido Molecular para TB
<b>UF</b>	Unidades Federadas
<b>Z</b>	Pirazinamida

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1.</b>	Tipos de exames disponíveis para o diagnóstico e controle da TB, e suas particularidades.....	33
<b>QUADRO 2.</b>	Esquemas de tratamento da tuberculose e local de manejo clínico preferencial	36
<b>QUADRO 3.</b>	Esquema Básico para o tratamento da TB pulmonar e extrapulmonar em adultos e adolescentes ( $\geq 10$ anos de idade). ....	37
<b>QUADRO 4.</b>	Efeitos adversos mais comuns no tratamento da tuberculose.....	38
<b>QUADRO 5.</b>	Esquema Básico para o tratamento da ILTB em crianças (<10 anos) e adultos e adolescentes ( $\geq 10$ anos de idade).....	41
<b>QUADRO 6.</b>	Atribuições dos profissionais (Enfermeiro/Equipe de Enfermagem/ Equipe de Saúde) na atenção a Tuberculose. ....	42
<b>QUADRO 7.</b>	Esquema terapêutico para casos paucibacilares: 6 cartelas.....	48
<b>QUADRO 8.</b>	Esquema terapêutico para casos multibacilares: 12 cartelas.....	48
<b>QUADRO 9.</b>	Esquema terapêutico para crianças menores de 30 kg.....	49
<b>QUADRO 10.</b>	Atribuições dos profissionais (Enfermeiro/Equipe de Enfermagem/ Equipe de Saúde) na atenção a Hanseníase. ....	53

## LISTA DE FLUXOGRAMAS

<b>FLUXOGRAMA 3.1</b>	Atendimento na suspeita de Tuberculose.....	15
<b>FLUXOGRAMA 3.2</b>	Diagnóstico de Tuberculose.....	16
<b>FLUXOGRAMA 3.3</b>	Rastreio para ILTB.....	17
<b>FLUXOGRAMA 3.4</b>	Investigação de contatos adultos e adolescentes ( $\geq 10$ anos de idade)	18
<b>FLUXOGRAMA 3.5</b>	Investigação de contato em crianças (< 10 anos de idade).....	19
<b>FLUXOGRAMA 3.6</b>	Prevenção da infecção tuberculosa em recém-nascidos.....	20
<b>FLUXOGRAMA 3.7</b>	Avaliação da infecção latente em profissionais de saúde no momento da admissão ao trabalho.....	21
<b>FLUXOGRAMA 3.8</b>	Atendimento de suspeita de hanseníase.....	22
<b>FLUXOGRAMA 3.9</b>	Atendimento de hanseníase.....	23
<b>FLUXOGRAMA 3.10</b>	Controle de contatos de Hanseníase.....	24

---

## SUMÁRIO

1	<b>LEGISLAÇÃO</b> .....	13
2	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
3	<b>FLUXOGRAMAS</b> .....	15
	<b>CAPÍTULO 1</b> .....	25
4	<b>ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À TUBERCULOSE</b> .....	25
4.1	INTRODUÇÃO.....	26
4.2	CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	28
4.3	CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA TUBERCULOSE.....	28
4.3.1	SUBJETIVO: Histórico de Enfermagem/Motivo da consulta (queixa).....	28
4.3.1.1	Histórico de enfermagem.....	28
4.3.2	OBJETIVO.....	29
4.3.2.1	Exame Físico.....	29
4.3.3	Avaliação e plano de enfermagem.....	30
4.4	<b>CONTROLE DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE</b> .....	32
4.4.1	Aspectos clínicos.....	32
4.4.2	Tuberculose Ativa.....	32
4.4.2.1	Diagnóstico.....	32
4.4.3	Tratamento.....	34
4.4.3.1	Condições gerais para prescrição/renovação pelo enfermeiro.....	34
4.4.3.2	Medicações.....	36
4.4.3.3	Reações Adversas e Interações Medicamentosas.....	38
4.4.4	Infecção de Tuberculose Latente (ILTB)	39
4.4.4.1	Identificação das pessoas com probabilidade de ILTB ou com maior risco de adoecimento.....	39
4.4.4.2	Diagnóstico da ILTB.....	39
4.4.4.3	Rastreamento.....	39
4.4.4.4	Populações especiais.....	40
4.4.4.4.1	<u>Pacientes vivendo com HIV</u> .....	40
4.4.4.4.2	<u>Gestantes</u> .....	40
4.4.4.5	<u>Medicações</u> .....	40
4.5	<b>ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS</b> .....	42
	<b>CAPÍTULO 2</b> .....	43
5	<b>ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À HANSENÍASE</b> .....	43
5.1	INTRODUÇÃO.....	44
5.2	CONSULTA DE ENFERMAGEM NA HANSENÍASE.....	49
5.2.1	Avaliação e plano de enfermagem.....	49
5.3	ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS.....	53
6	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	54
	APENDICE A	
	APENDICE B	
	ANEXOS	

## PREFÁCIO

A tuberculose e a Hanseníase são doenças infecciosas e transmissíveis, consideradas ainda como sério problema de saúde pública. Embora existam tratamentos eficazes, no Brasil essas enfermidades são consideradas negligenciadas e ainda afetam parte considerável da população, principalmente as com maiores vulnerabilidades sociais.

Toda a complexidade que envolve o manejo destas doenças junto a comunidade, reforça a necessidade de que a equipe de enfermagem tenha o conhecimento técnico-científico capaz de sistematizar o processo de cuidado de enfermagem.

Visando destacar as ações da Enfermagem, o Conselho Regional do Mato Grosso do Sul desenvolveu o presente protocolo, a fim de contribuir com as ações de controle dessas doenças, acerca das recomendações regulamentadas pelo Ministério da Saúde, com ênfase nas atribuições da enfermagem e da equipe de saúde na APS, para o sucesso no tratamento.

Esperamos que as informações contidas neste protocolo possa contribuir para o cuidado de enfermagem no enfrentamento destas doenças.

Boa leitura a todos!

***Everton Ferreira Lemos***  
***Enfermeiro – Doutor em Doenças Infecciosas e Parasitárias***

## 1 LEGISLAÇÃO

Antes de proceder a leitura do capítulo a seguir, e indispensável consultar a legislação relacionada ao Sistema COFEN/COREN-MS (Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso do Sul) que se vincula à Atenção ao controle da Tuberculose e Hanseníase:

**Lei nº 7.498/1986.** *Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

**Decreto nº 94.406/1987.** *Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências.*

**Resolução COFEN nº 195/1997.** *Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro.*

**Resolução COFEN nº 358/2009.** *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.*

**Resolução COFEN nº 429/2012.** *Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico.*

**Resolução COFEN nº 487/2015.** *Veda aos profissionais de Enfermagem o cumprimento da prescrição médica a distância e a execução da prescrição médica fora da validade.*

**Resolução COFEN nº 509/2016.** *Atualiza a norma técnica para Anotação de Responsabilidade Técnica pelo Serviço de Enfermagem e define as atribuições do enfermeiro Responsável Técnico.*

**Resolução COFEN nº 514/2016.** *Aprova o Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem.*

**Resolução COFEN nº 564/2017.** *Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.*

## 2 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) e a Hanseníase, são doenças infecciosas crônica e transmissíveis, de notificações obrigatória, de grande relevância para saúde pública. Os indicadores epidemiológicos, as colocam como doenças de elevada incidência no país, e são incluídas em programas de controle específicos, com oferta de tratamento gratuito pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A TB afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos e/ou sistemas. Tem como agente etiológico o *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch que, a partir de uma infecção pode evoluir para doença ativa ou manter-se em estado de latência, denominada Infecção Latente por Tuberculose (ILTb). O desequilíbrio do sistema imunológico causado por doenças como a AIDS, diabetes, uso de drogas imunossupressoras, envelhecimento e hábitos como o etilismo e o uso de drogas lícitas ou ilícitas, favorecem a progressão da infecção latente para doença ativa (WHO, 2020).

A doença afeta desproporcionalmente pessoas do sexo masculino, adultos jovens e países de baixa renda, apontando para a associação entre a ocorrência de TB e fatores socioeconômicos (WHO, 2019). A Estratégia da Organização Mundial da Saúde (OMS) voltada a epidemia global da TB visa uma redução de 90% da mortalidade e de 80% da incidência da doença até 2030. Apesar do progresso observado na detecção da doença e do alcance de melhores taxas de cura, a doença continua presente em vários países, representando um importante problema de saúde pública.

A hanseníase também transmitida pelas vias respiratórias através de secreções, tosses e espirros, por meio de contato próximo e prolongado com pessoas suscetíveis a adoecer, (inclusive crianças) através de uma pessoa doente que apresenta a forma infectante da doença (multibacilar – MB) que ainda não está sendo tratada (BRASIL, 2020).

Apesar de ser transmissível por meio das vias aéreas superiores, um contato rápido com quem tem hanseníase dificilmente fará com que o outro indivíduo seja infectado pela doença. Estima-se que a maioria da população possua imunidade natural contra o bacilo, portanto a maior parte da população não adoecer (BRASIL, 2020). Quando adoecer, pode acometer a pele e o sistema nervoso com lesões dermatológicas e comprometimento neural, levando a sérias complicações.

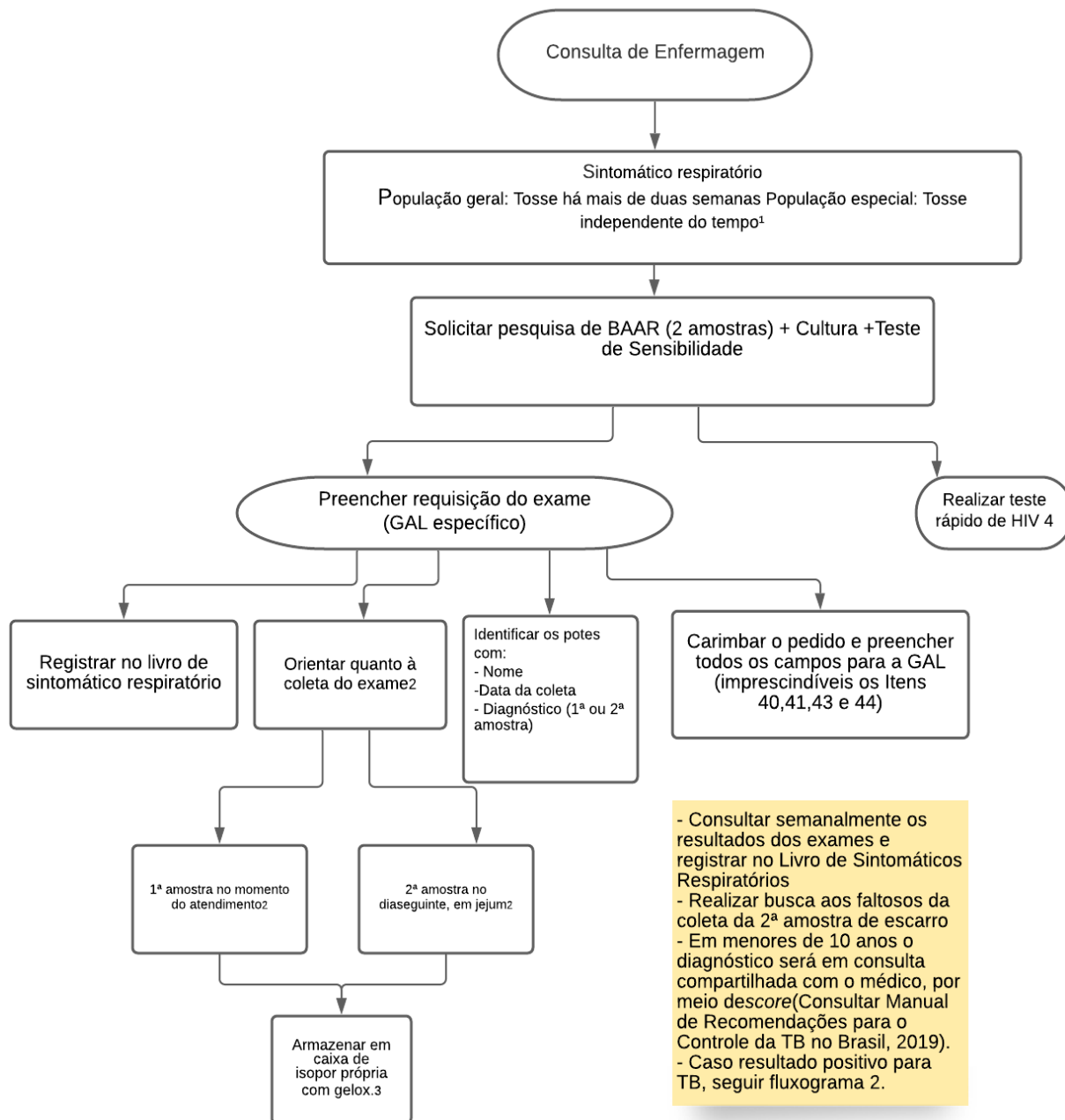
Os programas Nacionais de Controle da Tuberculose e Hanseníase apresentam diretrizes específicas, para direcionar as equipes de saúde no manejo clínico e operacional, no enfrentamento dessas doenças. Nesta perspectiva, a equipe de enfermagem é fundamental para o sucesso no tratamento.

Diante do exposto, é importante destacar que os profissionais de enfermagem prestam o cuidado baseado em evidências científicas, o que reforça a necessidade da busca por referências atualizadas, em base de dados seguros, fomentando a dinâmica do conhecimento e transformando os saberes em práticas, com segurança, ciência e cuidado.

### 3. FLUXOGRAMAS

Os fluxogramas apresentam-se como um guia de consulta para nortear o profissional sobre quais condutas tomar frente aos contextos que envolvem a saúde do indivíduo, caso suspeito ou confirmado de tuberculose ativa ou latente, e hanseníase

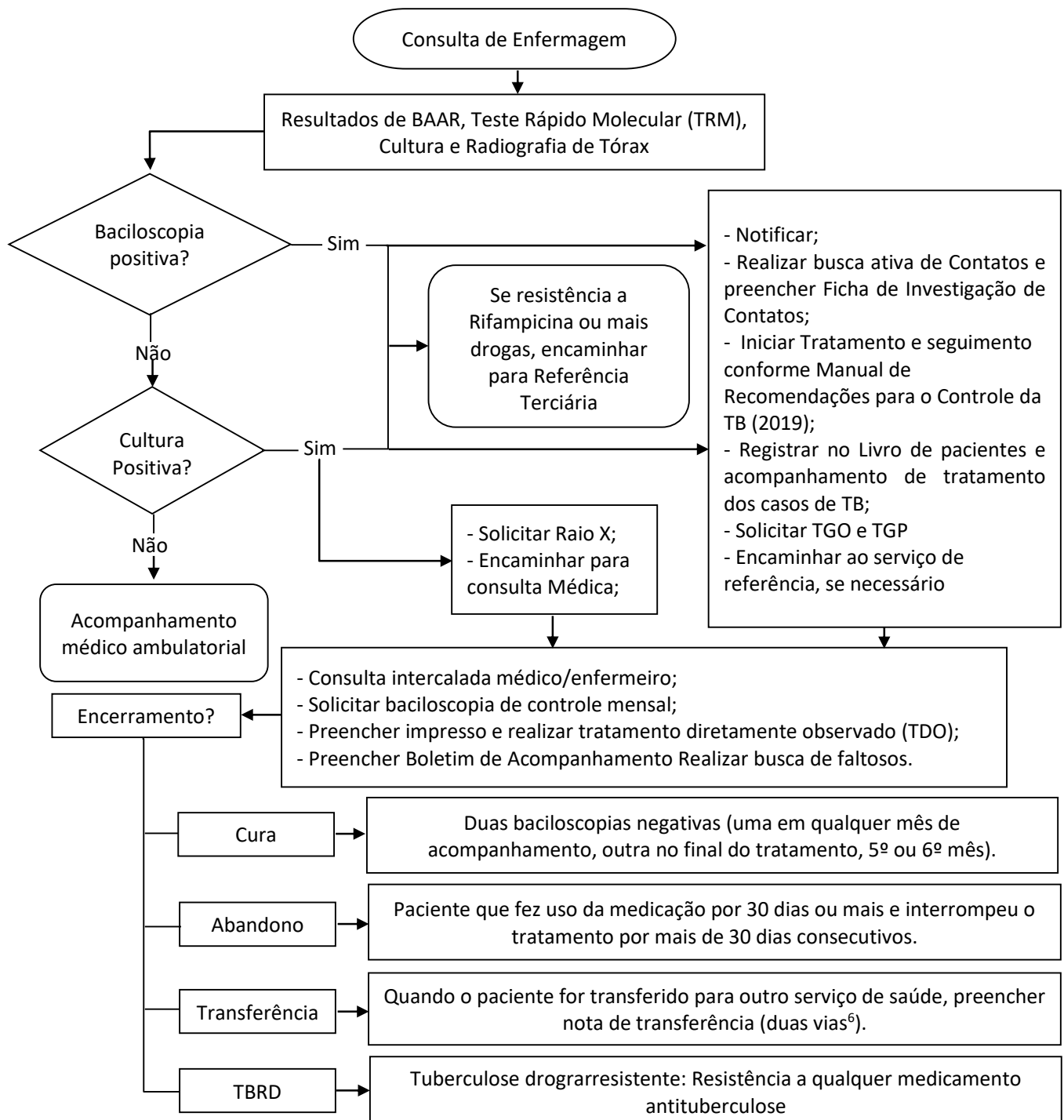
#### FLUXOGRAMA 3.1 - Atendimento na de Suspeita de Tuberculose



1. População Especial: PVHIV, Usuários de Álcool e outras Drogas, Profissionais de Saúde, População privada de liberdade, Indígenas, Diabéticos e População em situação de rua (consultar Manual TB 2019).  
População de rua: contactar consultório na rua para atendimento compartilhado
2. Orientações sobre coleta, armazenamento e transporte: consultar Manual TB 2018 - Item 3.4 - pág 57
3. Seguir Protocolo de envio de amostras ao laboratório municipal.
4. HIV positivo encaminhar para referência secundária



## FLUXOGRAMA 3.2- Diagnóstico de Tuberculose



2. Solicitação de BAAR para sintomático respiratório, RX e PPD. Encaminhar para avaliação médica após resultado de exames. Caso BAAR positivo, iniciar fluxo de atendimento de tuberculose como caso novo.

