

COMPORTAMENTO PARA PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO EM HANSENÍASE NA ATENÇÃO BÁSICA

Paula Soares Carvalho¹
Matheus de Medeiros Nóbrega²
Emanuelle Malzac Freire de Santana³
Ester Missias Villaverde Antas⁴
Valéria Leite Soares⁵

RESUMO

A hanseníase é uma enfermidade infectocontagiosa, negligenciada, com distribuição mundial, colocando o Brasil como o segundo país mais endêmico do mundo. Apesar de tratável e curável, a hanseníase ganha destaque pelo seu alto poder incapacitante mantendo a doença como um grande problema de saúde mundial. Diante disso, torna-se ainda mais alarmante a evolução da doença no processo de envelhecimento, visto que essa população representa 61,67% do total de casos diagnósticos no Brasil, além de se encontrarem majoritariamente no estágio mais grave da doença. No entanto, é possível prevenir e reduzir essas incapacidades físicas. Dentro dessa perspectiva de prevenção e controle das incapacidades físicas e deformidades geradas pela doença faz-se imprescindível as demandas de autocuidado. Assim, este estudo tem como objetivo investigar o comportamento para o autocuidado no que concerne a tríade “face, pés, mãos” aos pacientes com hanseníase atendidos na rede de atenção primária a saúde. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, desenvolvida com pacientes acometidos pela hanseníase e atendidos na rede de atenção primária a saúde, no município de João Pessoa/Paraíba/Brasil. Os dados foram obtidos por meio de dois instrumentos semiestruturados, obtendo-se uma amostra de n 22. Como resultado desse estudo, mostrou-se que o coletivo estudado em sua maioria necessita melhorar as suas práticas em autocuidado, assim como, há uma necessidade de capacitação dos profissionais da rede de atenção primária a saúde no que tange ao acompanhamento dos indivíduos acometidos por essa doença.

Palavras-chave: Hanseníase, Autocuidado, Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A hanseníase é uma enfermidade infectocontagiosa, de evolução lenta, que tem como agente etiológico o *Mycobacterium leprae*, bactéria intracelular obrigatória que possui tropismo pela pele e nervos periféricos. Apesar de tratável e curável, a hanseníase ganha destaque pelo seu alto poder incapacitante, mantendo a doença como grande problema de saúde pública mundial (BRASIL, 2016).

¹Mestranda em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba - UFPB, paaula-soares@live.com;

²Mestrando em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba - UFPB, matheusnobrega0@gmail.com;

³Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba - UFPB; manumalzac@gmail.com

⁴Mestranda em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba - UFPB, ester_villaverde@yahoo.com.br;

⁵Professor orientador: Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba - UFPB, valeriasoares@hotmail.com.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), ao final do ano de 2017 foram reportados 211.009 casos novos de hanseníase em 159 países, sendo 22.940 apenas no Brasil. Desses, a região nordeste se coloca como a mais endêmica, responsável por 10.092 casos novos, seguidos pela região norte e centro-oeste. O estado da Paraíba, por sua vez, notificou 433 casos novos, dos quais, 191 estão localizados na capital João Pessoa (WHO, 2019; BRASIL 2019). Acredita-se que não exista outra doença que gere tantas incapacidades físicas, emocionais e sociais como a hanseníase (GONÇALVES; SAMPAIO; ANTUNES, 2009).

Considerando que a hanseníase caracteriza-se como doença crônica e silenciosa, torna-se importante a realização do diagnóstico precoce e tratamento adequado por uma equipe de saúde capacitada, com acompanhamento sistemático e individualizado durante a doença e pós-alta, para evitar o aparecimento de deficiências físicas e dependência em anos posteriores, principalmente quando se remete à população brasileira, a qual se encontra em processo de envelhecimento (SILVA et al., 2014; RODRIGUES et al., 2015)

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, envelhecimento é definido como um “processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico e de deterioração de um organismo maduro” (BRASIL, 2007), que pode se agravar quando além das condições fisiológicas supracitadas, o indivíduo é acometido por uma doença incapacitante juntamente com a sobrecarga estigmatizante, como é o caso da hanseníase.

