

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE AO PACIENTE COM HANSENÍASE

DOI: 10.48140/digitaleditora.2021.005.3

3

## Antônio Maikon Coutinho da Silva

Discente do curso de Enfermagem. Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – Unifacema. Caxias-Maranhão.

 <https://orcid.org/0000-0001-6984-9916>

## Macelino Barbosa Neto

Discente do curso de Enfermagem. Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – Unifacema. Caxias-Maranhão.

 <https://orcid.org/0000-0002-7358-871X>

## Ana Lúcia Silva Tavares

Discente do curso de Enfermagem. Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – Unifacema. Caxias-Maranhão.

 <https://orcid.org/0000-0003-1533-5009>

## Letícia do Nascimento Pinto

Discente do curso de Enfermagem. Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – Unifacema. Caxias-Maranhão.

 <https://orcid.org/0000-0002-3533-070X>

## Bruno Alves Silva e Silva

Discente do curso de Enfermagem. Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – Unifacema. Caxias-Maranhão.

 <https://orcid.org/0000/0002-3158-5940>

## Maria Eduarda da Silva Rocha

Discente do curso de Enfermagem. Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – Unifacema. Caxias-Maranhão.

 <https://orcid.org/0000-0003-2872-4695>

## Francisca Jorlanna da Silva Rocha

Discente do curso de Enfermagem. Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – Unifacema. Caxias-Maranhão.

 <https://orcid.org/0000-0003-2942-6585>

## Aline Delgado Damasceno

Discente do curso de Enfermagem. Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – Unifacema. Caxias-Maranhão.

 <https://orcid.org/0000-0003-2160-7736>

## Luís Alberto da Silva Lima

Discente do curso de Enfermagem. Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – Unifacema. Caxias-Maranhão.

 <https://orcid.org/0000-0001-9346-0003>

## Wesley Ferreira Costa

Discente do curso de Enfermagem. Centro Universitário de Ciências e Tecnologia do Maranhão – Unifacema. Caxias-Maranhão.

 <https://orcid.org/0000-0002-2253-9918>

# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE AO PACIENTE COM HANSENÍASE

DOI: 10.48140/digitaleditora.2021.005.3

3

## RESUMO

**Objetivos:** Elaborar um plano de cuidados para sistematização da assistência de enfermagem – sae ao paciente com hanseníase

**Métodos:** Trata-se de uma revisão bibliográfica, de caráter qualitativo, do tipo exploratória e descritiva

**Resultados:** Foram selecionados 11 artigos para a composição destes resultados.

**Discussão:** Diante dos resultados do mapeamento entre os diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem no cuidado à pessoa com hanseníase, identificou-se que torna o processo de trabalho mais eficiente possibilitando a identificação das necessidades humanas básicas afetadas nos pacientes.

**Conclusão:** A construção de cuidados embasados em diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para a pessoa com hanseníase subsidiam o desenvolvimento de princípios para o autocuidado da pessoa com hanseníase.

---

Recebido em: 30/11/2020  
Aprovado em: 10/12/2020  
Conflito de Interesse: não  
Suporte Financeiro: não houve

**PALAVRAS-CHAVES:** Sistematização da Assistência de Enfermagem; Hanseníase.

# SYSTEMATIZATION OF NURSING CARE - SAE TO LEPROSY PATIENTS

DOI: 10.48140/digitaleditora.2021.005.3

3

## ABSTRACT

**Objectives:** Develop a care plan for systematization of nursing care - it is for leprosy patients.

**Methods:** This is a bibliographic review, of a qualitative nature, of the exploratory and descriptive type.

**Results:** 11 articles were selected for the composition of these results.

**Discussion:** In view of the results of mapping between nursing diagnoses/outcomes and interventions in the care of people with leprosy, it was identified that it makes the work process more efficient, enabling the identification of the basic human needs affected in patients.

**Conclusion:** The construction of care based on diagnoses/results and nursing interventions for people with leprosy support the development of principles for self-care of people with leprosy.

---

Recebido em: 30/11/2020  
Aprovado em: 10/12/2020  
Conflito de Interesse: não  
Suporte Financeiro: não houve

**KEYWORD:** Systematization of Nursing Care; Leprosy.



# INTRODUÇÃO

A SAE é regulamentada no Brasil pela Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), preconizando que sua implantação deva ocorrer em todas as unidades de atendimento à saúde que ofereçam assistência de enfermagem. Esta ferramenta sistemática que orienta e gerencia o cuidado da enfermagem é composta de cinco etapas sequenciais não lineares: histórico de enfermagem ou coleta de dados; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação da assistência e; avaliação de enfermagem (COSTA; SILVA, 2018). A utilização desse instrumento garante ao enfermeiro identificar as necessidades de cada paciente/grupo, direcionando o atendimento a partir de prioridades estabelecidas, o que favorece a implementação de cuidados holísticos, integrais e personalizados (CHAVES; SILVA; MOTTA; RIBEIRO; ANDRADE, 2016). A operacionalização do PE ocorre no momento em que se implementa a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), tornando o processo de

trabalho mais eficiente (RIBEIRO; FERRAZ; DURAN, 2017).

Consegue-se, por meio da SAE, a enfermeira implantar e operacionalizar o cuidado, possibilitando a identificação das necessidades humanas básicas afetadas nos pacientes internados nas unidades específicas, minimizando complicações (SILVA, 2018). Para isso, também se faz necessário entender acerca das referências mundialmente aplicadas, conhecidas como NANDA (North American Nursing Diagnosis Association, atual NANDA International), que descreve os diagnósticos de enfermagem; NIC (Nursing Interventions Classification), que classifica as intervenções de enfermagem; e NOC (Nursing Outcomes Classification), que avalia as ações de enfermagem (Butcher, Bulechek, Dochterman & Wagner, 2018; Moorhead, Swanson, Johnson & Maas, 2018; NANDA International, 2020) (NANDA, 2020).

É pertinente discutir que o conceito de SAE é mais amplo do que o de processo de enfermagem, sendo este um dos componentes da SAE. A SAE transcende ao cuidado direto, constituindo-se uma ferramenta para gestão do cuidado, contribuindo para a tomada de decisão gerencial e política (GUTIÉRREZ; MORAIS, 2017).

A hanseníase faz parte da dramaturgia do sofrimento humano desde a antiguidade, porém sua própria identidade etiológica partiu do final do século XIX quando o médico Gerhard Henrik Armauer Hansen em meados de 1974, descobriu o bacillus leprae, a partir da análise do material de lesões cutâneas. Antes dessa descoberta, acreditava-se que a doença era de origem mística e hereditária

(FARIA; SANTOS, 2015).