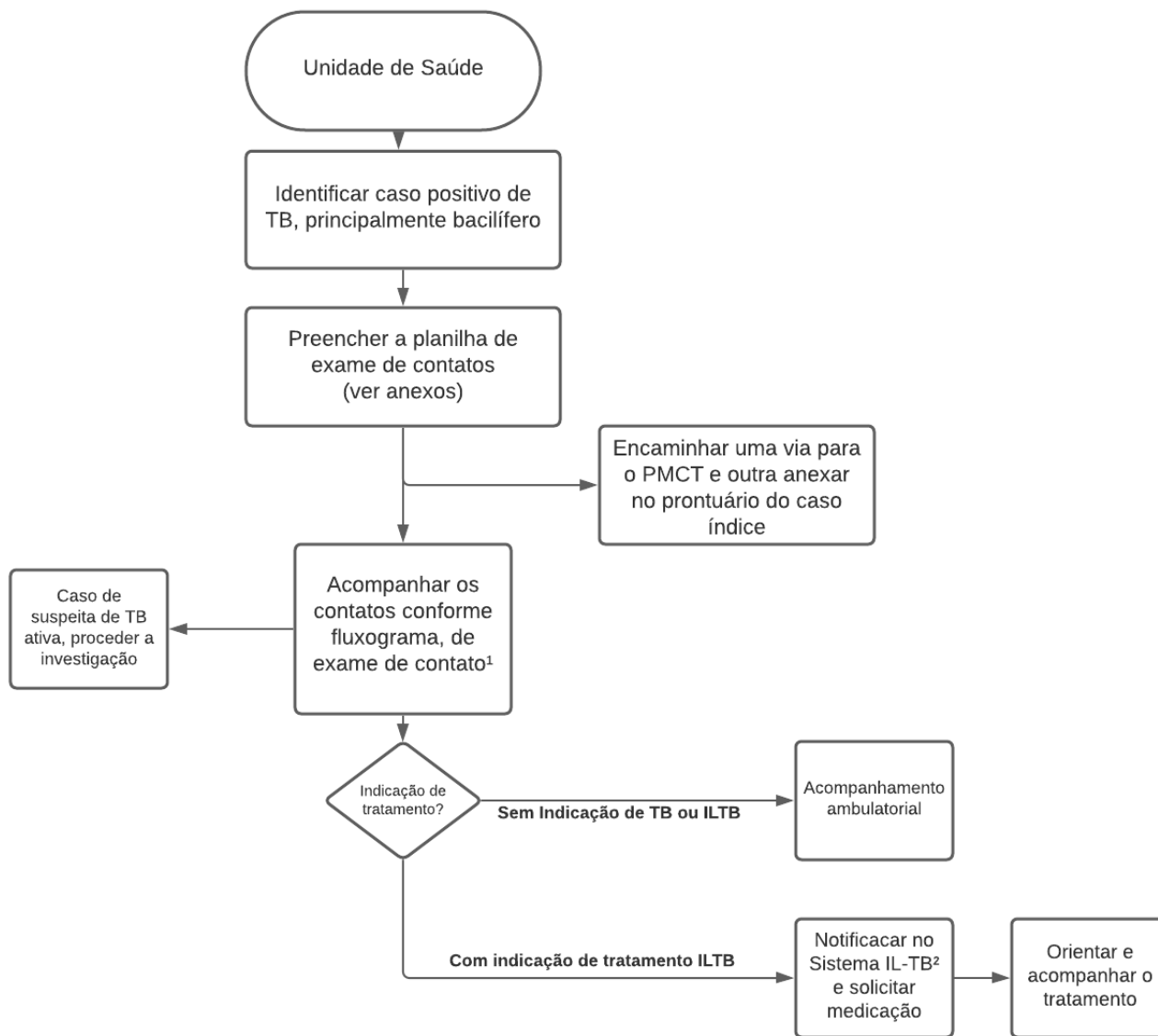
3. Mensalmente, e em resultados alterados encaminhar imediatamente para consulta médica.

4. O raio X deve ser realizado após o segundo mês de tratamento, para acompanhar a regressão ou ampliação das lesões iniciais.

5. Se baciloscopia de controle for positiva ao final do segundo mês do tratamento, solicitar cultura e teste de sensibilidade.

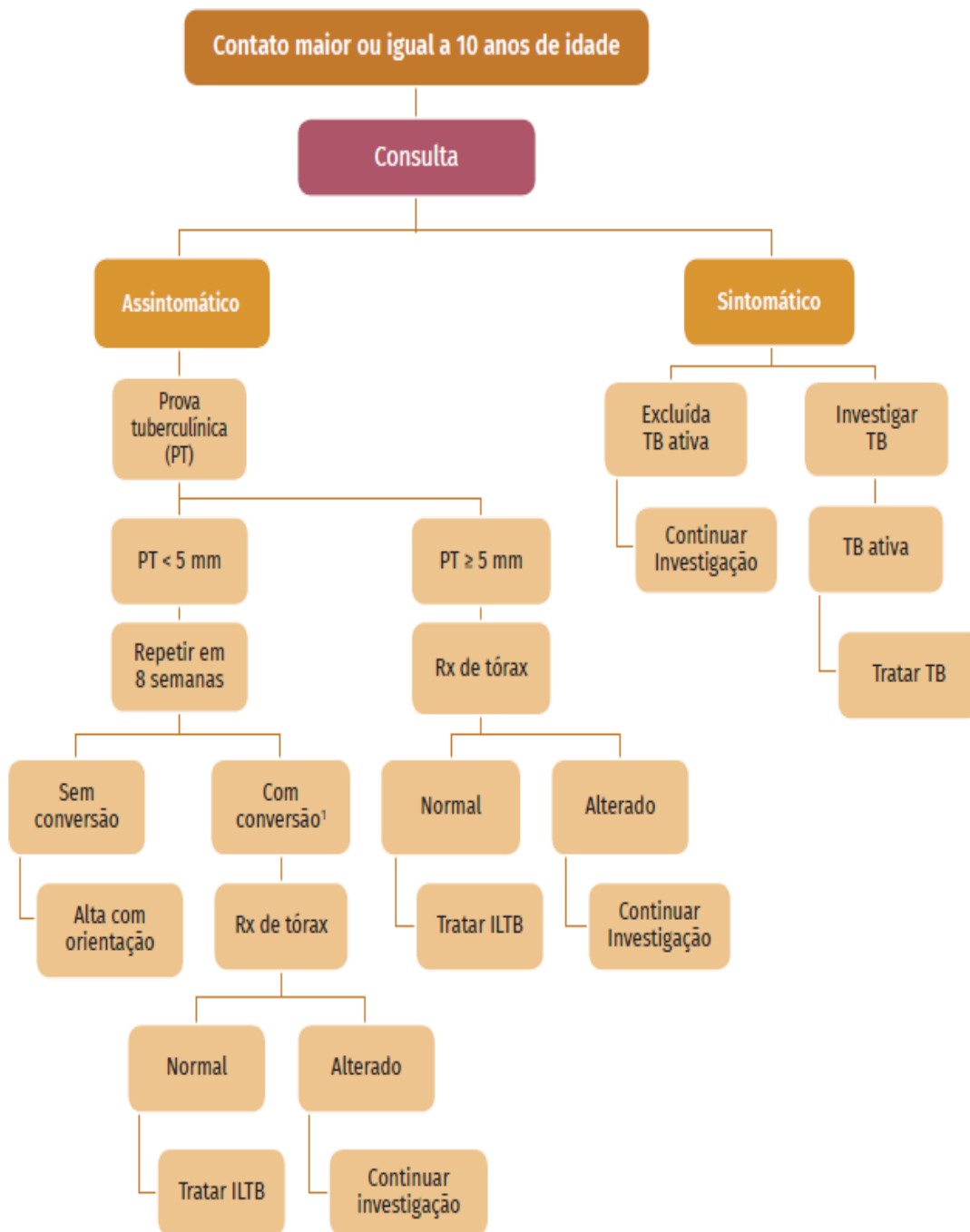
6. Uma via entregue ao paciente e a outra encaminhada ao Distrito Sanitário. Colocar data da transferência. Contactar a nova unidade do caso

### FLUXOGRAMA 3.3 - Rastreo para ILTB.



1Figuras 2,3,4  
 2Quando a unidade de saúde não for informatizada, enviar a ficha de notificação ao primeiro nível informatizado, conforme fluxo estabelecido pelo PMCT;  
**Atenção:** Quando o caso índice estiver sendo tratado por uma unidade de referência, esta deve entrar em contato com a Unidade Básica de Saúde para informar a necessidade da avaliação de contatos do caso índice;

**FLUXOGRAMA 3.4 - investigação de contatos adultos e adolescentes (≥10 anos de idade)**



**Fonte:** Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose No Brasil, 2ª edição atualizada, 2019.

¹Quando há um incremento de pelo menos 10 mm em relação a PT anterior.

### FLUXOGRAMA 3.5 - Investigação de contato em crianças (< 10 anos de idade)

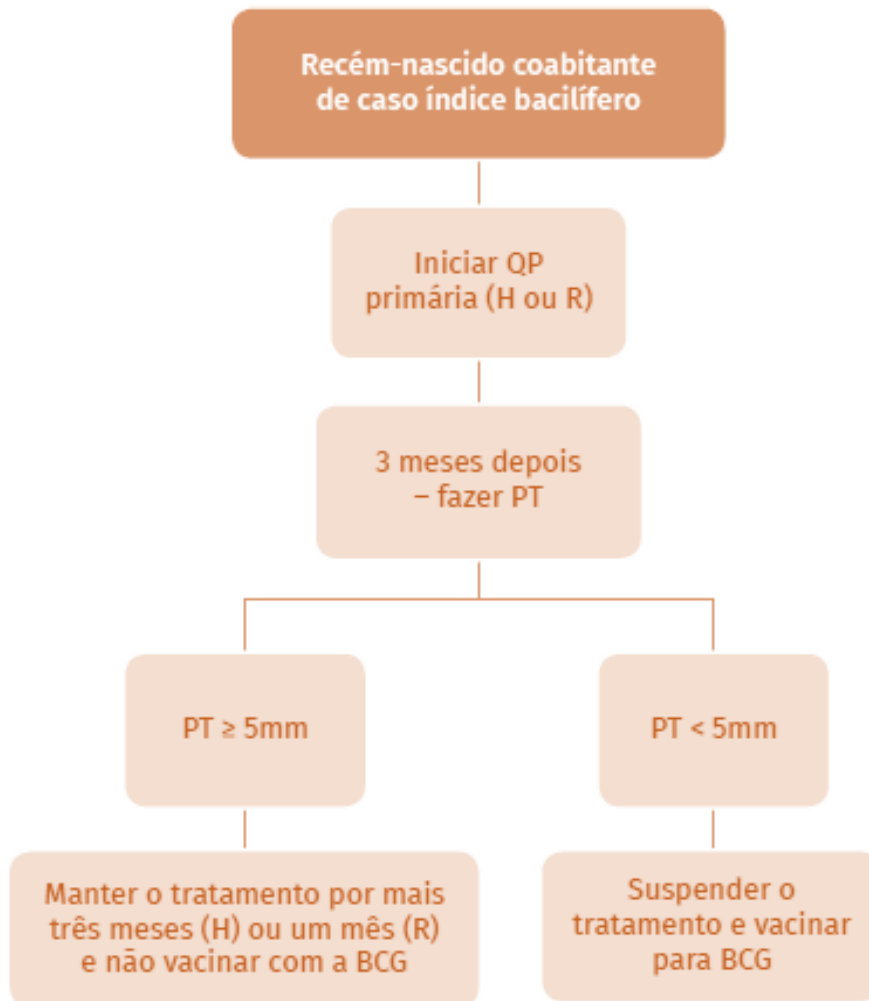


**Fonte:** Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose No Brasil, 2ª edição atualizada, 2019  
Empregar o quadro de pontuação, score.

2 PT (Prova tuberculínica)  $\geq 5$  mm em crianças contato independentemente da vacinação com BCG.

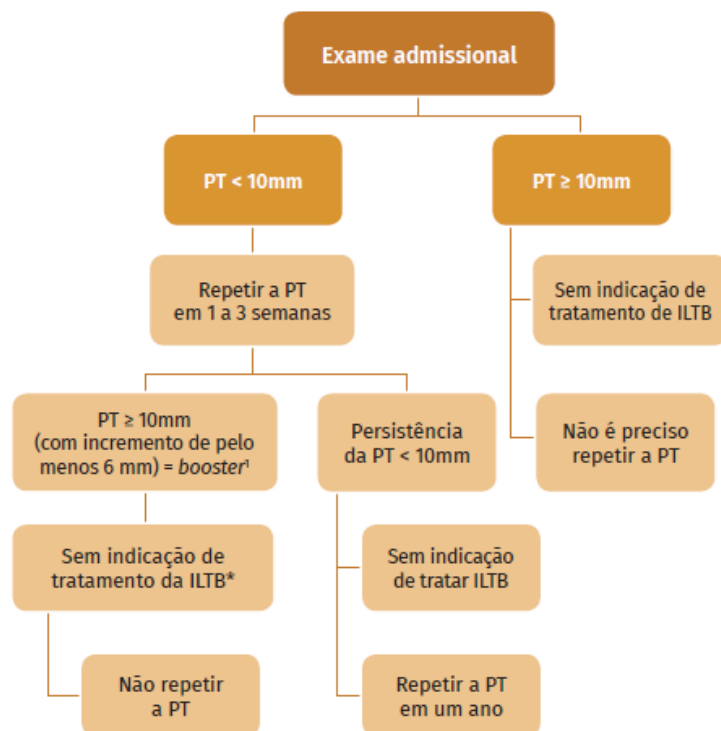
3 Quando há um incremento de pelo menos 10 mm em relação a PT anterior.

### FLUXOGRAMA 3.6 - Prevenção da infecção tuberculosa em recém-nascidos



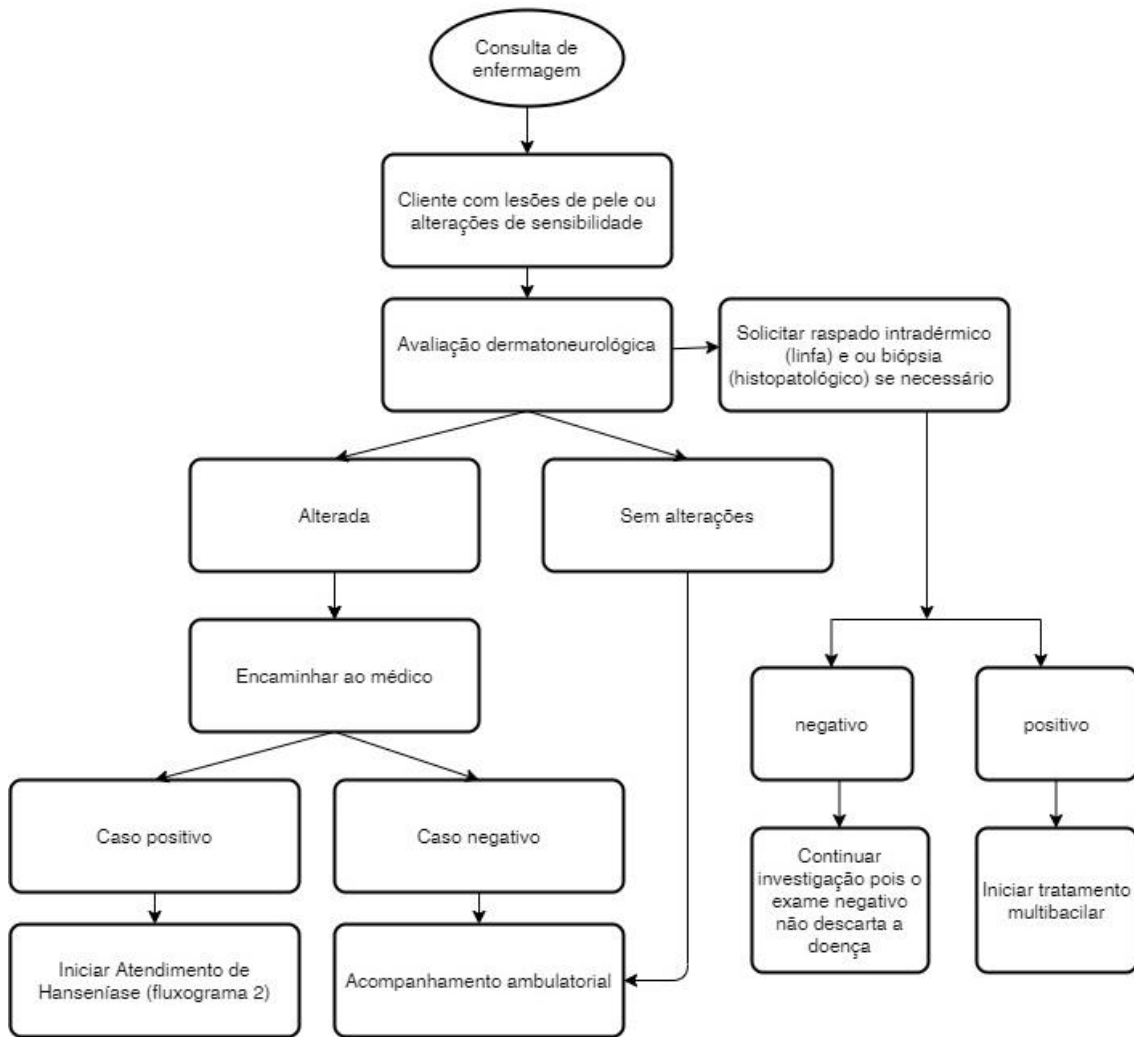
**Fonte:** Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose No Brasil, 2ª edição atualizada, 2019 H (Isoniazida).