Diante disso, torna-se ainda mais alarmante a evolução da doença nesse segmento populacional no país. Segundo o Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN), no final do ano de 2017, foram registrados no Brasil 14.149 casos novos de hanseníase em pessoas com quarenta anos ou mais, representando 61,67% do total de casos diagnósticos. A região nordeste permanece a mais endêmica também entre essa população, sendo responsáveis por 6.202 casos novos, representando 61,45% dentre os casos novos notificados. É importante destacar que essa população também se encontra majoritariamente no estágio mais grave da doença, apresentando Grau de Incapacidade Física (GIF) II em mais de 57% dos números registrados comparados às outras faixas etárias (BRASIL, 2019).

Nesse sentido, torna-se necessário traçar estratégias para essa população, visando a realização do diagnóstico precoce e de outras medidas preventivas, como a realização de educação em saúde, tratamento regular com as doses de poliquimioterapia (PQT), vigilância de contato, detecção e tratamento precoce das reações e neurites, apoio às condições emocionais e inserção social, e a realização do autocuidado (BRASIL, 2016).

Destaca-se a execução das atividades de autocuidado como fator primordial para a prevenção de incapacidades e a responsabilização do indivíduo para manutenção da sua própria saúde. O autocuidado está inserido no conjunto de práticas que o indivíduo realiza consciente e de forma intencional em seu próprio benefício, para a manutenção e promoção da sua saúde e bem-estar (BRASIL, 2016; SILVA, 2017).

Diante do exposto, é necessário destacar a importância da atenção primária a saúde, representada pela Estratégia de saúde da família (ESF), no que diz respeito da prevenção, controle e tratamento da hanseníase (SILVA et al., 2015). A rede básica de saúde é considerada atualmente a melhor forma de estratégia para eliminação dessa patologia, assim como para melhor assistência, providenciando diagnóstico precoce, diminuição do estigma social e um melhor acompanhamento através da facilitação no acesso aos serviços de saúde (RODRIGUES et al., 2015).

A Atenção Primária a Saúde (APS), considerada porta de entrada ao Sistema Único de Saúde, realiza atendimentos de demanda espontânea dos indivíduos que apresentam sinais e sintomas característicos da doença e busca ativa de casos e contactantes, sendo responsável pelo processo de diagnóstico, tratamento da hanseníase e combate à doença (SAVASSI; MODENA, 2015).

Nesse contexto, considerando o perfil epidemiológico, o número de casos já diagnosticados com incapacidades físicas, a importância do autocuidado na prevenção dos agravos e a atenção prioritária exercida pela estratégia de saúde da família, faz-se relevante tomar conhecimento sobre o comportamento para práticas de autocuidado dos paciente com hanseníase, visto que estas são indispensáveis para redução da carga negativa que a doença vem acarretando durante séculos.

Diante do conhecimento latente acumulado acerca da necessidade de realização de autocuidado pelos pacientes com hanseníase, indaga-se: Como está o comportamento de autocuidado de pessoas acometidas pela hanseníase? Portanto, o objetivo deste estudo foi investigar o comportamento para o autocuidado no que concerne a tríade “face, pés, mãos” em pacientes com hanseníase atendidos na rede de atenção primária a saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, desenvolvida com pacientes acometidos pela hanseníase e atendidos nas Unidades de Saúde da Família (USFs) no município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. As USFs (180 distribuídas em 05 distritos sanitários)

atendem ao critério de descentralização preconizado pelo MS como unidades gestoras do cuidado aos pacientes em tratamento da hanseníase, sendo nessas, realizado acompanhamento sistemático/mensal dos mesmos.

Foram instituídos como critérios de inclusão: idade superior a 18 anos, confirmação do diagnóstico de hanseníase há pelo menos 30 dias e disponibilidade para participar do estudo. Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: estar realizando apenas tratamento para reação hansênica, ter tido alta por cura, abandonado ou transferido para outro serviço de saúde e possuir capacidade cognitiva prejudicada.