A adesão ao tratamento e a responsabilidade com a terapêutica, são fatores preponderantes na prevenção de incapacidades neurais, que representam a principal problemática associada ao cenário epidemiológico da hanseníase mundialmente e, sobretudo, no Brasil. Diante disto, destaca-se o Processo de Enfermagem, à luz do constructo do autocuidado, como uma metodologia do cuidar que proporciona a otimização da assistência, no que diz respeito à sistematização do cuidado para o alcance de resultados esperados para aquela assistência (MONTEIRO, et al, 2018; OREM; TAYLOR; RENPENNING, 2001).

O autocuidado propicia ao indivíduo em tratamento para hanseníase e ao enfermeiro capacidades para o reconhecimento dos requisitos de autocuidado, bem como das atividades de autocuidado apropriadas para corresponder positivamente a estes requisitos. A ratificação da relevância do autocuidado ao indivíduo em tratamento para hanseníase, implementadas a partir da aplicação do Processo de Enfermagem, à luz da Teoria Geral de Orem possibilitará o reconhecimento das ações de autocuidado como imprescindíveis para um tratamento otimizado a fim de evitar incapacidades físicas, bem como a dizimação da doença no seu convívio social e desmistificação desta doença, tratável e curável (OREM; TAYLOR; RENPENNING, 2001).

Segundo, o Ministério da Saúde (2017), os principais sinais e sintomas da hanseníase são: manchas hipocrômicas, acastanhadas ou avermelhadas, com alterações de sensibilidade ao calor, dolorosas ao tato; formigamentos, choques e câimbras nos braços e pernas, que evoluem para dormência; pápulas, tubérculos, madarose; pele avermelhada, com diminuição ou ausência de suor no local; choque e espessamento de nervos periféricos; redução ou perda de sensibilidade nas áreas dos nervos afetados, principalmente nos olhos, mãos e pés.

Além dos sinais e sintomas supracitados pode-se também observar: redução e/ou perda de força nos músculos inervados por estes nervos, principalmente nos membros superiores e inferiores e, por vezes, pálpebras; edema de mãos e pés com cianose e ressecamento da pele; febre e artralgia; aparecimento súbito de manchas dormentes com dor nos nervos dos cotovelos, joelhos e tornozelos; entupimento, feridas e ressecamento do nariz; ressecamento e sensação de areia nos olhos (RIBEIRO; SILVA; OLIVEIRA, 2018). De tal modo, julgou-se pertinente realizar este estudo, cujo objetivo foi elaborar um plano de cuidados para sistematização da assistência de enfermagem – SAE ao paciente com hanseníase, objetivando uma melhor qualidade de vida dessa população.

## METODOLOGIA

## TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão bibliográfica, de caráter qualitativo, do tipo exploratória e descritiva que. Foram levantados os estudos brasileiros na base de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Medline (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Electronic Library Online). Utilizou-se as palavras chaves: sistematização da assistência de enfermagem, paciente com hanseníase; sistematização da assistência de enfermagem.

A busca dos artigos foi realizada nos meses de novembro e dezembro de 2020. Utilizados artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais dos últimos oito (8) anos, de 2015 a 2020, disponíveis nas bibliotecas Brasileiras e Internacionais.

Na base de dados Medline/PubMed, foram utilizados os termos “systematization of nursing care for patients with ransienise”, usando-se como filtros ensaios clínicos, ensaio clínico controlado, artigo de jornal e revisão dos últimos 5 anos em língua portuguesa e inglesa. Foram encontrados 8.449 artigos.

Na base de dados BIREME, utilizando-se a expressão ‘sistematização da assistência de enfermagem’, os filtros utilizados, Texto completo, LILACS, BDENF- Enfermagem, MEDILINE, Tipo de estudo: relato de caso, guia de prática clínica, estudo prognóstico, estudo de avaliação idiomas: português e inglês, últimos 5 anos, foram obtidos 19 artigos.

Todos os artigos revisados que abordavam a sistematização da assistência de enfermagem, que buscaram mostrar a aplicabilidade do processo de enfermagem para esses pacientes acometidos pela doença hanseníase e suas complicações assim como seus efeitos deletérios na qualidade de vida dessa população, foram incluídos. Foram excluídos estudos com baixa qualidade metodológica, ou avaliando terapêuticas não aprovadas no Brasil. As referências dos estudos localizados pela estratégia de busca descrita foram revisadas com vistas a se identificar outras publicações relevantes.

## RESULTADOS

Dos artigos identificados na literatura referente ao tema SAE e pacientes com hanseníase, foram selecionados alguns que abordagem de forma objetiva o tema deste estudo. Foram lidos aproximadamente 11 artigos na íntegra, onde foram selecionados para a composição destes resultados. Foram ainda elaborados os Diagnósticos, Resultados e Intervenções de enfermagem com a utilização da trilogia NNN- NANDA, NIC e NOC .Foram elaborados os diagnósticos mais recorrentes aos pacientes com hanseníase, e do total de diagnósticos obteve os seguintes resultados: 35,7% dos diagnósticos são referentes a necessidade de segurança do paciente, 21,4% dos diagnósticos são referentes ao conforto do paciente, 21,4% eram referentes à atividade e repouso, 7,1% eram referentes a nutrição dos pacientes, 7,1% se referiam a promoção da saúde para esses indivíduos e 7,1% se referiam a eliminação e troca.

## O PROCESSO DE ENFERMAGEM.

**Primeira Etapa do Processo de Enfermagem:** Coleta de dados/Histórico de enfermagem (Anamnese e Exame Físico) – discute a respeito da investigação para identificar problemas e necessidades do paciente e assim, determinar seu estado de saúde. Descreve cinco passos que auxiliam e ordena o profissional enfermeiro: a coleta de dados, validação dos dados, agrupamento dos dados, identificação de padrões e comunicação e registro dos dados. O profissional deve direcionar os questionamentos visando assim a identificação de todos os possíveis problemas do paciente, cabendo a ele o direcionamento específico para a patologia do paciente. Conforme instrumento de anamnese e exame físico abaixo (**Quadro 1**).

**Quadro 1.** Histórico de Enfermagem direcionado ao paciente com hanseníase, anamnese e exame físico geral e específico, 2020.