### FLUXOGRAMA 3.7 - Avaliação da infecção latente em profissionais de saúde no momento da admissão ao trabalho

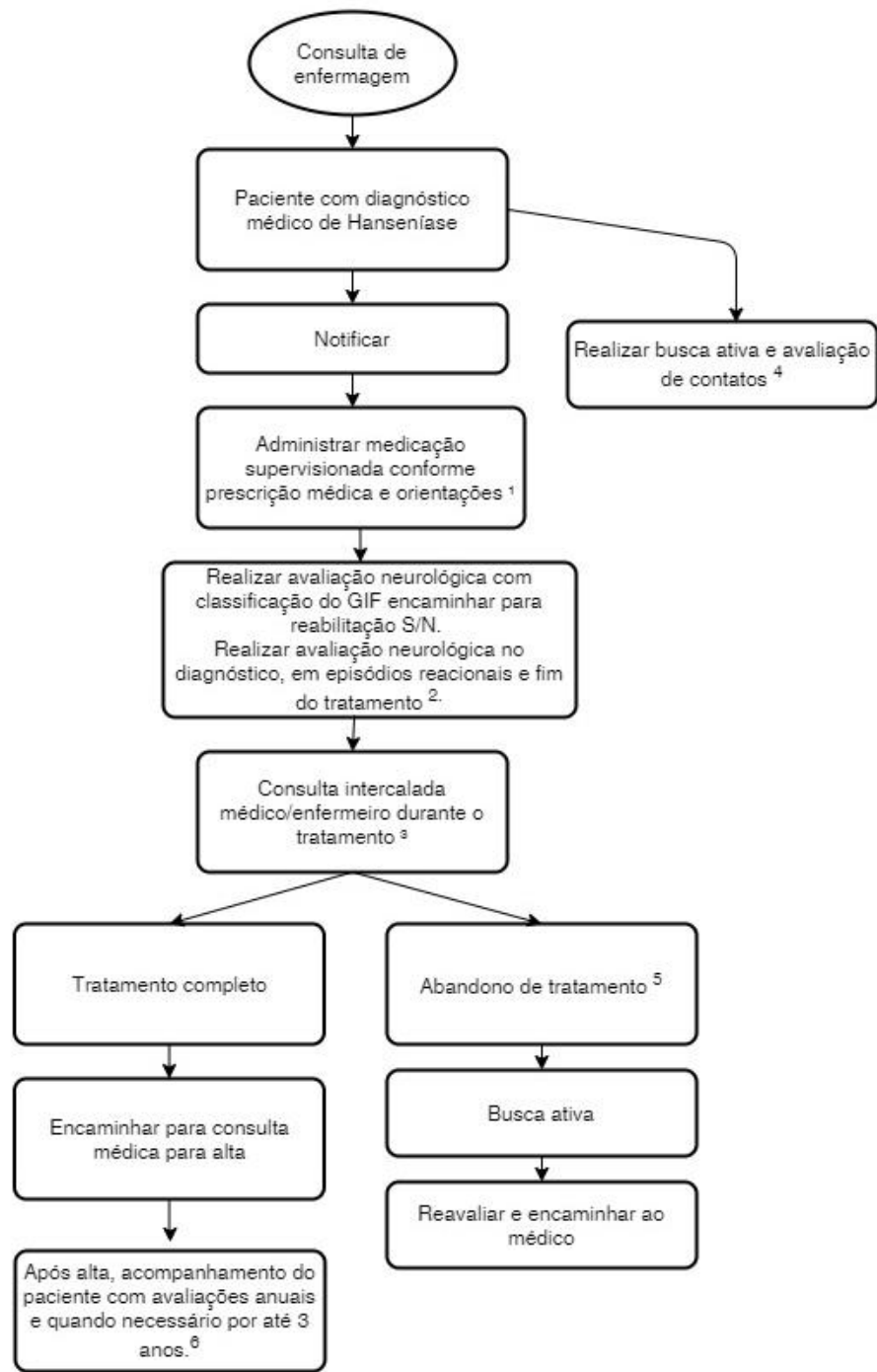


Fonte: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose No Brasil, 2ª edição atualizada, 2019.

### FLUXOGRAMA 3.8 - Atendimento de suspeita de hanseníase



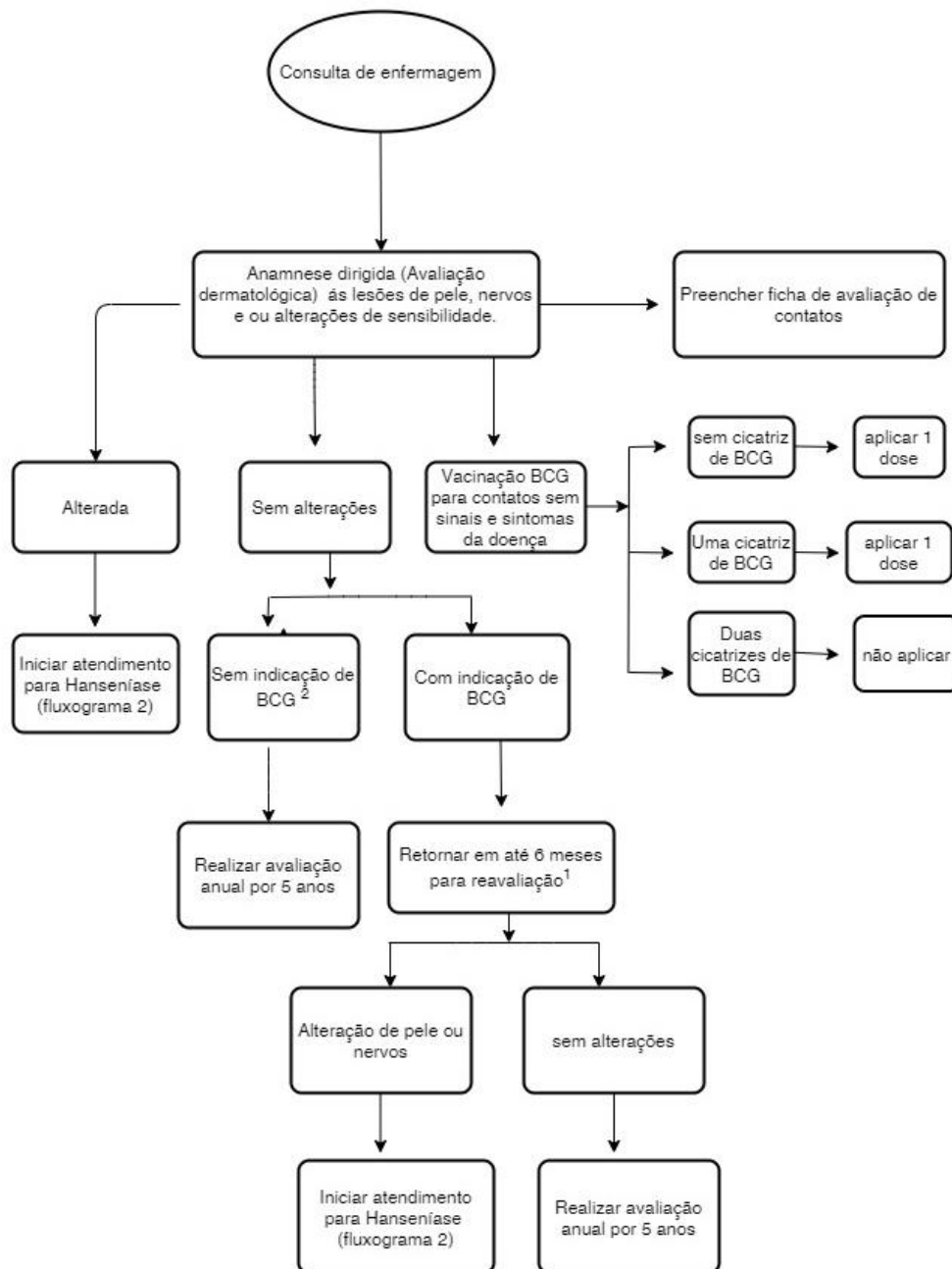
### FLUXOGRAMA 3.9 - Atendimento de hanseníase



1. Relacionadas à prevenção de incapacidade e tratamento supervisionado
2. Conforme Manual de Prevenção de Incapacidade. Caderno de Prevenção e reabilitação em Hanseníase nº 1. Ministério da Saúde, 2008. pág 116 e 117
3. Se detectar sinais e sintomas de surto reacional, encaminhar imediatamente ao médico
4. Realizar avaliação dermatoneurológica de contatos por no mínimo 5 anos.
5. Abandono: paciente MB - 6 meses sem tomar medicamento, PB 3 meses sem tomar o medicamento.
6. Podem ocorrer episódios reacionais até 3 anos após a alta.



## FLUXOGRAMA 3.10 – Controle de contatos de Hanseníase



1. Se houver qualquer alteração de pele e nervos antes da data prevista para retorno, procurar a unidade de saúde.
2. Contatos de hanseníase com menos de 1 ano de idade, já comprovadamente vacinados, não necessitam de aplicação de outra dose de BCG.

### OBSERVAÇÕES:

- Contato domiciliar é toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase.
- Contato social é qualquer pessoa que conviva ou tenha convivido em relações familiares ou não, de forma próxima e prolongada. Incluem vizinhos, colegas de trabalho e de escola, entre outros, devem ser investigados de acordo com o grau e tipo de convivência, ou seja, aqueles que tiveram contato muito próximo e prolongado com o paciente não tratado.
- Avaliar anualmente, durante cinco anos, todos os contatos não doentes, quer sejam familiares ou sociais.

## **CAPÍTULO 1**

# **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À TUBERCULOSE**

## 4.1 INTRODUÇÃO

Em 2019 cerca de 10 milhões de pessoas adoeceram e 1,4 milhões morreram por TB, sendo ela uma das dez principais causas de morte no mundo. Entre as pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) o *M. tuberculosis* isoladamente foi a principal causa de morte (WHO, 2020).

Na América Latina, desde o ano 2000 a incidência da TB vem diminuindo 1,7% ao ano, porém, abaixo dos 5,3% estabelecidos para cada ano, comprometendo o alcance das metas propostas pelo fim da TB até 2030.

No Brasil são notificados anualmente cerca de 76 mil casos novos e aproximadamente 4,5 mil mortes por TB, colocando o país na 20ª posição na lista dos 30 prioritários para a doença e 19ª posição entre os 30 países prioritários para a coinfeção TB/HIV. Entre as doenças infecciosas a TB representa a quarta causa de morte e, dentre as doenças infecciosas definidas em pacientes com AIDS, ela ocupa o primeiro lugar (WHO, 2018).

Em 2018, a taxa de incidência da TB no Brasil foi 36,6/100 mil habitantes, apresentando grandes variações entre as unidades federadas (UF), onde o Rio de Janeiro e Amazonas apresentaram taxas superiores a seis vezes a verificada no Distrito Federal, que registrou a menor taxa. Além das diferenças regionais, a doença se propaga intensamente em alguns grupos populacionais considerados vulneráveis. Na população indígena foram registrados 1% do total de casos novos no país, em moradores de rua 2,5%, entre pessoas vivendo com o HIV 8,4% e na população encarcerada, foi 11,1% (BRASIL, 2020).

Em Mato Grosso do Sul, no mesmo ano a taxa de incidência encontrada ultrapassou 40,0/100 mil hab., ocupando o sétimo lugar entre as demais UF. Na população encarcerada foram registrados 30% dos casos, correspondendo a uma das cinco mais elevadas taxas de incidência entre as demais UF (2.000/100.mil hab.) e muito acima da nacional (1.077/100 mil hab.). O percentual de casos novos entre a população indígena representa em torno de 12,0 % do total notificados no estado, perdendo apenas para Roraima (26,8%). A taxa de incidência em indígenas entre 2012 e 2013 variou entre 150 e 190/100 mil hab. (OLIVEIRA, 2015). A coinfeção (TB/HIV) em 2018 ficou abaixo da média do país. Entre 2015 e 2018 os percentuais de casos novos em uso de Terapia Antiretroviral (TARV) foram baixos, colocando Mato Grosso do Sul entre as três UF com menores percentuais de uso desta terapia.

Nos anos da série histórica (2001 – 2018), a taxa de mortalidade por TB declinou no Brasil, ainda contabilizando cerca de 4.500 óbitos no último ano. As maiores taxas foram registradas nos estados do Rio de Janeiro, Pernambuco e Amazonas. Em Mato Grosso do Sul esta taxa foi aproximadamente 2,0/100 mil hab. abaixo da registrada no país (2,2/100 mil hab).

A cura dos casos novos no Brasil variou em torno de 72%, o abandono em 10%, as transferências, falta de seguimento e falta de encerramento se aproximaram de 9%. O Tratamento

Diretamente Observado (TDO) oscilou de pouco mais de 33%, não ultrapassando 48% dos casos novos. Mesmo entre casos retratados o TDO mostrou-se baixo, com apenas três estados realizaram TDO em mais de 70% dos retratados. O abandono tanto para casos novos quanto para casos retratados foi mais que o dobro entre os não acompanhados pelo TDO.

Em Mato Grosso do Sul, a cura entre casos novos foi menor que a alcançada no país, colocando o estado entre as quatro piores taxas. A taxa de abandono ficou em torno de 11%, transferência abaixo de 5% e 10% sem encerramento. O TDO foi realizado em aproximadamente 40% dos casos novos e apenas 35% entre casos retratados, ambos acima da média do país.

No Brasil, em 2018 o percentual de contatos examinados ficou em torno de 67% com 13 UF examinando menos que a média do país, incluindo Mato Grosso do Sul. Entre casos novos diagnosticados, cerca de 87% realizaram exames laboratoriais, e destes, cerca de 85% foram positivos. O Teste Rápido Molecular para TB (TRM-TB) foi realizado em 42,3% dos casos novos pulmonares positivos.

A realização da cultura entre 2001 e 2017 cresceu progressivamente, partindo de 8,3% para 32,2% entre casos novos, com comportamento de crescimento semelhante entre retratamento, mas inferior a 45%.

No último ano (2018) no Brasil, a cultura foi realizada em 32% dos casos novos, com 74% positivas e dentre estas, apenas 43% foram submetidas ao teste de sensibilidade às drogas, com identificação de 7,8% de resistência. A cultura entre os retratamentos foi realizada em 41%, com 70% positivas e, dentre estas, apenas 52% foram submetidas ao teste de sensibilidade às drogas, com taxa de resistência de 13,8%.

Em Mato Grosso do Sul, no ano de 2018 os percentuais de casos novos diagnosticados e a positividade foram muito próximos aos registrados no país. O teste rápido molecular para a TB (TRM-TB) foi utilizado em aproximadamente 45% dos casos novos pulmonares positivos. Em 2017, a cultura para o *M. tuberculosis* entre retratamento foi realizada em cerca de 50% colocando o estado entre as dez UF com melhores percentuais.

No Brasil, a realização do teste para o HIV cresceu de forma progressiva ao longo do período, alcançando nos três últimos anos cerca de 85%, onde a taxa de coinfeção de 8,4% entre todos os casos novos de TB. No período de 2015 a 2019 aproximadamente 50% dos casos novos coinfectados (TB-HIV) estavam realizando a Terapia Antiretroviral (TARV). Estes coinfectados apresentam menor taxa de cura, maior taxa de abandono e 4 vezes maior taxa de óbito quando comparado aos casos novos HIV negativo. A evolução dos casos novos coinfectados sem uso da TARV registraram um abandono próximo a 20% e o óbito próximo a 30%, pior quando comparada com os casos que fazem uso desta terapia (BRASIL, 2020).

Os indicadores acima descritos apontam para a necessidade de maior atenção para grupos de maior vulnerabilidade ao adoecimento e ao óbito, além de monitorar os indicadores

epidemiológicos e operacionais para o alcance das metas pactuadas pelo fim da TB enquanto problema de saúde pública no Brasil.