Dos 44 indivíduos cadastrados no tratamento para doença, 3 eram menores de idade, 3 haviam descontinuado o tratamento por abandono, 1 já havia comparecido ao serviço para receber a última dose supervisionada e 3 não aceitaram participar da pesquisa. Dos 34 pacientes selecionados, 12 não foram contactados pela inviabilidade de acesso ao contexto socioespacial em que habitavam, isto é, áreas de difícil acesso, com violência urbana e vulnerabilidade à pesquisadora. Portanto, a amostra deste estudo foi composta por 22 indivíduos.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de janeiro a março de 2017, através de prontuários e entrevista, utilizando-se de dois instrumentos estruturados. O primeiro contendo dados sociodemográficos (sexo, idade, nível de escolaridade, estado civil, renda familiar média, religião), e clínico-epidemiológicos (dose do tratamento, classificação operacional, status de baciloscopia, forma clínica, grau de incapacidade física no diagnóstico, comprometimento neural, presença de doenças associadas, ocorrência de reações hansênicas, presença de úlceras palmares e plantares e neurite).

O segundo instrumento, APAHansen, é constituído por 46 questões relacionadas à prática de autocuidado na hanseníase nas dimensões face, mãos e pés, sendo 13 questões concernentes a face, 11 para mãos e 22 para pés. Cada questionamento do instrumento admite uma resposta componente da escala Likert de frequência, no período semanal, podendo variar a pontuação de 1 a 5, sendo 1 correspondente à “Nunca”, 2 à “1 a 2 vezes”, 3 “não sei/não se aplica”, 4 “3 a 4 vezes” e 5 à “Sempre”. Os scores foram obtidos através da média aritmética entre cada dimensão. Assim, as práticas de autocuidado foram classificadas em satisfatória ($\geq 3,6$), precisa melhorar (2,6 a 3,5) ou insatisfatória ($\leq 2,5$).

Os dados obtidos foram analisados através de técnicas de estatística descritiva (média) e inferencial (testes de correlação e associação de variáveis) pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0.

O projeto foi aprovado Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências em Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob protocolo nº0785/16. Ressalta-se que foram obedecidas todas as observâncias éticas contempladas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados apontam indivíduos com média de idade 52 anos (21 a 84 anos), com predominância do sexo feminino (12/54,5%), estado civil casado/união estável (12/54,5%), religião católica (14/63,6%), baixa escolaridade (12/54,5%), renda menor ou igual a um salário mínimo (14/63,6%), residência própria (14/63,6%) e apenas um filho (5/22,7%).

No que diz respeito à faixa etária, estudos apontam que a idade avançada possui correlação com o desenvolvimento das incapacidades físicas, podendo ser justificada pelo longo período de incubação da doença, cronicidade e o difícil acesso aos serviços de saúde. Pessoas em processo de envelhecimento, além de sofrerem com alterações fisiológicas propícias desse processo, se tornam ainda mais vulneráveis à dependência devido às incapacidades físicas, fazendo necessário um atendimento a prioritário a essa população (PIERI et al., 2012; NARDI et al., 2012; ARAÚJO et al., 2014; SILVA et al., 2014).

Clinicamente, predominaram os multibacilares (18/81,8%), com baciloscopia positiva (50% /11), forma clínica dimorfa (9/40,9%) e GIF não disponível nos prontuários (9/40,9%), seguido pelo GIF I (8/36,4%). Predominou também ausência de comprometimento neural na face (15/68,2%), MMSS (13/59,1%) ou em MMII (11/50%). Concernente à prática de autocuidado os sujeitos foram classificados conforme exposto na Tabela 1.

Tabela 1 - Classificação das práticas de autocuidado nas três dimensões em suas frequências absolutas e percentuais. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019.

	Face		Mãos		Pés	
	n	%	n	%	n	%
Insatisfatório	8	36,4	9	40,9	-	-
Precisa melhorar	14	64,6	12	54,5	16	72,7
Satisfatório	-	-	1	4,5	6	27,3

Comparando-se as categorias de classificação das práticas de autocuidado, destaca-se a dimensão dos pés com maior percentual de prática satisfatória. Em referência a isso, Fonte, Amaral, Barbosa (2017), afirmam que quando o indivíduo tem a percepção de alterações nessa região, essa percepção torna-se um forte indicador da realização rigorosa do autocuidado

cotidianamente, tendo como propósito a prevenção e controle das feridas e das incapacidades advindas delas.