<b>HISTÓRICO DE ENFERMAGEM</b>							
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>							
Nome:				Data de nascimento: ____/____/____			
Cidade de origem:							
Cartão do SUS: -----							
<b>ASPECTO SOCIO ECONÔMICO E ESPIRITUAL</b>							
Profissão:							
Religião/crença:							
Escolaridade: ( ) Analfabeto ( ) Ensino Fundamental ( ) Ensino Médio ( ) Ensino Superior							
Barreira na Comunicação: ( ) Sim ( ) Não Qual? _____							
Estrangeiro: ( ) Sim ( ) Não.							
Apresenta Déficit: ( ) Não ( ) Sim, Qual? ( ) Auditiva ( ) Visual ( ) Motor Outros: _____							
Transtorno mental: ( ) Não ( ) Sim, Qual? _____							
Mora sozinho? ( ) Sim ( ) Não. Mora com familiares/outros? ( ) Sim ( ) Não							
2 itens positivo: Acionar serviço social – Religião – Barreira na comunicação – Trans. Mental							
<b>ANTECEDENTES PESSOAIS (PRESENÇA DE DOENÇA E/OU TRATAMENTO ANTERIOR)</b>							
( ) Não possui ( ) HAS ( ) Diabetes mellitus ( ) Dislipidemia ( ) IRC/IRA ( ) Cardiopatias							
( ) Câncer ( ) Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Usuário de drogas ilícitas ( ) Outro: _____							
Faz uso de medicamentos ( ) Não ( ) Sim.							
Nome	Dose	Via	Horário	Nome	Via	Dose	Horário
Acionar farmacêutico (quando o paciente trouxer medicação de casa)							
<b>EXAME FÍSICO</b>							
<b>Sinais vitais</b>							
PA: ____ mmHg P: ____ bpm ( ) Filiforme ( ) Cheio ( ) Rítmico ( ) Arritmico							
Tax: ____ °C FR: ____ mrpm Sat: ____ Dor: ( ) Sim ( ) Não, Onde? _____ Em oxigênio: ( ) Sim ( ) Não							
Características: _____							
<b>Dados antropométricos e aspectos nutricionais</b>							

Altura: \_\_\_\_\_ m Peso: \_\_\_\_\_ kg

**Perda de peso nos últimos 3 meses:** ( ) Sim ( ) Não, **Peso perdido:** \_\_\_\_\_ Kg

**Histórico de:** ( ) sonda ( ) gastrostomia ( ) nefropatia ( ) neoplasia de cabeça ( ) neoplasia de pescoço ( ) neoplasia de trato gastrointestinal ( ) Transplante ( ) obesidade mórbida III (IMC >50kg/m<sup>2</sup>) ( ) Não se aplica

2 itens positivos, acionar o(a) nutricionista

### NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Sonolento ( ) Sedado ( ) Comatoso ( ) Torporoso

ESCALA DE GLASGOW: \_\_\_\_\_

ASPECTO EMOCIONAL ( ) Calmo ( ) Tenso ( ) Agitado ( ) Apático ( ) Eufórico ( ) Agressivo ( ) Triste ( ) Outra Alteração: \_\_\_\_\_

2 itens positivos – acionar psicólogo

### CABEÇA E PESCOÇO

**Couro cabeludo:** ( ) Sem anormalidades ( ) Ferimento ( ) Hematoma.

Alterações: \_\_\_\_\_

**Face:** ( ) Simétrica ( ) Assimétrica ( ) Ferimento ( ) Hematomas

**Nariz:** ( ) Simétrico ( ) Assimétrico ( ) Sem anormalidade ( ) Secreção ( ) Lesão ( ) Epistaxe

**Pupilas:** ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Reativa ( ) Arreativas ( ) Mióticas ( ) Midriáticas ( ) Puntiformes ( ) Médias

**Olhos:** ( ) Normal ( ) Hemorragia ( ) icterícia de esclerótica ( ) Baixa acuidade visual ( ) Lentes corretivas ( ) Processo inflamatório/infeccioso

**Ouvidos:** ( ) Normal ( ) otorragia ( ) lesão ( ) cerume ( ) sujidades ( ) lesão ( ) Processo inflamatório/infeccioso

**Boca:** ( ) Sem anormalidades ( ) Cáries ( ) Falhas dentárias ( ) Protese ( ) Lesão

( ) Hálito cetônico ( ) halitose ( ) língua saburrosa

### Sistema respiratório

**Padrão:** ( ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Tiragem intercostal

**Inspeção pulmonar:** ( ) normal ( ) diminuída ( ) simetria ( ) assimetria

**Ausculta: Murmúrio vesicular:** ( ) presente ( ) diminuído ( ) ausente

**Ruídos adventícios:** ( ) roncos ( ) sibilos ( ) estertores ( ) tosse

**Aporte de O<sub>2</sub>:** ( ) Traqueotomizado ( ) TOT ( ) VM ( ) Macronebulização ( ) cateter nasal ( ) máscara de venturi

Acionar o fisioterapeuta, quando o paciente apresentar tiragem intercostal. Legenda: N = normal E = espessado D = dor

### Sistema cardiovascular

Perfusão periférica: ( ) Normal ( ) Diminuída ( ) Cianose

**Acesso venoso:** ( ) sim ( ) não, Qual? \_\_\_\_\_

**Faz uso de marcapasso?** ( ) sim ( ) não, há quanto tempo? \_\_\_\_\_

### Sistema gastrointestinal

**Abdomem:** ( ) Flácido ( ) Tenso ( ) Plano ( ) Globoso ( ) Simétrico ( ) Assimétrico ( ) Escavado ( ) Distendido ( ) Timpânico ( ) Doloroso

**Ruídos hidroaéreos:** ( ) Ausente ( ) Presente, tipo: ( ) hipoativos ( ) hiperativos

**Ostomias:** ( ) Sim ( ) Não, Qual? \_\_\_\_\_

**Dieta: Tipo:** ( ) Enteral ( ) Parenteral, vias: ( ) Oral ( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE

**Aceitação da dieta:** ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente

**Eliminações intestinais:** ( ) Normal ( ) constipação ( ) Diarréia ( ) Melena

( ) Enterorragia ( ) Obstipação

### Musculo esquelético

**Deambulação:** ( ) Sem auxílio ( ) Com auxílio, **Qual dispositivo?** ( ) Muleta ( ) Andador

**Utiliza prótese/órtese?** ( ) Sim ( ) Não, **Onde?** \_\_\_\_\_

**Sensibilidade:** ( ) Sim ( ) Não, Tipo: ( ) Paresia ( ) Parestesia ( ) Direito ( ) Esquerdo ( ) Tetraplegia

**Déficit motor:** ( ) Sim ( ) Não, Tipo: ( ) Hemiplegia ( ) Hemiparesia ( ) Direito ( ) Esquerdo ( ) Tetraplegia

**Tonicidade:** ( ) Rígido ( ) Flácido ( ) Direito ( ) Esquerdo

**Imobilização:** ( ) Sim ( ) Não ( ) Direito ( ) Esquerdo

• Acionar fisioterapeuta, quando o paciente apresentar paresia e/ou hemiparesia

### Sistema tegumentar

**Pele:** ( ) íntegra ( ) Desnutrida ( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Normocorada

( ) Hipocorada ( ) Icterícia ( ) Edema ( ) Lesionada. **Onde?** \_\_\_\_\_

**Escala de Braden:** \_\_\_\_\_

### Na presença de lesão por pressão

**Classificação:** ( ) Grau I ( ) Grau II ( ) Grau III ( ) Grau IV ( ) Inclassificável ( ) Não se aplica

### Aparelho geniturinário

**Urinário:** ( ) Espontânea ( ) Incontinência ( ) Retenção urinária ( ) Fralda

**Dispositivo urinário:** ( ) Sim ( ) Não, Qual? ( ) Sonda de alívio ( ) sonda de Foley ( ) Cistostomia

**Alterações:** ( ) Ardência ( ) Leucorréia ( ) Prurido ( ) Disúria ( ) Oligúria ( ) Poliúria ( ) Anúria ( ) Hematúria

**Padrão de sono:** ( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Insônia ( ) Uso de sedativos calmantes: ( ) Sim ( ) Não.