## 4.2 CONSULTA DE ENFERMAGEM

Na Consulta de Enfermagem, o profissional deve acolher, orientar, esclarecer as dúvidas, encorajar os indivíduos para adesão e vínculo ao tratamento da tuberculose, para que assim haja redução dos riscos de manutenção da cadeia de transmissão, abandono do tratamento e resistência ao fármaco em decorrência da descontinuidade e/ou abandono e/ou tomada irregular; promovendo, desse modo, um elo importante entre o serviço de saúde e o doente de TB, contribuindo para melhoria nas taxas de sucesso de tratamento.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) apresentamos como sugestão para registro da atividade, o método SOAP do prontuário eletrônico do cidadão (PEC e-SUS).

	<b>Subjetivo</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Avaliação</b>	<b>Plano</b>
<i>CIPE</i>	Histórico de Enfermagem	Exame Físico	Diagnóstico de Enfermagem Resultado de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem Prescrições farmacológicas
<i>CIAP</i>	Código de queixa principal	Exames	Código do Problema e/ou condição detectada	Código de Intervenções e/ou procedimentos

Segue abaixo sugestão de roteiro na atenção à Tuberculose, sistematizando a consulta de enfermagem no primeiro atendimento ou seguimentos dos casos, sejam eles crianças, adolescentes ou adultos. O instrumento disponibilizado poderá ser impresso para uso do profissional (**APÊNDICE A**).

## 4.3 CONSULTA DE ENFERMAGEM PARA TUBERCULOSE

### 4.3.1 SUBJETIVO: Histórico de Enfermagem/Motivo da consulta (queixa)

#### 4.3.1.1 Histórico de enfermagem

O Histórico de Enfermagem deve conter dados que permitam uma análise geral e prática das alterações apresentadas pelo doente de Tuberculose (TB).

A realização de uma boa anamnese garante uma adequada relação enfermeiro - cliente. O profissional da Atenção Primária da Saúde deve acolher e realizar uma escuta qualificada do seu

cliente, informando e explicando a natureza e gravidade dos sinais e sintomas da TB. Salientamos a importância dos registros das informações de forma adequada, completa, organizada e de maneira clara.

A anamnese busca ressaltar e avaliar fatores de risco e agravos de saúde. É importante destacar a necessidade de avaliar o perfil do doente, uma vez que permitirá identificar provável fonte de contágio e listar os contactantes (familiares, trabalho, vida social).

Esta avaliação inclui a identificação de grupos populacionais mais vulneráveis, investigação por contato prévio com a TB, cicatriz da BCG, condições de moradia, se é privado ou ex-privado de liberdade ou faz visita em prisões, indígena, pessoa vivendo com HIV, pessoa vivendo em situação de Rua, riscos ocupacionais, situação familiar, nível socioeconômico, dentre outros.

É importante identificar neste momento, se a consulta de enfermagem será direcionada para investigação de possível TB (seguir o FLUXOGRAMA 3.1) ou se o indivíduo já apresenta diagnóstico confirmado (seguir o FLUXOGRAMA 3.2), avaliando a fase de tratamento em que o doente se encontra, ou se está retornando ao tratamento após abandono o que permitirá programar consultas compartilhadas entre profissional Médico (a) e Enfermeiro (a).

#### 4.3.2 OBJETIVO

##### 4.3.2.1 Exame físico

O exame físico do suspeito de TB deve ser voltado para a identificação das manifestações próprias da doença, as peculiaridades de acordo com cada ciclo de vida, o que demanda experiência profissional, habilidades técnicas além de condições ambientais compatíveis com biossegurança respiratória.

É importante observar neste atendimento questões relacionadas as condições socioeconômicas, nível de escolaridade, nível de compreensão das informações repassadas, conhecimento sobre a doença, mitos e crenças, especialmente condições favoráveis a adesão e correto tratamento.

Convém ressaltar que a infecção por *M. tuberculosis* ocorre pelas vias respiratórias e, após a infecção, quando o sistema de defesa consegue bloquear a evolução para o adoecimento, é denominada de infecção latente. No entanto, quando a bactéria consegue vencer as barreiras de defesa, a doença pode instalar-se no pulmão ou pode disseminar-se e acometer qualquer órgão. No entanto, em 80% dos casos a forma da doença é pulmonar, mas pode haver um foco infeccioso fora do pulmão, com manifestações que dependem do órgão acometido, cujo diagnóstico é extremamente difícil.

No exame físico, portanto, é necessário avaliar os elementos psicobiológicos incluindo a *Oxigenação, Regulação Vascular, Eliminação e a Integridade Cutâneo-mucosa*.

Apresentamos dois roteiros para avaliação inicial e de acompanhamento do paciente com tuberculose ativa (doença) ou infecção latente, sendo um destinado à criança e outro para adolescente ou adulto.

Neste roteiro, incluímos uma ferramenta para detecção precoce de casos prováveis ao abandono, principalmente em áreas com dificuldades para aplicar estratégias de adesão ao tratamento, como o TDO. Esta ferramenta, validada por Prado (2010) e Bezerra *et al.*, (2020), dispõem de um escore de risco de abandono que possibilita estratificar os pacientes com risco de abandono do tratamento de tuberculose classificado como: elevado, intermediário e baixo, e que pode contribuir para tomada de decisão.

Os instrumentos de coletas de dados e acompanhamento do paciente está disponibilizado nos anexos.

#### 4.3.3 Avaliação e plano de enfermagem

A partir das informações do histórico de enfermagem e exame físico é possível elaborar um plano de cuidados pela enfermagem, com possíveis intervenções e prescrições de cuidados em observância ao protocolo de tratamento preconizado.

##### ✓ Risco de abandono

Sabemos da existência do risco de abandono ao tratamento, entre os pacientes de tuberculose. Neste sentido, uma das recomendações sugeridas neste protocolo, para o manejo dos pacientes na consulta de enfermagem é aplicar o Escore de Risco de Abandono, proposto no **APÊNDICE A** (pág.61).

De acordo com as variáveis do perfil do paciente, você deverá somar os pontos. A pontuação total indicará se o paciente tem risco de abandono classificado como: **alta, intermediária ou baixa**. Nesse sentido, você e sua equipe poderão elaborar melhores estratégias, dentro do plano de enfermagem para adesão e sucesso ao tratamento.

Este instrumento de Escore foi elaborado e validado por Prado *et al.*, (2016) e ainda adaptado e validado em Mato Grosso do Sul, em serviço especializado de TB por Bezerra *et al.*, (2020).

A avaliação e o plano de enfermagem para o acompanhamento de paciente com TB ativa ou com TB latente estão apresentados abaixo:

Principais diagnóstico / resultados de enfermagem	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem/ Encaminhamentos	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Função do sistema respiratório prejudicada</li> <li>- Condição Respiratória eficaz</li> <li>- Falta de apetite</li> <li>- Apetite positivo</li> <li>- Estado de fadiga</li> <li>- Tosse</li> <li>- Tosse ausente</li> <li>- Termorregulação prejudicada</li> <li>- Temperatura corporal nos limites normais</li> <li>- Condição nutricional prejudicada</li> <li>- Condição nutricional melhorada</li> <li>- Deficiência imunológica</li> <li>- Polifármacos (ou Polifarmácia)</li> <li>- Adesão ao Regime Medicamentoso</li> <li>- Não Adesão ao Regime Medicamentoso</li> <li>- Efeito Colateral da Medicação</li> <li>- Efeito Colateral da Medicação, Ausente</li> <li>- Interação Medicamentosa Adversa, Presente</li> <li>- Interação Medicamentosa Adversa, Ausente</li> <li>- Resposta à Terapia, Eficaz</li> <li>- Conhecimento, Adequado (doença/medicação)</li> <li>- Ajustamento, Prejudicado</li> <li>- Crença Cultural, Conflituosa</li> <li>- Desempenho de Papel, Prejudicado</li> <li>- Problema Habitacional</li> <li>- Processo Familiar Disfuncional, com Abuso de Álcool</li> <li>- Dependência de Álcool</li> <li>- Abuso de Álcool (ou Alcoolismo), Ausente</li> <li>- Abuso de Tabaco (ou de Fumo), Presente</li> <li>- Abuso de Tabaco (ou de Fumo), Ausente</li> <li>- Socialização, Prejudicada</li> <li>- Apoio Social, Eficaz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A70 Tuberculose</li> <li>- A03 Febre</li> <li>- A04 Debilidade/Cansaço/ Fadiga</li> <li>- R05 Tosse</li> <li>- R24 Hemoptise</li> <li>- R29 Sinais/sintomas do aparelho respiratório, outros</li> <li>- B02 Gânglio linfático aumentado/doloroso</li> <li>- A33 Exame microbiológico/imunológico</li> <li>- A41 Radiologia diagnóstica</li> <li>- A43 Outros procedimentos diagnósticos</li> <li>- A38 Outras análises laboratoriais NE</li> <li>- A61 Contra referência de outro prestador - resultado de exames/teste/ análise</li> <li>- A50 Medicação/prescrição/ renovação/ injeção</li> <li>- A85 Efeito adverso de fármaco dose correta</li> <li>- A45 Educação em saúde/aconselhamento/dieta</li> <li>- A87 Complicações de tratamento médico</li> <li>- A58 Aconselhamento/ terapêutica</li> <li>- P15 Abuso crônico de álcool</li> <li>- P16 Abuso agudo de álcool</li> <li>- P17 Abuso do tabaco</li> <li>- Z01 Pobreza/problemas econômicos</li> <li>- Z03 Problemas de habitação/vizinhança</li> <li>- Z04 Problema sociocultural</li> <li>- Z08 Problema relacionado com sistema de segurança social</li> </ul>	<p><b>CIPE®</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examinar componente do sistema respiratório</li> <li>- Avaliar sintomas clínicos</li> <li>- Gerenciar exames</li> <li>- Coletar Amostra (ou Espécimen)</li> <li>- Obter dados sobre conduta clínica</li> <li>- Notificar doença compulsória (caso suspeito ou confirmado)</li> <li>- Orientar sobre Doença</li> <li>- Gerenciar Medicação</li> <li>- Orientar sobre Medicação</li> <li>- Prescrever Medicação</li> <li>- Reforçar Adesão</li> <li>- Avaliar Resposta à Medicação</li> <li>- Obter Dados sobre Adesão ao Regime Terapêutico</li> <li>- Obter Dados sobre Efeito Colateral da Medicação</li> <li>- Obter Dados sobre Risco de Interação Medicamentosa, Adversa (ex: rifampicina e anticoncepcional)</li> <li>- Envolver-se no Processo de Tomada de Decisão</li> <li>- Gerenciar Acompanhamento de Rastreamento (Screening)</li> <li>- Fazer rastreamento de Tuberculose na família/ comunidade</li> <li>- Promover Apoio Social</li> <li>- Proteger Crenças Culturais</li> <li>- Fazer Rastreamento (Screening) de Abuso de Substância</li> <li>- Obter Dados sobre Apoio Social</li> <li>- Obter Dados sobre Crenças Culturais</li> <li>- Obter Dados sobre Uso de Terapias Tradicionais</li> </ul> <p><b>Ministério da Saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registrar as atividades nos sistemas nacionais de atenção primária em saúde e encaminhar fichas e documentações à vigilância em saúde do município;</li> <li>- Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco</li> <li>- Realizar visita domiciliar, caso necessário;</li> <li>- Realizar prova tuberculínica em contatos de sintomáticos respiratórios;</li> <li>- Solicitar exames (BAAR, raio-X de tórax, cultura, identificação e teste de sensibilidade para BK, prova tuberculínica), além do teste HIV sob autorização e aconselhamento;</li> <li>- Prescrever esquema básico para tuberculose caso a unidade de saúde não disponha de médico;</li> <li>- Agendar consulta com médico;</li> <li>- Quando necessário, solicitar apoio de telemedicina para dúvidas ou apoio em condutas assistenciais, via Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes;</li> <li>- Convocar os contatos para investigação;</li> <li>- Convocar o doente faltoso à consulta e o que abandonar o tratamento;</li> <li>- Acompanhar a ficha de supervisão da tomada de medicação preenchida pelo ACS;</li> <li>- Orientar os auxiliares e técnicos de enfermagem, ACS e ACE para o acompanhamento dos casos em tratamento e/ou tratamento diretamente observado;</li> <li>- Realizar atividades de educação permanente em saúde sobre Tuberculose;</li> <li>- Observar os cuidados básicos de redução da transmissão do <i>Mycobacterium tuberculosis</i>;</li> <li>- Programar os quantitativos de medicamentos necessários ao mês, para cada doente cadastrado na unidade básica de saúde, de forma a assegurar o tratamento completo de todos;</li> <li>- Preencher o livro de registro e acompanhamento dos casos de tuberculose e o de sintomático respiratório na UBS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esquema básico de Tuberculose</li> <li>--Fase intensiva de manutenção (Conforme indicação terapêutica)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baciloscopia de escarro (BAAR): duas amostras coletadas em dias subsequentes, sendo a primeira amostra coletada logo após a consulta</li> <li>- Teste Rápido Molecular para Tuberculose (TRM-TB, GeneXpert®): não indicado para retratamento</li> <li>- Cultura e teste de sensibilidade: sempre quando realizar a TRM-TB e em todos os casos suspeitos de TB em local onde não há TRM-TB</li> <li>- Radiografia de tórax</li> <li>- Teste rápido para HIV</li> <li>- Prova tuberculínica</li> </ul>



## 4.4 CONTROLE DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE

### 4.4.1 Aspectos clínicos

Nem todo indivíduo que entra em contato com o *Mycobacterium tuberculosis*, agente causador da TB, desenvolve a doença. Pessoas infectadas pelo *M. tuberculosis* que não apresentam a doença ativa são identificadas como portadores da Infecção Latente pelo *M. tuberculosis* (ILTB), estas pessoas podem permanecer saudáveis por muitos anos, sem transmitir o bacilo, portanto se tornam reservatórios que podem ser reativados sob condições de resposta imunológica alterada.

O maior risco de adoecimento se concentra nos primeiros dois anos após a primo-infecção, mas o período de latência pode se estender por muitos anos.

O rastreamento e o tratamento da ILTB é uma das principais estratégias para prevenção do adoecimento em populações com risco de desenvolver a doença, considerando que antes de se efetuar o tratamento da ILTB deve-se afastar tuberculose ativa e, somente após descartada a doença, proceder o tratamento profilático.

Em se tratando de doença ativa, os sinais e sintomas podem ser variados. Na TB pulmonar, incluem: tosse por mais de três semanas, expectoração, febre vespertina, sudorese noturna, emagrecimento, astenia, hemoptise, dor nas costas e no peito (BRASIL, 2019).

Embora os sintomas sejam conhecidos, identificar precocemente os sintomáticos respiratórios (SR) e aqueles com maior potencial de adoecimento por TB é ainda um grande desafio (CASTRO *et al.*, 2011), pois raramente procuram uma unidade de saúde no início dos sintomas, sendo esses sintomas atribuídos a uma gripe mal curada, a uma bronquite tabágica ou a outra situação clínica qualquer (CONDE *et al.*, 2009).

### 4.4.2 Tuberculose Ativa

#### 4.4.2.1 Diagnóstico

O diagnóstico rápido e o tratamento oportuno são de extrema importância no combate da doença, em especial ao tratar-se de formas pulmonares bacilíferas, uma vez que o tratamento quebra a cadeia de transmissão da doença evitando novas infecções e novos doentes.

Para o diagnóstico da TB podem ser utilizados um ou mais dos seguintes critérios: clínico, bacteriológico, por imagem, histopatológico e teste tuberculínico (para avaliar infecção latente – ILTB).

Os tipos de exames disponíveis e particularidades sobre cada um, podem ser consultados em (WHO, 2017; BRASIL, 2019), pontuados abaixo:

**QUADRO 1.** Tipos de exames disponíveis para o diagnóstico e controle da TB, e suas particularidades .

<b>Tipo de Exame</b>	<b>Como funciona?</b>	<b>Material colhido/Exame realizado</b>	<b>Quando solicitar?</b>
<b>Baciloscopia de escarro (BAAR)</b>	A pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente (BAAR), pelo método de Ziehl-Nielsen, é uma técnica simples e de baixo custo, sendo a mais utilizada. Examinadas sob microscopia para verificar a existências de bactérias. Esta técnica, quando executada corretamente, permite detectar a maioria dos casos pulmonares (BRASIL, 2017).	Escarro espontâneo ou induzido, lavado brônquico, lavado gástrico (crianças).  Observação: O lavado brônquico e lavado gástrico (crianças), devem ser colhidos em serviços especializados.	Início de tratamento, e controle de tratamento. Desejável: 2º, 4º e 6º mês.
<b>Testes rápidos moleculares (TRM)</b>	O teste rápido para diagnóstico de TB atualmente recomendado pela OMS é o Xpert® Ensaio MTB / RIF (Cepheid, Sunnyvale USA). É um teste de amplificação de ácidos nucleicos utilizado para detecção de DNA do M. tuberculosis e triagem de cepas resistentes à rifampicina pela técnica de reação em cadeia da polimerase (PCR) em tempo real.	Escarro ou lavado brônquico. Poderá ser utilizado para amostras extrapulmonares de líquido, lavado gástrico, gânglios linfáticos e outros tecidos (BRASIL, 2017). <b>Procedimentos de coletas invasivas, devem ser realizados em unidades secundárias ou terciárias.</b>	Para diagnóstico. Não deve ser solicitado para controle e retratamento. *Verificar se em seu município, o equipamento Gene Xpert está disponível para diagnóstico.
<b>Métodos por cultura</b>	Estes são considerados padrão ouro de referência atual, mas requer capacidade laboratorial mais desenvolvida e pode levar até 12 semanas para fornecer o resultado.	Escarro ou quaisquer outros espécimes coletados a partir da suspeita clínica de localização da doença.	Para diagnóstico e controle do tratamento.
<b>Radiografia de tórax</b>	É um importante meio de diagnóstico da TB primária. Deve ser solicitada para todo o paciente com suspeita clínica de TB pulmonar, pois a TB apresenta lesões características fundamentais para a definição do diagnóstico	Radiografia de Tórax (Perfil antero-posterior).	Para diagnóstico e controle de tratamento.
<b>Histopatológico</b>	É empregado na investigação das formas extrapulmonares ou nas formas pulmonares que se apresentam na radiografia como doença difusa, por exemplo, na TB miliar, ou em indivíduos imunossuprimidos.	Biópsia de tecido	À critério médico, para diagnóstico diferencial.
<b>Prova Tuberculínica (PT)</b>	É utilizada como uma importante avaliação de contatos assintomáticos com pessoas doentes por TB para identificação de infecção latente (ILTb), ou seja, quando o paciente tem o bacilo no organismo, mas não desenvolve a doença (primo-infecção da doença).	Consiste na inoculação de um derivado proteico purificado de M. tuberculosis com a finalidade de medir a resposta imune celular a estes antígenos (BRASIL, 2017).	