Complementando essa ideia, Policarpo e colaboradores (2014) apontam que o sexo feminino apresenta maior adesão à prática de autocuidado para membros inferiores, visto que essas ações são mais próximas dos cuidados corriqueiros do dia a dia, como por exemplo a hidratação e massagem. Isso também se relaciona ao fato cultural, visto que essa prática está socialmente direcionada ao público feminino, sugerindo que os homens não sentem necessidade de cuidar dos pés.

Concernente à prática insatisfatória do autocuidado, houve destaque para o maior número na dimensão mãos. Galan e colaboradores (2014) discorrem no panorama da falta de consciência que o indivíduo possui do agravamento da doença, fazendo-se acreditar que a falta de adesão à realização do autocuidado com as mãos advém da ausência do empoderamento pessoal diante da patologia. Essa condição por muitas vezes decorre da verticalização da educação em saúde a qual esses indivíduos são expostos.

De posse da classificação dos indivíduos, procedeu-se a mensuração da correlação entre as práticas nas três dimensões investigadas, para as quais observou-se valor de r moderado e estatisticamente significativo apenas entre as dimensões face x mãos, ou seja, as ações de autocuidado são diretamente proporcionais entre elas de maneira correlacional.

Tabela 2 - Correlação das práticas de autocuidado nas três dimensões. João Pessoa/Paraíba/Brasil, 2018.

	r	Valor-p
Face x Mãos	0,526	0,012*
Mãos x Pés	0,366	0,093
Pés x Face	-0,174	0,440

r: Spearman's rho test

*p-valor < 0,05 estatisticamente significativo.

A correlação apontada neste estudo entre as categorias face e mãos se faz perpendicular às práticas de autocuidado exercida entre elas, que por sua vez, mostraram maiores índices nas categorias “insatisfatório” e “precisa melhorar”. Se vincularmos esses dados à explanação anteriormente referida de que a consciência de risco advinda do acometimento da dimensão direciona as práticas de autocuidado, poderíamos então inferir que as áreas com menor acometimento se distanciam da consciência do indivíduo, em detrimento daquela mais atingida.

Partindo do pressuposto que a consciência de risco está enfaticamente relacionada à adesão as práticas de autocuidado, e que, segundo estudos de Santana (2017) e Neves et al. (2015) os pés têm se mostrado o sítio corporal mais afetado pela doença, pode-se hipotetizar,

que a consciência advinda do acometimento leva os indivíduos a praticarem ações rotineiras de cuidado com os pés, descentralizando por conseguintes os demais sítios corporais.

Diante dessa conjectura, Moura e colaboradores (2017) enfatizam a necessidade da melhoria na orientação sobre as áreas mais afetadas em todos os sítios corporais do indivíduo, tornando essencial orientar o paciente quanto à consciência do risco relacionado à doença, principalmente no que concerne às incapacidades físicas.

Em complementariedade, avaliou-se a associação entre as características clínicas e a prática de autocuidado por dimensão (tabela 3), onde se observa associação significativamente estatística entre o comprometimento da face e a realização do autocuidado, bem como, a classificação operacional e o autocuidado com os pés.

Tabela 3 - Associação das práticas de autocuidado com comprometimento de face, mãos e pés e com a classificação operacional nas três dimensões. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019.

	Face		Mãos		Pés	
	Valor-p	R	Valor-p	R	Valor-p	R
Comprometimento	0,003*	9,000	0,109	42,571	0,248	1,333
Classificação Operacional	0,157	2,000	0,157	2,000	0,003*	9,000

R: Friedman Test

*P-valor < 0,05 estatisticamente significativo.