• **Sistema reprodutor:** ( ) Menarca ( ) Menopausa ( ) Primípara ( ) Não se aplica

### A) Riscos

( ) Sim ( ) Não, Qual(is)? ( ) queda ( ) lesão por pressão ( ) flebite

Alergia? ( ) Sim ( ) Não, Qual? \_\_\_\_\_

### B) Outras Cirurgias

( ) Sim ( ) Não, Qual(is)? \_\_\_\_\_ **Ano:** \_\_\_\_\_

### C) Educação multiprofissional

O paciente apresenta necessidade de Educação Multiprofissional? ( ) Sim ( ) Não

Em que: ( ) Cirurgia ( ) Pós-alta ( ) Hábitos alimentares/dietoterapia

( ) Autocuidado/hábito de vida diária ( ) outro: \_\_\_\_\_

### A) Necessidades especiais

( ) Sim ( ) Não

( ) Criança ( ) Adolescente ( ) Indígena ( ) Idosas debilitadas ( ) com distúrbio emocionais ou psiquiátricos ( )

Outro: \_\_\_\_\_

Qual a assistência deve ser prestada de forma diferenciada?

( ) Alimentação ( ) Deambulação/mobilidade ( ) sono/repouso ( ) Acompanhante ( ) linguagem ( ) deficiente auditivo ( ) deficiente visual ( ) comunicação ( ) outro: \_\_\_\_\_

### A) Informações adicionais

---



---



---

Trouxe exames? ( ) Sim ( ) Não,

Quais?

A sr<sup>a</sup>. gostaria de fazer alguma pergunta?**DECLARO A CONFIRMAÇÃO DOS DADOS ACIMA**

Nome: \_\_\_\_\_

Identificação/Responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco (se aplicável): \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ HORA: \_\_\_:\_\_\_

**ASSINATURA DO(A) ENFERMEIRO(A)/CARIMBO****AVALIAÇÃO SIMPLIFICADA DAS FUNÇÕES NEURAIS E COMPLICAÇÕES**

Unidade: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Classificação Operacional: \_\_\_\_\_ N° Registro: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Legenda: N = normal      E = espessado      D = dor

Face	1 <sup>a</sup>	/	2 <sup>a</sup>	/	3 <sup>a</sup>	/
Nariz	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Resseamento (S/N)						
Ferida (S/N)						
Perfuração de septo (S/N)						
Olhos	D	E	D	E	D	E
Queixa principal						
Fecha olhos s/ força (mm)						
Fecha olhos c/ força (mm)						
Triquíase (S/N) / Ectrópico (S/N)						

Dimin. sensib. córnea (S/N)						
Opacidade Córnea (S/N)						
Catarata (S/N)						
Acuidade visual						

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

**Legenda:** F = forte; D = diminuída; P = paralisado ou 5 = forte; 4 = Resistência parcial; 3 = Movimento completo; 2 = Movimento parcial; 1 = Contração; 0 = Paralisado.

1ª	/	2ª	/	3ª	/
D	E	D	E	D	E
					

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

Garra Móvel: M Garra Rígida: R Reabsorção: Ferida

Membros Inferiores	1ª	/	2ª	/	3ª	/
Queixa principal						
Palpação de Nervos	D	E	D	E	D	E
Fibular						
Tibial posterior						

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

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

**Legenda:** F = forte; D = diminuída; P = paralisado ou 5 = forte; 4 = Resistência parcial; 3 = Movimento completo; 2 = Movimento parcial; 1 = Contração; 0 = Paralisado

1ª	/	2ª	/	3ª	/
D	E	D	E	D	E
					

Data da Avaliação	Olhos		Mãos		Pés		Maior Grau	Assinatura
	D	E	D	E	D	E		
Aval. diagnóstico / /								
Aval. de alta / /								

## INSPEÇÃO E AVALIAÇÃO SENSITIVA

### CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE INCAPACIDADE (OMS)

#### MONOFILAMENTOS

Avaliação da Força	1
Verde	0,5
Azul	0,2
Lilaz	2,0
Vermelho Fechado	4,0
Vermelho Cruzado	10,0
Vermelho Aberto	300,0
Preto	s/ resposta

**Legenda:** Caneta/filamento lilás (2g): Sente Não sente X ou Monofilamentos: seguir cores  
Garra Móvel: M Garra Rígida: R Reabsorção: Ferida:

### HANSENÍASE

Formulário para Classificação do Grau de Incapacidades Físicas

Unidade Federada: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Forma Clínica: \_\_\_\_\_ N° da Ficha: \_\_\_\_

Grau	Olho			Mão			Pé		
	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E	Sinais e/ou Sintomas	D	E
0	Nenhum problema com os olhos devido à hanseníase			Nenhum problema com as mãos devido à hanseníase			Nenhum problema com os pés devido à hanseníase		
1	Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade			Diminuição ou perda da sensibilidade		
2	Lagofalmo e/ou ectrópio			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas			Lesões tróficas e/ou lesões traumáticas		
	Triquíase			Garras			Garras		
	Opacidade concava central			Reabsorção			Reabsorção		
	Acuidade visual menor que 0,1 ou não conta dedos a 6m			Mão caída			Pé caído Contratrauma do tornozelo		

Maior grau atribuído 0 1 2 Na ata \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Grau	Avaliação do Pé	Tipo de Calçado e Adaptações Necessárias	Outras Medidas
0	Ausência de incapacidade funcional.  Sensibilidade protetora presente em toda a superfície plantar: o paciente pode sentir o toque leve com a caneta esferográfica.	Calçado comum	Cuidades com a pele  Observações diárias dos pés
1	Perda da sensibilidade protetora na superfície plantar: o paciente não pode sentir o toque leve com a caneta esferográfica	Calçado comum,  Palmilha simples	Observação diária e auto cuidados.  Cuidados com o modo de andar.  uso de dois pares de meia.  Hidratação e lubrificação diária.  Cuidados com a pele.  Exercícios para manter as articulações móveis e melhorar a força muscular.  Encaminhamento do paciente para centros de referência, se necessário