É importante destacar que a realização de uma coleta de escarro com qualidade contribui na identificação dos bacilos, requerendo uma adequada abordagem do paciente pela equipe de enfermagem, adequadamente treinada.

### ***Orientação para a coleta de escarro espontâneo e induzida:***

A equipe de enfermagem deve seguir as instruções do passo a passo para a coleta do escarro conforme Guia de Orientações para a Coleta de Escarro (BRASIL, 2014).

### ***Escarro espontâneo***

Para coleta espontânea, orienta-se que o paciente realize em local arejado, sendo estimulado o paciente colher o escarro pulmonar e não a saliva ou secreção da nasofaringe.

### ***Escarro induzido***

A prescrição de escarro induzido poderá ser realizada pelo enfermeiro quando o usuário não apresentar expectoração para amostra de escarro.

A prescrição consiste em nebulização com solução salina hipertônica (0,5 ml de cloreto de sódio 20% + 5 ml de cloreto de sódio a 0,9%) por 15 minutos.

**Atenção: deve-se considerar, neste caso, a realidade do Serviço de Saúde, sendo que a coleta de escarro induzida somente deverá ser realizada em sala destinada para este procedimento, respeitando critérios rigorosos de protocolos de biossegurança. Na dúvida, devem ser esclarecidas na Secretaria de Saúde dos respectivos municípios.**

### **Fluxo de envio de amostras**

As amostras de escarros encaminhadas ao laboratório deverão estar acompanhadas da requisição de exames, contendo os dados de identificação do paciente, descrição dos achados clínicos do paciente e a natureza do exame solicitado.

Dada a impossibilidade de envio imediato da amostra para o laboratório ou unidade de saúde, esta deverá ser conservada em geladeira comum por 5 a 7 dias em uma temperatura entre 2°C e 8°C

## **4.4.3 Tratamento**

### **4.4.3.1 Condições gerais para prescrição/renovação pelo enfermeiro**

O enfermeiro poderá prescrever somente o esquema básico de tratamento para tuberculose pulmonar, incluindo a fase intensiva e fase de manutenção.

A prescrição do tratamento (início ou renovação) só poderá ser realizada nas seguintes situações:

- ✓ Nos casos novos - paciente que nunca usou medicamento anti-TB ou usou por menos de 30 dias.
- ✓ No 1º retratamento após cura – indivíduo com tuberculose pulmonar em atividade que já se tratou anteriormente com esquema básico e recebeu alta por cura. Neste caso o enfermeiro poderá reiniciar o tratamento básico e solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade, porém deverá agendar consulta médica no mês subsequente para reavaliação.
- ✓ No retratamento após abandono – doente que após iniciado o tratamento básico de tuberculose pulmonar, deixou de realizar o tratamento por mais de 30 dias consecutivos após data de início do mesmo. Neste caso o enfermeiro poderá reiniciar o tratamento básico e solicitar Cultura e Teste de Sensibilidade, porém deverá agendar consulta médica no mês subsequente para reavaliação.
- ✓ O enfermeiro poderá iniciar tratamento básico para tuberculose pulmonar em dependentes químicos nos casos novos, 1º retratamento ou retratamento após abandono de tratamento básico, porém deverá agendar consulta médica subsequente para reavaliação. O acompanhamento destes casos deverá ser compartilhado com o médico.

É importante destacar que o enfermeiro não poderá iniciar o tratamento para tuberculose pulmonar nas seguintes situações:

- ✓ menores de 18 anos;
- ✓ gestantes;
- ✓ pacientes com história de doença hepática e renal prévia;
- ✓ pacientes com 60 anos de idade ou mais;
- ✓ pacientes com desnutrição severa;
- ✓ coinfeção por HIV;
- ✓ TB multirresistente.

Nestes casos, o enfermeiro poderá realizar acompanhamento compartilhado com o médico e solicitar exames de controle/acompanhamento (baciloscopias e cultura).

É importante ainda destacar que os esquemas especiais preconizados possuem complexidade clínica e operacional, sendo preferencialmente, em unidades com perfis assistenciais especializados. Desta forma, apresentamos o quadro 1, para identificação do local de manejo clínico adequado para cada caso.

QUADRO 2. Esquemas de tratamento da tuberculose e local de manejo clínico preferencial

SITUAÇÃO DO CASO	ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA	LOCAL DE MANEJO
Caso Novo <sup>1</sup> e Retratamento <sup>2</sup> (recidiva após cura e reingresso após abandono)	Esquema Básico para adultos e Esquema Básico para crianças	Atenção Primária
Tuberculose meningoencefálica e osteoarticular	Esquema Básico para TB meningoencefálica e osteoarticular	Hospital e posteriormente Atenção Secundária <sup>3</sup>
Toxicidade, intolerância ou impedimentos ao uso do Esquema Básico e avaliação de falência terapêutica <sup>4</sup>	Esquemas Especiais	Referências Secundária <sup>1</sup>
Falência terapêutica por resistência e Resistência comprovada	Esquemas Especiais para resistências	Referência Terciária <sup>1</sup>

Fonte: Adaptado de Brasil (2019)

#### 4.4.3.2 Medicações

As medicações utilizadas no esquema padronizado são: Isoniazida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z) e Etambutol (E).

O esquema básico para adolescentes e adultos tem duração de seis meses, dividido em duas fases: a intensiva, composta por dois meses de uso de RHZE; e a de manutenção, com uso de RH por quatro meses.

O esquema básico para criança, também por seis meses, contudo as drogas utilizadas são Isoniazida (H), Rifampicina (R) e Pirazinamida (Z).

Esse esquema está indicado para todos os casos novos de tuberculose pulmonar e para os casos de retratamento. As doses das medicações prescritas são baseadas no peso do paciente e estão apresentadas abaixo (BRASIL, 2019).

**QUADRO 3.** Esquema Básico para o tratamento da TB pulmonar e extrapulmonar em adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade).

Esquema Básico para RHZE e RH						
Esquema básico para adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade)						
ESQUEMA	FAIXAS DE PESO	UNIDADE/DOSE			DURAÇÃO	DURAÇÃO <i>Meningoencefálica e osteoarticular</i>
<b>RHZE</b> <b>150/75/400/275 mg</b> <small>(comprimidos em doses fixas combinadas)</small>	20 a 35 kg	2 Comprimidos			2 meses	2 meses
	36 a 50 kg	3 Comprimidos				
	51 a 70 kg	4 Comprimidos				
	Acima de 70 kg	5 Comprimidos				
<b>RH</b> <b>300/150 mg<sup>1</sup></b> <b>ou 150/75 mg</b> <small>(comprimidos em doses fixas combinadas)</small>	20 a 35 kg	1 comp 300/150 mg ou 2 comp 150/75 mg			4 meses	10 meses
	36 a 50 kg	1 comp 300/150 mg + 1 comp 150/75 mg ou 3 comp 150/75 mg				
	51 a 70 kg	2 comp 300/150 mg ou 4 comp 150/75 mg				
	Acima de 70 kg	2 comp 300/150 mg + 1 comp 150/75 mg ou 5 comp 150/75 mg				
Esquema Básico para o tratamento da TB em crianças (< 10 anos de idade)						
ESQUEMA	FAIXAS DE PESO	UNIDADE/DOSE			DURAÇÃO	DURAÇÃO*
		Rifampicina	Isoniazida	Pirazinamida		
<b>RHZ</b> <b>(Fase intensiva)</b>	Até 20 kg	15 (10-20) Mg/kg/dia	10 (7-15) Mg/kg/dia	35 (30-40) Mg/kg/dia	2 meses	2 meses
	≥ 21 kg a 25kg	300 Mg/dia	200 Mg/dia	750 Mg/dia		
	≥26 kg a 30 kg	450 Mg/dia	300 Mg/dia	1.000 Mg/dia		
	≥31 kg a 35 kg	500 Mg/dia	300 Mg/dia	1.000 Mg/dia		
	≥35 kg a 39 kg	600 Mg/dia	300 Mg/dia	1.500 Mg/dia		
	≥ 40 kg a 44 kg	600 Mg/dia	300 Mg/dia	1.500 Mg/dia		
	≥ 45 kg	600 Mg/dia	300 Mg/dia	2.000 Mg/dia		
<b>RH</b> <b>(Fase de manutenção)</b>		Rifampicina	Isoniazida		4 meses	10 meses
	Até 20 kg	15 (10-20) Mg/kg/dia	10 (7-15) Mg/kg/dia			
	≥ 21 kg a 25kg	300 Mg/dia	200 Mg/dia			
	≥26 kg a 30 kg	450 Mg/dia	300 Mg/dia			
	≥31 kg a 35 kg	500 Mg/dia	300 Mg/dia			
	≥35 kg a 39 kg	600 Mg/dia	300 Mg/dia			
	≥ 40 kg a 44 kg	600 Mg/dia	300 Mg/dia			
≥ 45 kg	600 Mg/dia	300 Mg/dia				

**Fonte:** Adaptado de Brasil (2019). R – Rifampicina; H – Isoniazida; Z – Pirazinamida; E – Etambutol. <sup>1</sup> A apresentação de 300/150 mg em comprimido deverá ser adotada assim que disponível.

#### 4.4.3.3 Reações Adversas e Interações Medicamentosas

As reações adversas ao tratamento da tuberculose são divididas em dois grupos: reações adversas menores e reações adversas maiores.

O enfermeiro poderá realizar intervenções somente nas reações adversas menores, que normalmente não é necessário suspender o medicamento anti-TB, conforme quadro abaixo:

**QUADRO 4.** Efeitos adversos mais comuns no tratamento da tuberculose

EFEITOS ADVERSOS	PROVÁVEL(EIS) FÁRMACO(S) RESPONSÁVEL(EIS)	CONDUTAS
Intolerância digestiva (náusea e vômito) e epigastralgia	Etambutol Isoniazida Pirazinamida Rifampicina	Reformular o horário da administração dos medicamentos (duas horas após o café da manhã). Considerar o uso de medicação sintomática. Avaliar a função hepática.
Suor/urina de cor avermelhada	Rifampicina	Orientar.
Prurido e exantema leve	Isoniazida Rifampicina	Medicar com anti-histamínico.
Dor articular	Isoniazida Pirazinamida	Medicar com analgésicos ou anti-inflamatórios não hormonais.
Neuropatia periférica	Etambutol (incomum) Isoniazida (comum)	Medicar com piridoxina (vitamina B6) na dosagem de 50mg/dia e avaliar a evolução.
Hiperuricemia (com ou sem sintomas)	Etambutol Pirazinamida	Orientar dieta hipopurínica e medicar com alopurinol ou colchicina, se necessário.
Cefaleia e mudança de comportamento (euforia, insônia, depressão leve, ansiedade e sonolência)	Isoniazida	Orientar.
Febre	Isoniazida Rifampicina	Orientar e medicar com antitérmico.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2011.

#### 4.4.4 Infecção de Tuberculose Latente (ILT)

##### 4.4.4.1 Identificação das pessoas com probabilidade de ILTB ou com maior risco de adoecimento

Em se tratando de tuberculose, deve-se avaliar todos os contatos de casos confirmados de tuberculose, principalmente quando o caso índice for bacilífero.

A avaliação deve ser individualizada e deve considerar o grau de exposição; a forma da doença do caso-fonte; o ambiente; e o tempo de exposição. Pessoas infectadas pelo HIV que são contatos de pessoas com TB pulmonar ou laríngea ativa deverão realizar o tratamento para ILTB, independentemente do resultado da prova tuberculínica.

A indicação depende: do resultado da Prova tuberculínica (PT) ou da dosagem sanguínea de interferon gama (IGRA); da idade do paciente; da probabilidade de ILTB; e do risco de adoecimento. As pessoas com maior risco de adoecimento são as que tem idade inferior a dois anos ou superior a 60 anos, portadores de doenças e/ou tratamentos imunossupressores, pessoas vivendo em situação de rua ou privada de liberdade, indígena).

#### 4.4.4.2 Diagnóstico da ILTB

**Prova tuberculínica (PT)** - está indicada para diagnóstico de ILTB e pode também auxiliar no diagnóstico de tuberculose ativa em crianças. Consiste na inoculação intradérmica de um derivado protéico purificado do *M. tuberculosis* para medir a resposta imune celular a esses antígenos.

A leitura deve ser realizada em **72 horas, no máximo em 96 horas**. Quando o paciente não retornar para a leitura dentro deste tempo, avaliar a necessidade de repetir a prova tuberculínica. Registrar a **enduracao em mm**.

**Dosagem sanguínea de interferon gama (IGRA)** - baseiam-se na premissa de que as células anteriormente sensibilizadas com os antígenos da tuberculose produzem altos níveis de interferon-gama.

#### 4.4.4.3. Rastreamento

O rastreamento deve ser realizado na Atenção Primária e consiste na investigação de contactantes de casos bacilíferos de tuberculose, e ou pessoas em situação de risco de adoecimento, a saber: pessoas em uso de TNF- $\alpha$  / corticoterapia, diabéticos, pessoas vivendo com HIV, dentre outros.

Após identificado o contato de caso confirmado de tuberculose deve ser avaliado todos os contatos informados pelo caso índice ou caso fonte, conforme Fluxograma 3.3. Recomenda-se que a todos os contatos sintomáticos ou assintomáticos seja ofertada a testagem para o HIV.

#### 4.4.4.4 Populações especiais

##### 4.4.4.4.1 Pacientes vivendo com HIV



O rastreamento em pessoas vivendo com HIV devem ser sistematicamente testadas e tratadas para infecção latente pelo *M. tuberculosis*, independentemente do cenário epidemiológico em que estão inseridas. Por isso, recomenda-se:

- PVHIV com contagem de LT-CD4+  $\geq 350$  cels/mm<sup>3</sup>, deve-se realizar a prova tuberculínica ou IGRA anualmente e iniciar o tratamento da ILTB sempre que indicado (ver capítulo Tratamento da ILTB );
- PVHIV que apresentam contagem de LT -CD4+  $< 350$  cels/mm<sup>3</sup>, principalmente no momento do diagnóstico da infecção pelo HIV e para contatos de casos bacilíferos, está indicado o tratamento da ILTB independentemente da prova tuberculínica ou IGRA, desde que descartada a TB ativa.

#### 4.4.4.4.2 Gestantes

Recomenda-se postergar o tratamento da ILTB para após o parto. Em gestante com infecção pelo HIV, tratar a ILTB após o terceiro mês de gestação.

#### 4.4.4.5 Medicações

**Regime com isoniazida (H):** 6 meses (180 doses) ou 9 meses (270 doses meses).

A isoniazida deve ser o esquema preferencial para tratamento da ILTB. Em hepatopatas, crianças (< 10 anos de idade), pessoas acima de 50 anos de idade e no caso de intolerância à H, deve-se dar prioridade a outros regimes.

- ✓ Adultos e adolescentes ( $\geq 10$  anos de idade): 5 a 10 mg/kg/dia de peso até a dose máxima de 300mg/dia.
- ✓ Crianças (< 10 anos de idade): 10 mg/Kg/dia de peso até dose máxima de 300mg/dia.  
Há evidências de que o uso de 270 doses protege mais do que o uso de 180 doses (COMSTOCK, 1999).

Em caso de PVHIV o Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e Hospital Dia tem disponível a isoniazida de 300mg para atender em específico este público, portanto, o paciente deve ser encaminhado a estes serviços para realizar o tratamento de ILTB.

**Regime com rifampicina (R):** 4 meses (120 doses)

A rifampicina deve ser esquema preferencial em indivíduos com mais de 50 anos de idade, crianças (< 10 anos de idade), hepatopatas, contatos de monorresistentes à H e intolerância à H.

A R está contraindicada nas PVHIV em uso de inibidores de protease ou de Dolutegravir (ATENÇÃO para Interações medicamentosas), nessas situações preferir a utilização da H.

- ✓ Adultos e adolescentes (> 10 anos de idade): 10 mg/kg/dia de peso até a dose máxima de 600 mg por dia.
- ✓ Crianças (< 10 anos): 15 (10-20) mg/kg/dia de peso até a dose máxima de 600 mg por dia.

**QUADRO 5.** Esquema Básico para o tratamento da ILTB em crianças (<10 anos) e adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade).

<b>Esquema Básico ILTB</b>			
<b>Regime com isoniazida (H)</b>			
<b>ESQUEMA</b>	<b>INDICAÇÃO</b>	<b>UNIDADE/DOSE</b>	<b>DURAÇÃO</b>
<b>H - 100mg</b>	Crianças (< 10 anos de idade)	10 mg/Kg/dia de peso até dose máxima de 300mg/dia	6 a 9 meses
	Adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade)	5 a 10 mg/kg/dia de peso até a dose Máxima de 300mg/dia.	
<b>Regime com rifampicina (R)</b>			
<b>ESQUEMA</b>	<b>INDICAÇÃO</b>	<b>UNIDADE/DOSE</b>	<b>DURAÇÃO</b>
<b>R – 300 mg</b>	Crianças (< 10 anos de idade)	15 (10-20) mg/kg/dia de peso até a dose máxima de 600 mg por dia.	4 meses
	Adultos e adolescentes (≥ 10 anos de idade)	10 mg/kg/dia de peso até a dose máxima de 600 mg por dia.	

Fonte: Adaptado de Brasil, 2019.

## 4.5 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS

QUADRO 6. Atribuições dos profissionais (Enfermeiro/Equipe de Enfermagem/ Equipe de Saúde) na atenção à Tuberculose.

Atribuições	Profissionais envolvidos
Realizar consulta de enfermagem	Enfermeiro (a)
Coordenar a busca ativa dos indivíduos que não retornaram com o material coletado ou resultado do exame	
Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, técnicos e auxiliares	
Manter atualizado o boletim de acompanhamento de pacientes em tratamento de TB	
Administrar vacina BCG	Equipe de Enfermagem
Preencher e manter atualizado o livro de acompanhamento de TB	
Realizar atendimento domiciliar, quando necessário.	
Aferir os sinais vitais e peso	
Identificar Sintomáticos Respiratórios	Equipe de Saúde
Preencher livro de registro de Sintomático Respiratório	
Realizar a busca ativa dos indivíduos que não retornaram com o material coletado ou resultado do exame	
Orientar quanto à coleta de escarro	
Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto a prevenção, manejo do tratamento, às ações de vigilância epidemiológica e controle das doenças	
Orientar o indivíduo para coleta	
Realizar assistência integral às pessoas e famílias na UBS, e quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários	
Acompanhar Tratamento Diretamente Observado (TDO)	
Convocar/convidar contatos para investigação	
Orientar pacientes e familiares quanto ao uso de medicações	
Convocar/identificar doente faltoso	
Solicitação de baciloscopia para todo indivíduo com tosse a mais de 3 semanas, independentemente do motivo da consulta – no mínimo 2 amostras – uma em cada dia	Equipe de saúde – profissionais de nível superior)
Realizar a aplicação e leitura da prova tuberculínica	
Solicitar exames: rastreamento e acompanhamento de contatos.	
Iniciar tratamento e prescrever medicações (esquema básico) conforme normativa	
Avaliar e prescrever necessidade de escarro induzido	
Notificar e investigar casos confirmados	
Orientação sobre o acompanhamento de TDO ao ACS, técnicos e auxiliares	
Comunicar o encerramento ou transferência dos casos de TB na área	

## **CAPÍTULO 2**

# **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À HANSENÍASE**

## 5.1 INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma doença crônica, de notificação compulsória, transmitida pelas vias respiratórias através de secreções, tosses e espirros, por meio de contato próximo e prolongado com pessoas suscetíveis a adoecer, (inclusive crianças) através de uma pessoa doente que apresenta a forma infectante da doença (multibacilar – MB) que ainda não está sendo tratada (BRASIL, 2020).

Apesar de ser transmissível por meio das vias aéreas superiores, um contato rápido com quem tem hanseníase dificilmente fará com que o outro indivíduo seja infectado pela doença. Estima-se que a maioria da população possua imunidade natural contra o bacilo, portanto a maior parte da população não adoecer (BRASIL, 2020).

O agente etiológico é o *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido resistente, fracamente gram-positivo, que infecta os nervos periféricos e, mais especificamente, as células de Schwann. Acomete principalmente os nervos superficiais da pele e troncos nervosos periféricos (face, pescoço, terço médio do braço, abaixo do cotovelo e joelhos, olhos, mucosas, testículos, ossos, baço, fígado) (BRASIL, 2017).

A vacina BCG que compõe o calendário do Programa de imunização do Ministério da Saúde no Brasil, administrada ao nascer para a prevenção de formas graves da tuberculose, pode conferir proteção contra o bacilo. Embora sejam doenças distintas, são causadas por bactérias do gênero *mycobacterium*. No caso da tuberculose, o *Mycobacterium tuberculosis*, e na hanseníase, o *Mycobacterium leprae* (BRASIL, 2017).

Estudos evidenciam que a susceptibilidade ao *M. leprae* possui influência genética, portanto pessoas que possuem familiares com hanseníase têm maiores chances de adoecer, normalmente trata-se de um parente próximo ainda não diagnosticado, como pais, irmãos, cônjuges (BRASIL, 2020).

Considerada como uma das doenças mais antigas da humanidade, as referências mais remotas datam de 600 a.C. e procedem da Ásia, que, juntamente com a África, são consideradas o berço da doença; entretanto, a terminologia *hanseníase* é iniciativa brasileira para minimizar o preconceito secular atribuído à doença, adotada pelo Ministério da Saúde em 1976. Com isso, de acordo com a Lei nº 9.010, de 29 de março de 1995, o termo "Lepra" e seus derivados não poderão ser utilizados na linguagem empregada nos documentos oficiais da Administração centralizada e descentralizada da União e dos Estados-membros.

O Brasil está entre os 22 países em número de casos, ocupa a 2ª posição do mundo, atrás apenas da Índia. Em 2018, foram registrados mais de 27 mil novos casos, segundo o Ministério da Saúde. Isso representa mais de 93% das ocorrências registradas em países das Américas (BRASIL, 2018).

Em razão da elevada carga, a doença permanece como um importante problema de saúde pública no país, está fortemente relacionada às condições econômicas, sociais e ambientais desfavoráveis. Além disso, soma-se a esses fatores a dificuldade de acesso a rede de serviços às populações vulneráveis bem como informações sobre sinais e sintomas da doença (BRASIL, 2020).

A taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes por ano, nos anos das coortes 2001 a 2019, no Brasil é de 11,23 (SINAN, 2020).

Em relação à proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes 2001 a 2019, a taxa no Brasil é de 79,85 (SINAN, 2020).

A Hanseníase por ser uma doença ainda endêmica no Brasil deve levar os profissionais de saúde a pensar no diagnóstico e avaliar o caso cuidadosamente.

Dentre as ações multiprofissionais envolvidas no diagnóstico, tratamento e acompanhamento, uma das mais importantes está em realizar de forma adequada e minuciosa a anamnese e exame físico (BRASIL, 2020).

Classificar adequadamente o paciente é muito importante pois, tratá-lo de forma equivocada, sendo esse multibacilar ao invés de paucibacilar, pode agravar a condição de saúde do mesmo e prejudicar o controle epidemiológico da doença (BRASIL, 2018).

### **Sinais e sintomas mais frequentes da hanseníase**

- Lesão/lesões, manchas e/ou áreas da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ou dolorosa e/ou tátil;
  - Comprometimento dos nervos periféricos, geralmente espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;
  - Áreas com diminuição dos pelos e do suor;
  - Áreas do corpo com sensação de formigamento e/ou fisgadas;
  - Diminuição e/ou ausência da força muscular na face, mãos e pés;
- Nódulos no corpo, em alguns casos hiperemiados e dolorosos (BRASIL, 2017).

### **Diagnóstico da Hanseníase**

O diagnóstico de caso de hanseníase é essencialmente clínico e epidemiológico, realizado por meio do exame geral e dermatoneurológico para identificar lesões ou áreas de pele com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos periféricos, com alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas (BRASIL, 2017).

Os casos com suspeita de comprometimento neural, sem lesão cutânea (suspeita de hanseníase neural pura), e aqueles que apresentam área com alteração sensitiva e/ou autonômica duvidosa e sem lesão cutânea evidente, deverão ser encaminhados para unidades de saúde de maior complexidade para confirmação diagnóstica. Recomenda-se que nessas

unidades esses pacientes sejam submetidos novamente ao exame dermatoneurológico criterioso, à coleta de material para exames laboratoriais (baciloscopia ou histopatológica cutânea ou de nervo periférico sensitivo), a exames eletrofisiológicos e/ou outros mais complexos, para identificar comprometimento cutâneo ou neural discreto e para diagnóstico diferencial com outras neuropatias periféricas (BRASIL, 2010).

Em crianças, o diagnóstico da hanseníase exige avaliação ainda mais criteriosa, diante da dificuldade de aplicação e interpretação dos testes de sensibilidade. Casos em criança, podem sinalizar transmissão ativa da doença, especialmente entre os familiares, o que deve, portanto, intensificar a investigação dos contatos. Para diagnóstico desses casos, recomenda-se utilizar o “Protocolo Complementar de Investigação Diagnóstica de Casos de Hanseníase em Menores de 15 Anos” (BRASIL, 2016).

O diagnóstico de hanseníase deve ser recebido de modo semelhante ao de outras doenças curáveis. Entretanto, se vier a causar impacto psicológico, tanto a quem adoeceu quanto aos familiares ou pessoas de sua rede social, essa situação requererá uma abordagem apropriada pela equipe de saúde, que permita a aceitação do problema, superação das dificuldades e maior adesão ao tratamento. Essa atenção deve ser oferecida no momento do diagnóstico, bem como no decorrer do tratamento da doença e, se necessária, após a alta (BRASIL, 2016).

A Hanseníase possui um período de incubação longo, além de ser transmissível. Para ser diagnosticado, o paciente precisa de avaliação médica, por isso é importante estar sempre atento aos sintomas. Após o diagnóstico, o paciente precisa iniciar o tratamento, e o apoio da família é muito importante. O diagnóstico precoce garante que o paciente tenha mais chances de uma recuperação sem nenhuma sequela ou complicações (BRASIL, 2010).

Apesar de ser transmissível por meio das vias aéreas superiores, um contato rápido com quem tem hanseníase dificilmente fará com que o outro indivíduo seja infectado pela doença. Apenas pessoas que moram com o paciente sem tratamento ou convivem por um período prolongado podem adoecer, mas, ainda assim, para o contágio acontecer é preciso levar em consideração outras questões, como a resistência imunológica de cada indivíduo (BRASIL, 2010).

É importante ressaltar que a partir do momento em que o paciente começa o tratamento, a doença não é mais transmissível. Além disso, todas as pessoas que convivem com o paciente diariamente precisam comparecer à unidade de saúde para fazer exames e descartar a possibilidade de algum contágio. Devido ao período de incubação ser longo, se a pessoa contato, no primeiro exame, não apresentar sinais e sintomas, deverá ser orientada a necessidade de ser examinado/acompanhado por pelo menos 1 vez por ano durante 5 anos (BRASIL, 2017).

## **Transmissão**

A transmissão ocorre quando uma pessoa com hanseníase, na forma infectante da doença, sem tratamento, elimina o bacilo para o meio exterior, infectando outras pessoas suscetíveis. A via de eliminação do bacilo pelo doente são as vias aéreas superiores (mucosa nasal e orofaringe), por meio de contato próximo e prolongado (BRASIL, 2017).

Os doentes com poucos bacilos – paucibacilares (PB) – não são considerados importantes como fonte de transmissão da doença devido à baixa carga bacilar. As pessoas com a forma multibacilar (MB) - muitos bacilos, constituem o grupo contagiante, mantendo-se como fonte de infecção enquanto o tratamento específico não for iniciado (BRASIL, 2017).

A hanseníase apresenta longo período de incubação, ou seja, tempo em que os sinais e sintomas se manifestam desde a infecção. Geralmente, dura em média de 2 a 7 anos, não obstante haja referências à períodos inferiores a 2 e superiores a 10 anos (BRASIL, 2017).

## **Tratamento**

O tratamento da hanseníase é realizado através da associação de medicamentos (poliquimioterapia – PQT) conhecidos como Rifampicina, Dapsona e Clofazimina. Deve-se iniciar o tratamento já na primeira consulta, após a definição do diagnóstico, se não houver contraindicações formais (alergia à sulfa ou à rifampicina) (BRASIL, 2016).

O paciente PB receberá uma dose mensal supervisionada de 600 mg de Rifampicina, e tomará 100 mg de Dapsona diariamente (em casa). O tempo de tratamento é de 6 meses (6 cartelas). Caso a Dapsona precise ser suspensa, deverá ser substituída pela Clofazimina 50 mg por dia, e o paciente a tomará também 300 mg uma vez por mês na dose supervisionada. O paciente MB receberá uma dose mensal supervisionada de 600 mg de Rifampicina, 100 mg de Dapsona e de 300 mg de Clofazimina. Em casa, o paciente tomará 100 mg de Dapsona e 50 mg de Clofazimina diariamente. O tempo de tratamento é de 12 meses (12 cartelas) (BRASIL, 2016).

Caso a Dapsona precise ser suspensa, deverá ser substituída pela Ofloxacina 400 mg (na dose supervisionada e diariamente) ou pela Minociclina 100 mg (na dose supervisionada e diariamente). Caso haja náuseas, administre metoclopramida uma hora antes de tomar o medicamento (BRASIL, 2016).

NOTA: As medicações diárias deverão ser tomadas 2 horas após o almoço para evitar intolerância gástrica e eventual abandono do tratamento por esse motivo. Se ainda assim houver dor epigástrica, introduzir omeprazol, ranitidina ou cimetidina pela manhã (BRASIL, 2016).

## **Quadro 7 - Esquema terapêutico para casos paucibacilares: 6 cartelas**



<b>Adulto</b>	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.
<b>Criança</b>	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: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

Duração: 6 cartelas em até 9 meses. Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada.

### Quadro 8 - Esquema terapêutico para casos multibacilares: 12 cartelas

<b>Adulto</b>	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.
<b>Criança</b>	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: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

Duração: 12 cartelas em até 18 meses. Seguimento dos casos: comparecimento mensal para dose supervisionada.

Para o tratamento de crianças com hanseníase, deve-se considerar o peso corporal como fator mais importante do que a idade, seguindo as seguintes orientações: para crianças com peso superior a 50 kg deve-se utilizar o mesmo tratamento prescrito para adultos; para crianças com peso entre 30 e 50 kg deve-se utilizar as cartelas infantis (marrom/azul); para crianças menores que 30 kg deve-se fazer os ajustes de dose conforme quadro a seguir:

### Quadro 9 - Esquema terapêutico para crianças menores de 30 kg

DROGA	DOSE PQT	DOSE MG/KG
<b>Rifampicina (RFM) em suspensão</b>	Mensal	10-20
<b>Dapsona (DDS)</b>	Mensal	1-2
	Diária	1-2
<b>Clofazimina (CFZ)</b>	Mensal	5,0
	Diária	1,0

Fonte: Coordenação-Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação – CGHDE/DEVIT/SVS/MS.

**OBSERVAÇÃO:**

Para o tratamento, fica em vigência as orientações do Ministério da saúde contidas nos seguintes documentos: Ofício circular n. 12/2020 - SVS/MS e Nota Técnica nº 4/2020-CGDE/.DCCI/SVS/MS, sendo que posteriormente, com a regularização da distribuição de cartelas multibacilares, deverá ser seguidas as recomendações dos documentos supracitados.

**Diagnóstico das reações hansênicas**

Os estados reacionais ou reações hansênicas são alterações do sistema imunológico da pessoa atingida por hanseníase que se exteriorizam por meio de manifestações inflamatórias agudas e subagudas. Elas podem surgir antes, durante ou depois do tratamento PQT e são mais frequentes nos pacientes MB. Podem ser de dois tipos:

- Reação Tipo 1 ou Reação Reversa (RR) caracteriza-se pelo surgimento de novas lesões dermatológicas (manchas ou placas), infiltrações, alterações de cor e edema nas lesões antigas, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite), com ou sem lesões cutâneas agudas.
- Reação Tipo 2, cuja manifestação clínica mais frequente é o Eritema Nodoso Hansênico (ENH), caracteriza-se pelo aparecimento de nódulos subcutâneos dolorosos, acompanhados ou não de manifestações sistêmicas como: febre, dor articular, mal-estar generalizado, orquite, iridociclites, mãos e pés reacionais, glomerulonefrite, com ou sem espessamento e dor de nervos periféricos (neurite).

Frente a suspeita de reação hansênica, recomenda-se:

- a) Confirmar o diagnóstico de hanseníase e sua classificação operacional.
- b) Diferenciar o tipo de reação hansênica.
- c) Investigar fatores predisponentes (infecções, infestações, distúrbios hormonais, fatores emocionais e outros).
- d) Avaliar a função neural.