2	Perda da sensibilidade protetora na superfície plantar com outras complicações, tais como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• úlceras tróficas e/ou lesões traumáticas.</li> <li>• Garras.</li> <li>• Pé caído.</li> <li>• Reabsorção.</li> <li>• Contratura do tornozelo.</li> </ul>	Calçado comum, confortável, com palmilha moldada e com adaptações: barra metatarso plantar, arco-plantar, adaptação na área do calcanhar, etc.  Sola firme.  Férula de Harris: aparelho dorsiflexor para pé caído	Observação diária e auto cuidados.  Cuidados com o modo de andar.  Uso de dois pares de meia.  Hidratação e lubrificação diárias.  Cuidados com a pele.  Exercícios para manter as articulações móveis e melhorar a força muscular.  Encaminhamento do paciente para centros de referência, se necessário.
---	---	---	--

**Fonte:** Elaboração do autor, 2020.

**Segunda Etapa do Processo de Enfermagem:** Diagnósticos de Enfermagem – descreve a evolução histórica de como os diagnósticos foram elaborados e desenvolvidos por enfermeiros. Também aborda os treze domínios utilizados no sistema de classificação NANDA e também os componentes estruturais que devem conter neste sistema. Para que possa prescrever os cuidados de enfermagem, o enfermeiro precisa nortear suas ações pelos diagnósticos das necessidades de saúde, das condições de bem-estar e das condições que possam vir a comprometer a vida do paciente: os chamados diagnósticos de enfermagem (HERDMAN; KAMITSURU, 2015).

**Terceira Etapa do Processo de Enfermagem:** Planejamento dos Resultados Esperados – foca na importância de realizar o planejamento de enfermagem após elaboração do diagnóstico. Através dos resultados esperados estabelecidos são realizadas prescrições de enfermagem para que a meta proposta seja alcançada.

**Quarta Etapa do Processo de Enfermagem:** Implementação da Assistência de Enfermagem (Prescrição de Enfermagem) – é descrito passos para realizar uma prescrição de enfermagem e implementá-la a fim de atingir a meta proposta. Para as autoras, as prescrições de cuidados devem estar bem redigidas e despertar o interesse da equipe de enfermagem, tanto para ler quanto para realizar. Estas etapas estão dispostas no quadro abaixo (**Quadro 2**).

**Quadro 2.** Necessidades Humanas Básicas afetadas pela doença, Diagnósticos de Enfermagem reais, fatores relacionados, características definidoras, Resultados esperados e Intervenções de Enfermagem em pacientes com hanseníase. 2021.

Necessidades Psicobiológicas					
Necessidades Humanas Básicas afetadas	Diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I)	Fator Relacionado	Características Definidoras	Resultados Esperados (NOC)	Intervenções Sugeridas (NIC)
Segurança/proteção	<b>Integridade da pele prejudicada</b>	<p><b>Externos</b></p> <p>Excreções Hidratação</p> <p>Hipertermia</p> <p>Hipotermia</p> <p>Pressão sobre saliência óssea</p> <p>Secreções Umidade</p> <p><b>Internos</b></p> <p>Alteração no volume de líquidos</p> <p>Fator psicogênico</p> <p>Nutrição inadequada.</p>	<p>Alteração na integridade da pele</p> <p>Área localizada quente ao toque</p> <p>Dor aguda</p> <p>Hematoma</p> <p>Matéria estranha perfurando a pele</p> <p>Sangramento</p> <p>Vermelhidão</p>	Integridade Tissular: Pele e Mucosa.	<p>1. Evitar o uso de roupa de cama com textura áspera.</p> <p>2. Limpar com sabonete bactericida, conforme apropriado. 3. Vestir o paciente com roupas folgadas.</p> <p>4. Cobrir a pele com talco medicinal, conforme apropriado. 5. Tirar esparadrapo e resíduos.</p> <p>6. Oferecer suporte a áreas edemaciadas (p. ex., travesseiro debaixo dos braços e apoio escrotal), conforme apropriado. 7. Aplicar lubrificante aos lábios hidratados e mucosa oral sempre que necessário.</p> <p>8. Virar o paciente imobilizado, no mínimo, a cada duas horas, conforme agenda específica.</p> <p>9. Usar dispositivos sobre a cama (p. ex., pele de carneiro) que protejam o paciente.</p> <p>10. Aplicar protetores aos calcanhares, conforme apropriado.</p> <p>11. Aplicar talcos secantes a dobras de pele profundas. Iniciar serviços de consulta do enfermeiro em terapia enterostomal sempre que necessário.</p> <p>12. Aplicar curativo oclusivo transparente (p. ex., Tegaderm® e Duoderm®) sempre que necessário.</p>

Segurança/ proteção	<b>Risco de infecção</b>	Alteração na integridade da pele Alteração no peristaltismo Conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos Desnutrição Estase de líquidos orgânicos Obesidade Tabagismo Vacinação inadequada.	-	Sinais e sintomas de infecção  1. Monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção.  Monitorar a vulnerabilidade a infecções.  2. Limitar a quantidade de visitas, conforme apropriado.  3. Examinar todas as visitas quanto à presença de doenças transmissíveis.  4. Manter assepsia para paciente de risco.  5. Manter técnicas de isolamento, conforme apropriado.  6. Providenciar cuidados adequados à pele em áreas edemaciadas.  7. Examinar a pele e as mucosas em busca de hiperemia, calor extremo ou drenagem.  8. Obter culturas, se necessário.  9. Estimular a ingestão hídrica, conforme apropriado.  Estimular o repouso.
Segurança/ proteção	<b>Risco de integridade da pele prejudicada</b>	<b>Externos</b>  Agente químico lesivo Excreções Hidratação Hipertermia Hipotermia Pressão sobre saliência óssea Secreções Umidade  <b>Internos</b>  Alteração no volume de líquidos Fator psicogênico Nutrição inadequada.	-	Controle de Risco.  1. Examinar a pele e as mucosas quanto a vermelhidão, calor exagerado, edema e drenagem. 2. Observar as extremidades quanto a cor, calor, inchaço, pulsos, textura, edema e ulcerações.  3. Examinar a condição da incisão cirúrgica, conforme apropriado. 4. Usar um instrumento de levantamento de dados para identificar pacientes com risco de degradação da pele (p. ex., escala Braden).  5. Monitorar cor e temperatura da pele.  6. Monitorar a pele e as mucosas quanto a áreas de descoloração, contusões e distúrbios.  7. Monitorar a pele quanto a exantemas e abrasões.  8. Monitorar a pele quanto a ressecamento e umidade excessivos.  9. Monitorar aparecimento de fontes de pressão e atrito. 10. Monitorar ocorrência de infecção, em especial, de áreas edemaciadas.  11. Examinar as roupas quanto à compressão. Documentar mudanças na pele e mucosas.  12. Instituir medidas de prevenção de mais deterioração (p. ex., colchão sobreposto, agenda de reposicionamento).

Nutrição	<b>Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais.</b>	Ingestão alimentar insuficiente	<p>Ingestão de alimentos menor que a ingestão diária recomendada (IDR)</p> <p>Informações insuficientes</p> <p>Percepções incorretas</p> <p>Informações incorretas</p> <p>Membranas mucosas pálidas.</p>	Autocuidado: Alimentação.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Perguntar se o paciente possui alguma alergia alimentar.</li> <li>2.Determinar as preferências alimentares do paciente.</li> <li>3.Determinar, junto ao nutricionista conforme apropriado, a quantidade de calorias e o tipo de nutrientes necessários para atender às exigências nutricionais do paciente.</li> <li>4.Encorajar a ingestão calórica adequada ao tipo de corpo e estilo de vida.</li> <li>5.Encorajar maior ingestão de alimentos com ferro, conforme apropriado.</li> <li>6.Encorajar maior ingestão de proteínas, ferro e vitamina C, conforme apropriado.</li> <li>7.Oferecer lanches (p. ex., bebidas, frutas frescas/suco de frutas com frequência), conforme apropriado.</li> <li>8.Oferecer alimentos leves, cremosos e pouco temperados, conforme apropriado.</li> <li>9.Oferecer substituto do açúcar, conforme apropriado.</li> <li>10.Proporcionar a escolha dos alimentos.</li> <li>11.Adaptar a dieta ao estilo de vida do paciente, conforme apropriado.</li> <li>12.Ensinar ao paciente formas de manter um diário alimentar quando necessário.</li> </ol>
----------	--	---------------------------------	--	---------------------------	--

Eliminação e troca	<b>Risco de constipação intestinal</b>	Ingestão de fibras insuficiente Ingestão de líquidos insuficiente Motilidade gastrointestinal diminuída Transtorno emocional.	-	Ingestão de quantidade de líquido	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitorar o aparecimento de sinais e sintomas de constipação.</li> <li>2. Monitorar os movimentos intestinais, incluindo frequência, consistência, formato, volume e cor, conforme apropriado.</li> <li>3. Monitorar os ruídos hidroaéreos.</li> <li>4. Comunicar o médico sobre redução/aumento da frequência de ruídos hidroaéreos.</li> <li>5. Identificar os fatores (p. ex., medicamentos, repouso no leito e dieta) que possam causar ou contribuir para a constipação.</li> <li>6. Encorajar o aumento da ingestão de líquidos, a menos que contraindicado.</li> <li>7. Orientar o paciente/família para registrar cor, volume, frequência e consistência das fezes.</li> <li>8. Orientar o paciente/família sobre dieta com elevado teor de fibras, conforme apropriado.</li> <li>9. Avaliar a ingestão registrada quanto ao conteúdo nutricional.</li> <li>10. Pesar o paciente regularmente.</li> </ol>
Segurança/proteção	<b>Dentição Prejudicada</b>	Barreira ao autocuidado Conhecimento insuficiente sobre saúde dental Desnutrição Dificuldade de acesso a cuidados dentários Hábitos alimentares inadequados Higiene oral inadequada.	Mal alinhamento dos dentes Perda prematura de dentes primários Ausência de dentes Cáries dentais Cáries na raiz do dente Dentes desgastados Erosão do esmalte.	Autocuidado: Higiene Oral	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usar uma escova de dentes macia para remover resíduos dos dentes.</li> <li>2. Usar palinetes para os dentes ou esponjas descartáveis para estimular as gengivas e limpar a cavidade oral.</li> <li>3. Desencorajar o tabagismo e o consumo de álcool.</li> <li>4. Monitorar lábios, língua, mucosas, fossas das amígdalas e gengivas quanto a hidratação, cor, textura, presença de resíduos e infecção utilizando uma lanterna e abaixador de língua.</li> <li>5. Determinar a percepção do paciente quanto às mudanças no paladar, na deglutição, na qualidade da voz e no conforto.</li> <li>6. Reforçar o regime de higiene oral como parte do ensino da alta hospitalar. Orientar o paciente a evitar enxaguatórios orais.</li> <li>7. Orientar e auxiliar o paciente a fazer a higiene oral após as refeições e sempre que necessário.</li> <li>8. Monitorar o paciente a cada turno em relação a ressecamento da mucosa oral.</li> <li>9. Auxiliar o paciente a selecionar alimentos cremosos, com pouco tempero e sem acidez.</li> <li>10. Aumentar a quantidade de líquido nas refeições.</li> </ol>

Promoção da saúde	<b>Proteção ineficaz</b>	Abuso de substâncias Nutrição inadequada	Deficiência na imunidade Fraqueza Imobilidade Prurido Lesão por pressão.	Estado imunológico.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar incisão cirúrgica.</li> <li>2. Avaliar presença de sinais flogísticos em cateter e/ou venóclise.</li> <li>3. Realizar troca de curativo, com técnica asséptica, se houver sujidade.</li> <li>4. Realizar desinfecção dos dispositivos de administração de medicações (buretas e equipos), com álcool a 70%.</li> </ol>
Conforto	<b>Dor aguda</b>	Agente biológico lesivo Agente físico lesivo Agente químico lesivo.	Alteração no apetite Autorrelato da intensidade usando escala padronizada da dor Expressão facial de dor Representante relata comportamento de dor/alterações nas atividades.	Relato de dor controlado 1-4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar uma avaliação completa da dor, incluindo local, características, início/duração, frequência, qualidade, intensidade e gravidade, além de fatores precipitadores.</li> <li>2. Assegurar que o paciente receba cuidados precisos de analgesia.</li> <li>3. Investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor.</li> <li>4. Determinar o impacto da experiência da dor na qualidade de vida (p. ex., sono, apetite, atividade, cognição, humor, relacionamentos, desempenho profissional e responsabilidades dos papéis).</li> <li>5. Avaliar com o paciente e a equipe de cuidados de saúde a eficácia de medidas passadas utilizadas para controlar a dor.</li> <li>6. Controlar fatores ambientais capazes de influenciar a resposta do paciente ao desconforto (p. ex., temperatura, iluminação, ruídos ambientais).</li> <li>7. Reduzir ou eliminar fatores que precipitam ou aumentam a experiência de dor (p. ex., medo, cansaço, monotonia e falta de informação).</li> <li>8. Determinar a frequência necessária para fazer uma avaliação do conforto do paciente e a implementar um plano de monitoramento da dor.</li> <li>9. Ensinar os princípios de controle da dor.</li> <li>10. Considerar o tipo e a fonte da dor ao selecionar uma estratégia para seu alívio.</li> <li>11. Encorajar o paciente a conversar sobre sua experiência de dor, conforme apropriado.</li> </ol>