As reações, com ou sem neurite, devem ser diagnosticadas por meio da investigação cuidadosa dos sinais e sintomas mais frequentes e exame físico geral, com ênfase na avaliação dermatoneurológica, para definir a terapêutica antirreacional e para monitorar o comprometimento dos nervos periféricos. Existe a possibilidade da ocorrência de neurite isolada como manifestação única de reação hansênica.

Os pacientes de hanseníase devem ser agendados para consulta odontológica e orientados quanto à higiene dental. A boa condição de saúde bucal reduz o risco de reações hansênicas (BRASIL, 2016).

## Tratamento de reações hansênicas

O tratamento dos estados reacionais é geralmente ambulatorial e deve ser prescrito e supervisionado por médico. Essas ocorrências devem ser consideradas como situações de emergência e encaminhadas às unidades de saúde do nível secundário e terciário, para tratamento nas primeiras 24 horas.

Para iniciar o tratamento das reações hansênicas é imprescindível diferenciar o tipo de reação; avaliar a extensão do comprometimento de nervos periféricos, órgãos e outros sistemas; investigar e controlar fatores potencialmente capazes de desencadear os estados reacionais; conhecer as contraindicações, interações e efeitos adversos dos medicamentos usados no tratamento da hanseníase e em seus estados reacionais; instituir precocemente a terapêutica medicamentosa antirreacional e medidas coadjuvantes adequadas visando à prevenção de incapacidades; encaminhar os casos graves para internação hospitalar.

Nas situações em que há dificuldade de encaminhamento imediato, os seguintes procedimentos deverão ser aplicados até a avaliação:

- Orientar repouso do membro afetado em caso de suspeita de neurite;
- Iniciar prednisona na dose de 1mg/kg peso/dia, devendo ser tomadas as seguintes precauções para a sua utilização: registrar o peso, a pressão arterial e a taxa de glicose e fazer tratamento para estrogiloidíase.

**Nota:** Nos casos em que o doente for portador de hipertensão arterial sistêmica ou insuficiência cardíaca, pode-se utilizar a dexametasona na dosagem equivalente de 0,15 mg/kg/dia.

O acompanhamento dos casos com reação deverá ser realizado pelas unidades de referência. No documento de referência e contra-referência utilizado pelo município deverão constar as seguintes informações: data do início do tratamento, esquema terapêutico, número de doses administradas, tempo de tratamento

Principais diagnóstico / resultados de enfermagem – CIPE	CIAP	Principais Intervenções de Enfermagem		
		Orientações e Encaminhamento	Prescrição farmacológica	Solicitação de exames
-Risco de lesão; - Integridade da pele prejudicada.	S17 Abrasão/arranhão /bolhas S19 Outra lesão cutânea S20 Calos/calosidades S14 Queimadura/ escaldão <sup>[1]</sup> <sub>[SEP]</sub> S16 Traumatismo/ contusão A80 Lesão traumática/ acidente NE <sup>[1]</sup> <sub>[SEP]</sub>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cuidados com a pele, quanto à risco de ferimentos;</li> <li>-Orientações para autocuidado;</li> <li>- Discutir com o paciente os riscos de trauma e queimadura, advindos da dormência;</li> <li>- Identificar os riscos em que o paciente está exposto;</li> <li>- Orientar e ensinar o paciente a adaptar artefatos utilizados em sua vida diária e laboral, para evitar traumas e queimaduras;</li> <li>- Proteger as mãos com luvas;</li> <li>- Usar painéis de cabo longo e de madeira;</li> <li>- Usar colher de pau para cozinhar;</li> <li>- Massagear, indo da palma das mãos até a ponta dos dedos, bem devagar para não provocar ferimento;</li> <li>Orientar o paciente a: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Evitar exposição solar;</li> <li>-Usar bonés, chapéu, sombrinhas, camisa de manga comprida quando for exposto ao sol;</li> <li>-Usar protetor solar em toda pele, com troca a cada 2 horas;</li> <li>- Ingerir água e líquidos em quantidade suficiente para o seu peso corporal;</li> <li>-Hidratar e lubrificar a pele;</li> <li>- Observar a presença de manchas novas e alteração nas já existentes (tamanho, cor e consistência);</li> <li>- Avaliar o nível de hidratação da pele;</li> <li>- Orientar o paciente a evitar água quente no banho;</li> <li>- Orientar o paciente a usar sabonete de glicerina;</li> <li>- Encaminhar para avaliação médica, se necessário.</li> </ul> </li> </ul>	-	-
-Mucosa nasal alterada	A99 Outras doenças gerais NE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar o paciente a observar a presença de sangue, crosta e secreção na mucosa nasal;</li> <li>- Monitorar o aspecto da mucosa nasal;</li> <li>- Encaminhar ao médico, na presença de sangue e secreção na mucosa nasal.</li> </ul>	-	-
-Membrana mucosa ocular seca / alterada	F99 Outra doenças oculares/anexos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientar o paciente a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar lubrificação artificial dos olhos;</li> <li>-Realizar proteção diurna (óculos de sol);</li> <li>-Aplicar colírio a critério médico;</li> <li>- Encaminhar para consulta médica.</li> </ul> </li> </ul>	-	-
- Deambulação prejudicada - Risco de queda - Alteração física em pernas, pés e mãos	A99 Outras doenças gerais NE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar perda de sensibilidade;</li> <li>- Avaliar perda de força;</li> <li>- Avaliar perda da capacidade de preensão (dedos em garra);</li> </ul>	-	-

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exame físico alterado com perda de força física</li> <li>- Exame físico alterado com perda de sensibilidade</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se necessário encaminhar para fisioterapeuta para uso de órtese e/ou prótese;</li> <li>- Identificar déficits cognitivos ou físicos do paciente que podem aumentar o potencial para quedas em determinados ambientes;</li> <li>- Identificar comportamentos e fatores que aumentem o risco de queda;</li> <li>- Identificar as características do ambiente capazes de aumentar potencial de quedas;</li> <li>- Ensinar o paciente formas de cair de modo a minimizar lesões;</li> <li>- O paciente deverá providenciar iluminação adequada para aumentar a visibilidade;</li> <li>- Sugerir adaptações no lar para aumentar segurança;</li> <li>- Sugerir sapatos seguros;</li> <li>- O paciente deverá providenciar locais de armazenamento que sejam de fácil alcance.</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visão Eficaz</li> </ul>	<p>A98 Medicina preventiva/ manutenção de saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar acuidade visual através da tabela de Snellen;</li> <li>- Se resultado dentro da normalidade, repetir anualmente.</li> </ul>	-	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visão prejudicada</li> </ul>	<p>F28 Limitação funcional/ incapacidade F29 Outros sinais/ sintomas oculares</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar acuidade visual através da tabela de Snellen;</li> <li>- Se resultado alterado, encaminhar para oftalmologista, via sistema de regulação local;</li> <li>- Verificar alterações nos olhos através do exame físico e encaminhar para consulta médica, se necessário.</li> </ul>	-	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoimagem negativa</li> </ul>	<p>P99 Outras perturbações psicológicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoiar imagem corporal, positiva;</li> <li>- Identificar percepções alteradas;</li> <li>- Obter dados sobre condição psicológica;</li> <li>- Solicitar apoio da equipe multiprofissional<sup>1</sup>.</li> </ul>	-	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baixa autoestima</li> </ul>	<p>P99 Outras perturbações psicológicas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encorajar afirmações positivas;</li> <li>- Facilitar capacidade para comunicar sentimentos;</li> <li>- Obter dados sobre condição psicológica;</li> <li>- Solicitar apoio da equipe multiprofissional<sup>1</sup>.</li> </ul>	-	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Humor deprimido</li> </ul>	<p>- P03 Tristeza/ Sensação de depressão</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obter dados sobre condição psicológica;</li> <li>- Facilitar capacidade para comunicar sentimentos;</li> <li>- Gerenciar comportamento negativo;</li> <li>- Identificar percepções alteradas;</li> <li>- Solicitar apoio da equipe multiprofissional<sup>1</sup>;</li> <li>- Facilitar acesso ao tratamento;</li> <li>- Monitorar adesão a medicação;</li> <li>Promover apoio emocional;</li> <li>- Incentivar a participação em grupos terapêuticos.</li> </ul>		

<p>- Pressão arterial alterada</p>	<p>- K85 Pressão arterial elevada - K86 Hipertensão sem complicações - K87 Hipertensão com complicações - K88 Hipotensão postural</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar sobre a doença;</li> <li>- Orientar sobre alimentação saudável;</li> <li>- Orientar sobre uso dos medicamentos (doses, horários, indicação, efeitos colaterais);</li> <li>- Orientar sobre prevenção de complicações com a manutenção de níveis pressóricos normais e controle de fatores de risco (tabagismo, estresse, bebida alcoólica e sedentarismo);</li> <li>- Estimular o autocuidado, adesão ao tratamento e envolver familiares no cuidado;</li> <li>- Estimular a participação em grupos educativos;</li> <li>- Orientar modificações do estilo de vida Alimentação saudável: Dieta rica em frutas, vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais;</li> <li>- Diminuição de ingesta de sal; limite da ingesta diária de bebidas alcoólicas;</li> <li>- Perda de peso se em sobrepeso (pelo menos 10% do peso inicial);</li> <li>- Abandono do tabagismo.</li> <li>- Estimular a execução de atividades físicas de acordo com a limitação de cada cliente;</li> <li>- Encaminhar para nutricionista, Profissional de educação Física e avaliação médica.</li> </ul>	<p>Seguir protocolo de Hipertensão arterial.</p>	<p>Seguir protocolo de Hipertensão arterial</p>
------------------------------------	---	---	--	---

## 5.2 CONSULTA DE ENFERMAGEM NA HANSENÍASE

A Consulta de Enfermagem deve abordar ao paciente suspeito ou caso confirmado de hanseníase aspectos sociodemográficos, condições de saúde, fatores de risco, perspectiva de vida, queixas, enfermidades ou situação de saúde atual, entre outros.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) apresentamos como sugestão para registro da atividade, o método SOAP do prontuário eletrônico do cidadão (PEC e-SUS), disponível no

### APENDICE B.

#### 5.2.1 Avaliação e plano de enfermagem

O quadro abaixo apresenta uma sugestão para os principais diagnósticos de enfermagem, tendo como referência a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), atrelada a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) e seguida das principais intervenções de enfermagem, entretanto, considerando o contexto, é importante ressaltar que o enfermeiro possui autonomia para realização de outros diagnósticos e estabelecer um plano de cuidados,

considerando sempre a singularidade do indivíduo, a integralidade do cuidado e recursos disponíveis na rede de saúde para atender as necessidades dos usuários.

### 5.3 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS

QUADRO 10. Atribuições dos profissionais (Enfermeiro/Equipe de Enfermagem/ Equipe de Saúde) na atenção a Hanseníase.

Atribuições	Profissionais envolvidos
Realizar consulta de enfermagem	Enfermeiro (a)
Solicitação de exames previamente estabelecidos em programas de saúde pública ou estabelecidos neste protocolo de enfermagem	
Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, técnicos e auxiliares.	
Manter atualizado o boletim de acompanhamento de pacientes em tratamento de TB	
Realizar coleta de exames laboratoriais coleta de linfa (raspado intradérmico),	Equipe de Enfermagem
Aferir os sinais vitais e peso.	
Realizar atividade educativa, individual ou coletiva, na unidade e equipamentos sociais da comunidade.	
Administrar medicamentos conforme prescrição,	
Seguir prescrição de enfermagem.	
Avaliar e regularizar a situação vacinal do usuário.	
Acompanhar tratamento	Equipe de saúde – profissionais de nível superior)
Realizar avaliação dermatoneurológica,	
Realizar avaliação do grau de incapacidade física (GIF),	
Prescrever medicamentos	
Avaliar resultados de exames,	
Realizar avaliação de contatos,	
Realizar coleta de exames laboratoriais biópsia (histopatológico),	

## 6 REFERÊNCIAS

- WHO. Global Tuberculosis report 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
- WHO. Global Tuberculosis report 2019. Geneva: World Health Organization; 2019.
- WHO. Global Tuberculosis report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 6, Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. Volume 50, Nº 09 Mar. 2019
- BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Tuberculose 2020. Número Especial, Mar. 2020.
- BRASIL. 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 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.
- BEZERRA, Wanessa da Silva Peres et al. Risk Stratification and Factors Associated with Abandonment of Tuberculosis Treatment in a Secondary Referral Unit. **Patient preference and adherence**, v. 14, p. 2389, 2020.
- CIPE. **Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem**. Disponível em: <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-brazil-portuguese-translation-2017.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2020.
- OLIVEIRA, R, I. Investigação de contatos de casos de tuberculose e efetividade do tratamento da infecção latente em indígenas de Mato Grosso do Sul. Dissertação Mestrado Saúde da Família. UFMS, 2015.



# APÊNDICE A

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA TRATAMENTO DA TUBERCULOSE – TB / CIPE® (Adolescente e Adulto)

<b>Unidade de Saúde:</b>		
Data: __/__/__	Prontuário:	
<b>1. DADOS PESSOAIS</b>		
Nome:	Gênero: M ( ) ; F ( ) Outro ( ) _____	
Nome Social:		
Data Nasc.: __/__/____	Idade:	Estado Civil: Solteiro(a) ( ) ; Casado(a) ( ) Outros: _____
CNS:	Nome da Mãe:	
Escolaridade:	Profissão/Ocupação:	
Gestante: ( ) mês: ____ ( ) Não ( ) Não se aplica	Religião: Não ( ) ; Sim ( )	
Cidade / Estado de Origem:	Telefone: ( )	
Endereço:		

## 2. HÁBITOS DE VIDA E SOCIAIS

(Necessidades Psicobiológicas – Atividade Física, Sexualidade, Auto-Realização)

Atividades de vida diárias: ( ) dependente ( ) independente	Prática atividade física regularmente? ( ) Sim ( ) Não
Qualidade do sono: ( ) Boa ; ( ) Regular ; ( ) Ruim	Horas de Sono: ____ horas
Alimentação: ( ) Boa ; ( ) Regular ; ( ) Ruim	
Tabagista: Não ( ) ; Sim ( ) – Se sim, vá para o teste de Fagerstrom	
Fagerstrom: - Quanto tempo após acordar você fuma? - Qual o cigarro que traz mais satisfação? - Você fuma frequentemente pela manhã? - Você fuma mesmo doente quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?	5 min (3); 6 a 30 min (2); 31 a 60 min (0) 1º manhã (1); Outros (0) S (1); N (0) S (1); N (0)
Pontuação: ____ Baixa ( ) ; Moderada ( ) ; Elevada ( ) ; Muito Elevada ( )	<b>Interpretação do Grau de Dependência à Nicotina:</b> Baixa (0-2); Moderada (3-5); Elevada (6-7); Muito Elevada (8-10)
Etilista: Não ( ) ; Sim ( ) – Se sim, vá para o teste de Cage	Bebidas: Cerveja ( ) ; Whisky ( ) ; Cachaça ( ) Outras: _____
Cage: - Você se sente culpado pela maneira como costuma beber? - Alguma vez sentiu que deveria ter diminuído a quantidade de bebida? - Alguém crítica a sua maneira de beber? - Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo?	S ( ) ; N ( ) S ( ) ; N ( ) S ( ) ; N ( ) S ( ) ; N ( )
Resultado: Negativo ( ) ; Positivo ( )	<b>Interpretação do teste auxiliar para diagnóstico de alcoolismo:</b> Considera-se o Cage positivo se uma das respostas for sim.
Usuário Drogas Ilícitas: Não ( ) ; Sim ( ) Quais? _____	
Uso de medicamentos terapêuticos: ( ) Não ( ) Sim - Liste os medicamentos:	
Doenças prévias na família: ( ) Não ( ) Sim, quem?	
Atividade Sexual: Sem atividade ( ) Em atividade ( ) ; Número de parceiros ____ ; Uso de preservativo: ( ) Não ( ) Sim	
Uso de anticoncepcional: ( ) Não ( ) Sim, qual?	
Suporte Social e familiar: ( ) Não ( ) Sim, que o Sr. (a) procura quando precisa de ajuda?	
Recebe algum auxílio do governo: ( ) Não ( ) Sim, qual?	