Atividade/ repouso	<b>Mobilidade física prejudicada</b>	Dor Rigidez articular Resistência diminuída Relutância em iniciar movimentos Força muscular diminuída.	Alteração na marcha  Redução na amplitude de movimentos Redução nas habilidades motoras finas Redução nas habilidades motoras grossas  Alteração na marcha.	Marcha.  1-4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Vestir o paciente com roupas folgadas.</li> <li>2.Auxiliar o paciente a usar calçados que facilitem a deambulação e evitem lesão. 3.Providenciar uma cama de altura baixa, conforme apropriado. 4.Colocar o controle da cama ao alcance da mão do paciente. 5.Encorajar a sentar na cama, na lateral da cama („com as pernas pendentes”) ou em poltrona, conforme a tolerância.</li> <li>6.Auxiliar o paciente a sentar na lateral da cama para facilitar ajustes posturais.</li> <li>7.Consultar fisioterapeuta sobre plano de deambulação, se necessário.</li> <li>8.Orientar sobre disponibilidade de dispositivos auxiliares, conforme apropriado.</li> <li>9.Orientar o paciente sobre formas de posicionar-se durante o processo de transferência.</li> <li>10.Usar cinta para deambulação para ajudar na transferência e deambulação, se necessário.</li> <li>11.Auxiliar o paciente a transferir-se, se necessário.</li> </ol>
Segurança/ proteção	<b>Integridade tissular prejudicada</b>	Agente químico lesivo Conhecimento insuficiente sobre manutenção da integridade tissular Conhecimento insuficiente sobre proteção da integridade tissular Estado nutricional desequilibrado Umidade.	Área localizada quente ao toque Dano tecidual Dor aguda Hematoma Sangramento Tecido destruído Vermelhidão.	Integridade Tissular: pele e mucosas.  Lesão de pele.  2-5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Posicionar a parte do corpo com sacos de areia ou outro recurso, conforme apropriado.</li> <li>2.Apoiar a parte do corpo afetada. Aplicar imobilizador com ar, conforme apropriado.</li> <li>3.Aplicar uma tala para oferecer apoio à parte do corpo lesionada. 4.Forrar a área lesionada para evitar atrito causado pelo dispositivo, conforme apropriado. 5.Imobilizar uma perna lesionada na posição estendida, conforme apropriado.</li> <li>6.Imobilizar um braço lesionado em posição flexionada ou estendida, conforme apropriado.</li> <li>7.Movimentar a extremidade lesionada o mínimo possível. 8.Estabilizar articulações proximais e distais no imobilizador, quando possível.</li> <li>9.Monitorar a circulação na parte do corpo afetada. 10.</li> </ol>
Atividade/ repouso	<b>Risco de síndrome de desuso</b>	Dor	-	Controle de Riscos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.Realizar mudança de decúbito, massagem corporal.</li> <li>2.Providenciar avaliação do fisioterapeuta e/ou terapeuta ocupacional.</li> <li>3.Incentivar a sair do leito com cadeiras de rodas, realizar rodízios.</li> </ol>

Atividade/ repouso	<b>Déficit no autocuidado para alimentação/banho/higiene íntima/vestir-se.</b>	Barreira ambiental Desconforto Dor Fadiga Fraqueza Motivação diminuída	Capacidade prejudicada de abrir recipientes Capacidade prejudicada de alimentar-se de forma aceitável  Capacidade prejudicada de acessar a fonte de água Capacidade prejudicada de acessar o banheiro  Capacidade prejudicada de manipular as roupas para realizar a higiene íntima  Capacidade prejudicada de colocar roupas na parte inferior do corpo.	Alimentar-se/banhar-se/higiene íntima/vestir-se.  2-5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Arrumar a bandeja dos alimentos e a mesa de uma maneira atraente.</li> <li>2. Criar um ambiente agradável durante as refeições (p. ex., colocar comadres, urinóis e equipamento de aspiração fora do alcance visual).</li> <li>3. Colocar toalhas, sabonete, desodorante, material de barba e outros acessórios necessários à cabeceira ou no banheiro.</li> <li>4. Providenciar os itens pessoais desejados (p. ex., desodorante, escova de dentes, sabonete de banho, xampu, loção e produtos para aromaterapia).</li> <li>5. Monitorar a necessidade do paciente de dispositivos de adaptação para higiene pessoal, colocação da roupa, arrumação da aparência, higiene íntima e alimentação.</li> <li>6. Manter rituais de higiene.</li> <li>7. Oferecer as roupas de modo que o paciente tenha acesso a elas (p. ex., junto ao leito).</li> <li>8. Disponibilizar as próprias roupas, conforme apropriado.</li> </ol>
Conforto	<b>Isolamento social</b>	Comportamento social incoerente com as normas Dificuldade para estabelecer relacionamentos Incapacidade de engajar-se em relacionamentos pessoais satisfatórios Interesses inadequados para o nível de desenvolvimento Recursos pessoais insuficientes.	Ausência de sistema de apoio Condição incapacitante Contato visual insuficiente Desejo de estar sozinho  Sentir-se diferente dos outros Solidão imposta por outros.	Envolvimento Social	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajudar o paciente a discutir os estressores que afetam a imagem corporal devido a condições congênitas, lesão, doença ou cirurgia.</li> <li>2. Identificar os efeitos da cultura, religião, raça, sexo e idade do paciente em termos de imagem corporal.</li> <li>3. Monitorar a frequência das declarações de autocrítica.</li> <li>4. Monitorar se o paciente consegue olhar para a parte do corpo modificada</li> <li>5. Ajudar o paciente a separar aparência física de sentimentos de valor pessoal, conforme apropriado.</li> <li>6. Ajudar o paciente a determinar a influência do grupo de colegas na percepção do paciente sobre a imagem corporal atual.</li> <li>7. Ajudar o paciente a determinar o alcance das mudanças reais no corpo ou nível de funcionamento.</li> </ol>

Conforto	<b>Risco de solidão</b>	Isolamento físico Isolamento social Privação afetiva Privação emocional	-	Sensação de estar excluído	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oferecer serviços de maneira carinhosa e apoiadora.</li> <li>2. Envolver a família/pessoas significativas/amigos nos cuidados e no planejamento.</li> <li>3. Explicar como ajudar a outros com preocupações</li> <li>4. Levantar dados sobre a reação psicológica à situação e a disponibilidade de um sistema de apoio.</li> <li>5. Determinar a adequação das redes sociais existentes. Identificar o grau de apoio da família.</li> <li>6. Identificar o grau de suporte financeiro da família.</li> <li>7. Determinar os sistemas de apoio atualmente em uso.</li> <li>8. Determinar as barreiras ao uso de sistemas de apoio.</li> <li>9. Monitorar a situação familiar atual.</li> <li>10. Encorajar o paciente a participar de atividades sociais e comunitárias.</li> <li>11. Encorajar as relações com pessoas com interesses e metas comuns.</li> <li>12. Encaminhar a grupo de autoajuda, conforme apropriado.</li> </ol>
----------	-------------------------	--	---	----------------------------	--

Fonte: Bases de dados, 2020.

**Quinta Etapa do Processo de Enfermagem** – Avaliação da Assistência de Enfermagem – aborda a etapa que consiste em acompanhar as respostas do paciente aos cuidados e avaliar se obteve bons resultados das prescrições de enfermagem. Deve ser realizado diariamente ou a cada novo contato com o paciente durante o procedimento do exame físico (ANDRÉ, 2013).

## DISCUSSÃO

Diante dos resultados encontrados a partir dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem no cuidado à pessoa com hanseníase e a NANDA ou trilogia NNN (NANDA, NIC e NOC), observou-se que houve predominância de diagnósticos relacionados à segurança e proteção, o que reflete a necessidade constante de cuidados que esses pacientes possuem com a finalidade de oferecer cuidados que abarquem os problemas ou potencialidades da pessoa com hanseníase e as ações de enfermagem à clientela específica. Ainda, reforça-se a importância do desenvolvimento de ações que imprimam nesse cuidado um olhar mais humano direcionado a esse grupo de clientes, procurando abordar os elementos da prática de enfermagem que consistem em estratégias tecnológicas que apoiam a sistematização do cuidado de enfermagem para clientelas específicas, uma vez que atualmente, a hanseníase representa um problema de saúde pública pelo seu poder de causar incapacidade física, social e econômica e continua sendo uma doença bastante presente na sociedade brasileira apesar do aumento do número de pesquisas desenvol-

vidas nos últimos anos. A meta de eliminação como problema de saúde pública faz parte da política que contribui para grande avanço na oferta de tratamento curativo, com aumento do acesso aos serviços de saúde, através de descentralização das ações para a realização do controle de serviços básicos de saúde (RIBEIRO; SILVA; OLIVEIRA, 2018).

A confirmação de 35,7% dos diagnósticos/resultados de enfermagem direcionados à pessoa com hanseníase são diagnósticos referentes a segurança/proteção do paciente/cliente e estes resultados revelaram a pertinência e a relevância da aplicação da sistematização de enfermagem e processo de enfermagem (PA) nos cuidados direcionados a essa clientela. Uma vez que os principais sintomas e incapacidades provocadas pela doença são: (...) “choque e espessamento de nervos periféricos; redução ou perda de sensibilidade nas áreas dos nervos afetados, principalmente nos olhos, mãos e pés” (BRASILb, 2017).

Viu-se ainda que um pouco mais de 1/3 dos diagnósticos recorrentes aos pacientes com hanseníase deste estudo, estavam relacionados aos distúrbios causados pela doença no conforto desses pacientes. A doença afeta de forma virulenta seus acometidos e grau dos danos causados pela depende de diversos fatores, de acordo com estudos esses fatores vão desde a falta de informação sobre a doença por parte da pessoa, a burocratização e adiamento dos atendimentos entre diversos. Pois há tratamento e cura para todas as formas de manifestação da doença. Mas, se o diagnóstico for tardio, maiores serão os riscos de sequelas e incapacidades físicas. Portanto, é fundamental que os pacientes sejam identificados precocemente e sejam orientados corretamente quanto ao tratamento, prevenção de incapacidades e exame de contatos (BRASILa, 2017).



## CONCLUSÃO

---

Acredita-se que a construção de cuidados embasados em diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para a pessoa com hanseníase e o processo de confirmação de pertinência e relevância gerados pelos resultados advindos dessa aplicação trazem claras evidências de elementos da prática de enfermagem direcionados à clientela específica, bem como subsidiam o desenvolvimento de princípios para o autocuidado da pessoa com hanseníase.

Deste modo, conclui-se que a SAE – Sistematização Assistência de Enfermagem é aplicável e que o constructo dos cuidados e do autocuidado foram destacados como de suma importância para o indivíduo acometido pela hanseníase, visto que esta enfermidade pode trazer sérias complicações na saúde dos indivíduos acometidos. Foi constatado ainda por este estudo que a sistematização dos serviços de enfermagem quando aplicados trazem a maximização da abordagem a esses pacientes.

# REFERÊNCIAS

COSTA AC, SILVA JV. Nurses' social representations of nursing care systematization. Rev Enf Ref. 2018 mar;5(16):139-46. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV17069>.

CHAVES RRG, SILVA CFM, MOTTA E, RIBEIRO EDLM, ANDRADE YNL. Sistematização da Assistência de Enfermagem: visão geral dos enfermeiros. Rev Enferm UFPE 2016 abr;10(4):1280-5. <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201615>.

RIBEIRO E, FERRAZ KMC, DURAN ECM. Atitudes dos enfermeiros de centro cirúrgico diante da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória. Rev SOBECC. 2017;22(4):201-7. <http://doi.org/10.5327/Z1414-4425201700040005>.

NANDA International. (2020). Welcome to NANDA International. Recuperado em 8 de julh de 2020, de <https://nanda.org/>.

GUTIÉRREZ MGR, MORAIS SCR. Systematization of nursing care and the formation of professional identity. Rev Bras Enferm. 2017;70(2):436-41. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0515.

FARIA, L.; de CASTRO SANTOS, L.A. A hanseníase e sua história no Brasil: a história de um “flagelo nacional”. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 2015, 22(4), 1491-1495. ISSN: 0104- 5970. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386142813022>. Acesso: 30 nov. 2020.

MONTEIRO LD, ET AL. Tendências da hanseníase após implementação de um projeto de intervenção em uma capital da Região Norte do Brasil, 2002-2016. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2018 [acesso em 31 de março de 2019]; 34(11). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00007818>.

OREM DE, TAYLOR SG, RENPENNING, KM(col.) Nursing: concepts of practice.6.ed. St. Louis: Mosby; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância e Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre hanseníase. 1. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Guia prático sobre a hanseníase [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

RIBEIRO, M.D.A.; SILVA, J.C.A.; OLIVEIRA, S.B. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e42. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34882>. Acesso em; 30 nov. 2020.

Herdman TH, Kamitsuru S (org). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017 -[NANDA Internacional]. Tradução: Regina Machado Garzes. Revisão técnica: Alba Lúcia Bottura Leite de Barros [et al.]. Porto Alegre: Artmed. 2015.

André, LSA. O Processo de Enfermagem e suas Cinco Etapas. Enferm. Foco 2013; 4(2): 140-141 140.

GLORIA M; BULECHEK; HOWARD K; BUTCHER; DOCHTERMAN, JM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) /; [tradução Soraya Imon de Oliveira... et al]. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.



MOORHEAD S, JOHNSON M, MAAS M, SWANSON, E. Classificação dos resultados de enfermagem –  
NOC. 5° ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2016.