## 3. EXAME FÍSICO FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO

Necessidades Psicobiológicas (Hidratação, Alimentação e Integridade Cutânea-mucosa)

**QUEIXA PRINCIPAL:**

Peso Atual:	Peso Habitual:	Altura:	IMC:
PA: _____ mmHg	Pulso radial ____/min	Freq. Respiratória: ____/min	Temperatura: ____°C
Inspeção da aparência geral: ( ) BEG – Bom estado Geral ( ) REG – Regular Estado Geral ( ) MEG - Mau Estado Geral			
Inspeção Nutricional: ( ) BEN – Bom estado Nutricional ( ) REN – Regular Estado Nutricional ( ) MEN – Mau Estado Nutricional			
Condições da pele e mucosas (Elasticidade, integridade, umidade):			

Você bebe aproximadamente quantos litros de água por dia:

Oxigenação, Regulação Vascular e Eliminação

Avaliação Pulmonar (descrever):

Saturação: \_\_\_\_\_

Avaliação Cardíaca (descrever):

Avaliação Abdominal (descrever):

Alterações de hábitos intestinais e/ou urinários: Não ( ) Sim ( )

#### 4. INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE

Você já teve tuberculose? ( ) Não ( ) Sim	Quando foi realizado o último tratamento? _____ Completo o tratamento: ( ) Não ( ) Sim
Você conheceu alguém com TB no último ano? ( ) Não ( ) Sim	Você tem contato com essa pessoa? ( ) Não ( ) Sim
Você tem tosse? ( ) Não ( ) Sim	Está com tosse há quanto tempo? _____
Tem expectoração? ( ) Não ( ) Sim	Está com expectoração há quanto tempo? _____ ( ) Saliva ( ) Mucosa ( ) Mucopurulenta ( ) Sanguinolenta
Apresentou tosse com sangue? ( ) Não ( ) Sim	
Você tem apresentado febre? ( ) Não ( ) Sim	
Você sente falta de apetite? ( ) Não ( ) Sim	
Perdeu peso? ( ) Não ( ) Sim	( ) > 3kg (menor que 70 kg) ( ) > 5 kg (se maior que 70kg)
Você tem sudorese noturna? ( ) Não ( ) Sim	
Você sente dor torácica? ( ) Não ( ) Sim	
Você sente dificuldade para respirar? ( ) Não ( ) Sim	
Tem histórico de: ( ) DPOC ( ) Asma ( ) Pneumonia	
Tem alguma comorbidade? ( ) Não ( ) Sim	Relate qual:
Já realizou teste para HIV/AIDS? ( ) Não ( ) Sim	HIV: Negativo ( ); Positivo
Tem marca da vacina BCG (verificar cicatriza no braço Direito)	( ) Não ( ) Sim

Data:

Enfermeiro(a)/carimbo e assinatura

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PARA TRATAMENTO DA TUBERCULOSE – TB / CIPE®

(Criança 0 – 10 anos)

<b>Unidade de Saúde:</b>				
Data: ___/___/___		Prontuário:		
<b>1.DADOS PESSOAIS</b>				
Nome:		Sexo: M ( ) ; F ( )		
Data Nasc.: ___/___/___		Idade:		
CNS:		Nome da Mãe:		
Responsável pela criança: ( ) Pais ( ) Avós ( ) Familiar		Nome do Responsável:		
Escolaridade:				
Cidade / Estado de Origem:		Telefone: ( )		
Endereço:				
<b>2.HÁBITOS DE VIDA E SOCIAIS</b> (Necessidades Psicobiológicas)				
Atividades de vida diárias : ( ) dependente ( ) independente		Pratica alguma atividade física? ( ) Sim ( ) Não		
Qualidade do sono: ( ) Boa ; ( ) Regular; ( ) Ruim		Horas de Sono: ____ horas		
Alimentação: ( ) Boa ; ( ) Regular; ( ) Ruim				
Uso de medicamentos terapêuticos: ( ) Não ( ) Sim - Liste os medicamentos:				
Doenças prévias na família: ( ) Não ( ) Sim, quem?				
Recebe algum auxílio do governo: ( ) Não ( ) Sim, qual?				
<b>3.EXAME FÍSICO FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO</b> Necessidades Psicobiológicas (Hidratação, Alimentação e Integridade Cutânea-mucosa)				
<b>QUEIXA PRINCIPAL:</b>				
Peso Atual:		Peso Habitual:	Altura:	IMC:
PA: _____ mmHg		Pulso radial ___/min	Freq. Respiratória: ___/min	Temperatura: ____°C
Inspeção da aparência geral: ( ) BEG – Bom estado Geral ( ) REG – Regular Estado Geral ( ) MEG - Mau Estado Geral				
Inspeção Nutricional: ( ) BEN – Bom estado Nutricional ( ) REN – Regular Estado Nutricional ( ) MEN – Mau Estado Nutricional				
Condições da pele e mucosas (Elasticidade, integridade, umidade):				
A criança bebe aproximadamente quantos litros de água por dia:				
<b>Oxigenação, Regulação Vascular e Eliminação</b>				
Avaliação Pulmonar (descrever):				
Saturação: _____				
Avaliação Cardíaca (descrever):				
Avaliação Abdominal (descrever):				
Alterações de hábitos intestinais e/ou urinários: Não ( ) Sim ( )				
<b>4. INVESTIGAÇÃO TUBERCULOSE</b>				
A criança já teve diagnóstico de tuberculose? ( ) Não ( ) Sim		Quando foi realizado o último tratamento? _____ Completo o tratamento: ( ) Não ( ) Sim		
A criança teve contato com alguém com TB no último ano? ( ) Não ( ) Sim				
A criança apresenta tosse? ( ) Não ( ) Sim		Está com tosse há quanto tempo? _____		
A criança tem expectoração? ( ) Não ( ) Sim		Está com expectoração há quanto tempo? _____ ( ) Saliva ( ) Mucosa ( ) Mucopurulenta ( ) Sanguinolenta		
Apresentou tosse com sangue? ( ) Não ( ) Sim				

A criança tem apresentado febre? ( ) Não ( ) Sim	
A criança tem sentido falta de apetite? ( ) Não ( ) Sim	
Perdeu peso? ( ) Não ( ) Sim	Quantos kg: _____
A criança tem apresentado sudorese noturna? ( ) Não ( ) Sim	
A criança tem apresentado queixa de dor torácica? ( ) Não ( ) Sim	
A criança tem apresentado dificuldade para respirar? ( ) Não ( ) Sim	
A criança tem histórico de: ( ) Asma ( ) Pneumonia	
Tem alguma comorbidade? ( ) Não ( ) Sim	Relate qual:
Tem marca da vacina BCG (verificar cicatriza no braço Direito)	( ) Não ( ) Sim

**APLICAÇÃO DA ESCALA - Criança**

**Escore de TB Criança**

**Sistema de pontos para o diagnóstico de tuberculose em crianças proposto pela Organização Mundial da Saúde**

<b>Achados</b>	<b>Pontuação</b>
História de tosse crônica	+1
Sinais meníngeos	+1
Gânglios linfáticos periféricos aderidos	+3
Adenite hilar	+3
Infiltrado pulmonar com cavitação	+4
Aspecto miliar	+4
Erosão de uma ou mais vértebras	+4
Cultura positiva para <i>M. tuberculosis</i> no esfregaço laríngeo	+7
Cultura positiva para <i>M. tuberculosis</i> de aspirado de gânglio	+7
Resposta rápida a antibiótico de amplo espectro	-6
Melhora radiológica sem tratamento antituberculoso	-6
Melhora radiológica com tratamento antituberculoso	+3

Na presença de 6 ou mais pontos considera-se caso de tuberculose. (Resultado: \_\_\_\_\_)

**Data:**

**Enfermeiro(a)/carimbo e assinatura**

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Mês de Tratamento:

**Principais queixas:**

**Tratamento: RHZE ( ) Alternativo ( )**

**Efeitos Adversos: (SIM – S) (NÃO - N)**

Menores:	Maiores:	Possível intolerância Medicamentosa (segundo o manual de recomendações TB): (S - Sim) (N - Não)
Náusea/Vômito/Dor Abdominal ( ) Suor ou urina de cor avermelhada ( ) Prurido ou exantema leve ( ) Dor articular ( ) Neuropatia periférica ( ) Hiperurecemia sem sintomas ( ) Hiperurecemia com artralgia ( ) Ansiedade/Euforia/Insônia/Cefaléia ( )	Exantema ou hipersensibilidade de moderada a grave ( ) Psicose/Crise convulsiva/Encefalopatia tóxica/Coma ( ) Neurite óptica ( ) Hepatotoxicidade ( ) Hipoacusia/Vertigem/Nistagmo ( ) Trombocitopenia/Leucopenia/Eosinofilia/Aнемia hemolítica/Agranulocitose/Vasculite ( ) Nefrite intersticial ( ) Rabdomiólise com mioglobínúria e insuficiência renal ( )	Rifampicina ( ) Isoniazida ( ) Pirazinamida ( ) Etambutol ( )  <b>Resistência aos Fármacos:</b> (S) (N) Monorresistência ( ) Polirresistência ( )

Houve mudança de tratamento: (S) (N)

Data da mudança: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Motivo da mudança de tratamento:**

### ESCORE PARA ABANDONO (PAT-TB)

Validado por Prado et al., (2016) Bezerra et al., (2020)

ESCORE de Probabilidade de Abandono do Tratamento - PAT-TB		
<b>Variáveis do Perfil do Paciente</b>		
Idade	Menos de 30 anos (10)	30 anos ou mais (0)
Sexo	Masculino (5)	Feminino (0)
Renda Média	Menos de 1 salário mínimo (10)	1 salário mínimo ou mais (0)
Ocupação	Sim (0)	Não (10)
Religião	Sim (0)	Não (20)
<b>Variáveis de Hábitos</b>		
Drogas Ilícitas	Sim (25)	Não (0)
Fumo	Sim (10)	Não (0)
<b>Variáveis da Doença</b>		
Tratamento anterior de TB	Sim (10)	Não (0)
<b>Pontuação Total:</b>	<b>Estratégia utilizada</b>	
≥ 45 pontos = Alta	Busca ativa por ligação: _____ Consulta de enfermagem: _____	
20 - 40 pontos = Intermediária	Retorno Frequente: ( ) Semanal. Quanto tempo? ( ) Quinzenal. Quanto tempo?	
< 20 pontos = Baixa	DATAS:	

**Instruções:** De acordo com as variáveis do perfil do paciente, você deverá somar os pontos. A pontuação total, indicará se o paciente tem risco de abandono classificado como: **alta, intermediária ou baixa**. \*Este instrumento de Escore, foi elaborado e validado por Prado et al., (2016) e ainda adaptado e validado em Mato Grosso do Sul por Bezerra et al., (2020).

Data:

Enfermeiro(a)/carimbo e assinatura

## APÊNDICE B

Instrumento de consulta de enfermagem em Hanseníase			
Nome:		Nome social:	
CNS:		Data de nascimento:	
Subjetivo – Histórico de Enfermagem			
Motivo da consulta:			
Desconforto respiratório/queixas respiratórias:			
Eliminações vesicais/intestinais:			
Consumo alimentar/hidratação/bebidas:			
Perda/aumento de peso:			
Queixas auditivas/oculares:			
Pele (Feridas, lesões, manchas):			
Doenças prévias:			
Doenças na família:			
Uso de medicações:			
Alergias:		Intolerância:	
Uso de drogas lícitas e ilícitas:			
Sono, repouso, higiene corporal:			
Presença/ausência de acompanhante:			
Relações familiares:			
Renda do paciente/família:			
Crença/espiritualidade:			
Como se sente com sua vida:			
Planos para futuro:			
Ocupação:			
Emoções:			
Recreações e atividades físicas:			
Objetivo - exame físico e resultado de exames			
Pressão arterial:		Pulso:	
		Respiração	
		Temperatura:	
Peso:		Estatura:	
		IMC:	
Exame físico completo:			
Avaliação da capacidade visual e auditiva:			
Avaliação dos linfonodos:			
Avaliação cardíaca e respiratória:			
Avaliação neurológica:			
Avaliação da cavidade oral:			
Avaliação postural:			
AVALIANDO OS OLHOS			
Você tem dificuldade para enxergar?		Sim ( ) Não ( )	
Tem dificuldade de enxergar de longe?		Sim ( ) Não ( )	
Tem dificuldade de enxergar de perto?		Sim ( ) Não ( )	
Sente como se tivesse areia?		Sim ( ) Não ( )	
As pálpebras estão pesadas?		Sim ( ) Não ( )	
Sente a visão embaçada?		Sim ( ) Não ( )	
Fecha os olhos normalmente?		Sim ( ) Não ( )	
Sente ardor?		Sim ( ) Não ( )	
Tem cílio raspando?		Sim ( ) Não ( )	
Virado para dentro?		Sim ( ) Não ( )	
O olho está vermelho?		Sim ( ) Não ( )	
Sente dor?		Sim ( ) Não ( )	
Sente alguma outra coisa?		Sim ( ) Não ( )	
Secreção (remela)?		Sim ( ) Não ( )	
Prurido (coceira)?		Sim ( ) Não ( )	
Lacrimeja muito?		Sim ( ) Não ( )	
Você tem dificuldade para enxergar?		Sim ( ) Não ( )	
Você usa óculos?		Sim ( ) Não ( )	
Você já fez cirurgia nos olhos?		Sim ( ) Não ( )	
Se você respondeu SIM, qual a cirurgia?			
AVALIANDO O NARIZ			
Você já fez cirurgia no nariz?		Sim ( ) Não ( )	
Entupimento frequente no nariz?		Sim ( ) Não ( )	
Tem secreção?		Sim ( ) Não ( )	
Tem coriza (nariz escorrendo)?		Sim ( ) Não ( )	
Tem casca?		Sim ( ) Não ( )	



Ferida no nariz?	Sim ( ) Não ( )
Sangramento no nariz?	Sim ( ) Não ( )
Tem mau cheiro?	Sim ( ) Não ( )
Se fez cirurgia, qual?	
<b>AVALIANDO MÃOS E BRAÇOS</b>	
Tem dificuldade para realizar alguma atividade?	Sim ( ) Não ( )
Tem dormência?	Sim ( ) Não ( )
Machuca as mãos com frequência?	Sim ( ) Não ( )
Tem ressecamento nas mãos?	Sim ( ) Não ( )
Tem rachaduras nas mãos?	Sim ( ) Não ( )
Tem calos nas mãos?	Sim ( ) Não ( )
Tem fraqueza nas mãos?	Sim ( ) Não ( )
Tem dificuldade para realizar atividades com as mãos?	Sim ( ) Não ( )
Tem ferimentos nas mãos?	Sim ( ) Não ( )
Pega objetos, coisas?	Sim ( ) Não ( )
Levanta objetos, coisas?	Sim ( ) Não ( )
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?	Sim ( ) Não ( )
Abre o dedo mindinho?	Sim ( ) Não ( )
Levanta o polegar?	Sim ( ) Não ( )
Consegue dobrar o punho para cima?	Sim ( ) Não ( )
Observar: feridas, rachaduras, sensibilidade, queimadura, bolhas	
<b>BRAÇOS</b>	
Tem dormência no braço? Sente dor no meio do braço?	Sim ( ) Não ( )
Tem queimadura no braço?	Sim ( ) Não ( )
Tem bolhas no braço?	Sim ( ) Não ( )
Tem ferimentos no braço?	Sim ( ) Não ( )
Sente dor no braço?	Sim ( ) Não ( )
Sente dor no cotovelo?	Sim ( ) Não ( )
Sente dor no punho?	Sim ( ) Não ( )
<b>PERNAS</b>	
Você tem dificuldade para realizar alguma atividade?	Sim ( ) Não ( )
Você já fez cirurgia? Se sim, Qual?	_____
Tem ferimento na perna?	Sim ( ) Não ( )
Tem dormência na perna?	Sim ( ) Não ( )
Tem queimadura na perna?	Sim ( ) Não ( )
Tem bolhas na perna?	Sim ( ) Não ( )
Sente dor na perna?	Sim ( ) Não ( )
Sente câimbra?	Sim ( ) Não ( )
Sente dor no joelho?	Sim ( ) Não ( )
Sente dor no tornozelo?	Sim ( ) Não ( )
<b>PÉS</b>	
Você tem dificuldade para realizar alguma atividade?	Sim ( ) Não ( )
Você já fez cirurgia? Se sim, Qual?	_____
Tem dormência nos pés?	Sim ( ) Não ( )
A sandália sai do pé sem perceber?	Sim ( ) Não ( )
Machuca os pés com frequência?	Sim ( ) Não ( )
Tem ressecamento?	Sim ( ) Não ( )
Tem calos?	Sim ( ) Não ( )
Tem queimaduras?	Sim ( ) Não ( )
Tem rachaduras?	Sim ( ) Não ( )
Tem ferimentos?	Sim ( ) Não ( )
Tem dificuldade para caminhar (pé caído)?	Sim ( ) Não ( )
Tem fraqueza nos pés?	Sim ( ) Não ( )
Tem dedos em garra (dedos encolhidos)?	Sim ( ) Não ( )
Sabe qual é o melhor calçado para o seu pé?	Sim ( ) Não ( )
Usa palmilha adaptada?	Sim ( ) Não ( )
Usa férula?	Sim ( ) Não ( )
Sente câimbra?	Sim ( ) Não ( )
Levanta o dedão do pé?	Sim ( ) Não ( )
Levanta o peito do pé?	Sim ( ) Não ( )
Realização de exame laboratorial/imagem:	
Avaliação de exames: ( ) Sem alterações	
( ) Com alterações:	

Fonte: Guia de apoio para grupos de autocuidado em Hanseníase. BR

Coren MS

# PROTOCOLO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

## TUBERCULOSE E HANSENÍASE

Organização: COREN/MS

Diagramação: Everton Ferreira Lemos - Enfermeiro –  
Câmara Técnica de Educação e Pesquisa.

### **Sede:**

Campo Grande - MS

Av. Monte Castelo, 269 - Monte Castelo, Campo Grande - MS, 79010-400

### **Subseção:**

Dourados: Rua Ciro Melo, 1374 - Jardim Central, Dourados - MS, 79805-031

Três Lagoas: Rua Engenheiro, R. Elviro Mario Mancini, 1420 - Vila Nova, Três Lagoas - MS, 79601-060



**Coren**<sup>MS</sup>  
Conselho Regional de Enfermagem do Mato Grosso do Sul