Semelhante aos dados apresentados anteriormente, é possível consubstanciar a convergência dos achados desse estudo, de forma geral para o apontamento da relação entre o comprometimento/agravamento das condições clínicas dos indivíduos e seu direcionamento à realização do autocuidado. Conforme exposto na tabela 3, o comprometimento da face esteve associado significativamente à prática de autocuidado com a mesma, assim como, a classificação – pauci ou multibacilar – também.

O acometimento facial proveniente da hanseníase desencadeia grandes problemas no que diz respeito ao relacionamento social e com a própria consciência daquele acometido. Isso torna o achado desse estudo ainda mais esclarecedor, visto que a prática de autocuidado se torna mais acentuada na face quando comprometida, temendo-se a perda da própria identidade, consequências de um estigma milenar (BENEDICTO et al., 2017).

Em consonância, Bezerra (2016), aponta em seu estudo que o acometimento facial gerado pela hanseníase leva a maioria dos pacientes a terem alterações da sua imagem corporal, gerando uma desconfiguração da própria identidade. Notou-se que diante das deformidades

geradas pela patologia, especificamente na face, obteve-se maior percepção negativa da doença tanto a nível social, quanto individual, bem como o acometido se comporta diante dela.

Sobre a gravidade das formas clínicas da hanseníase, Barbosa (2016) enfatiza que a classificação multibacilar da doença se relaciona de maneira direta com a presença de comprometimento físico existente no paciente acometido. Na classificação multibacilar, o indivíduo possui nove vezes mais chance de desenvolver algum GIF em comparação à forma paucibacilar, pelo motivo que o acometimento neural e carga bacilar é maior nesses pacientes, culminando na rápida evolução da doença e seus agravos (PINHEIRO et al., 2016).

Juntamente a isso, voltando-se para a prática de autocuidado com os pés, Neves (2015) afirma diante de seu estudo que a maioria dos pacientes tiveram os pés como a região mais acometidas pela incapacidade física gerada pela hanseníase. Como justificativa a isso, a perda da sensibilidade e a anidrose decorrente da doença deixam o paciente passível a desenvolver úlceras plantares, tornando-se fatores principais ao desenvolvimento de alterações morfológicas dos membros inferiores.

Em razão disso, com os achados que circundam a tabela 3, hipotetiza-se que tendo a classificação multibacilar como dominante neste estudo e levando em consideração que os acometimentos se dão na maioria das vezes na região dos pés, justifica-se a prática de autocuidado ser de maior dominância nos membros inferiores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que o coletivo estudado em sua maioria necessita melhorar as suas práticas em autocuidado, visto que essa ação é um fator primordial no que concerne a prevenção e controle das incapacidades físicas, razão de maior impacto negativo dentro da hanseníase, principalmente quando se remete à população em processo de envelhecimento.

Podemos constatar também a necessidade de capacitação dos profissionais da rede da atenção primária a saúde para o acompanhamento dos indivíduos acometidos por essa doença, posto que se faz crucial assistência de individualizada e sistemática, englobando todas as esferas da individualidade e coletividade humana, para fornecimento de melhores subsídios a essa população.

Destaca-se como limitação deste estudo a ausência da associação do GIF com os escores apresentados, tendo em consideração que durante a coleta não foram detectados uma relativa proporção de pacientes avaliados pelos profissionais da atenção primária, deixando esse resultado insignificante.

Este estudo torna-se importante para que a partir do reconhecimento desses pontos deficientes, possam ser traçadas medidas de controle, principalmente mediante as estratégias de saúde da família, que possuem um papel fundamental no que se refere à educação em saúde, devendo ser estimulada na prevenção da doença, no incentivo a adesão ao tratamento, nas práticas de autocuidado e no esclarecimento de preconceitos, diminuindo os estigmas que a hanseníase proporciona.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. E. R. A. et al. Complicações neurais e incapacidades em hanseníase em capital do nordeste brasileiro com alta endemicidade. **Rev Bras Epidemiol**, v. 17, n. 4, p. 899-910, 2014.

BENEDICTO C. et al. Avaliação da qualidade de vida, grau de incapacidade e do desenho da figura humana em pacientes com neuropatias na hanseníase. **Actafisiátrica**, v. 24, n. 3, p. 120-126.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de Prevenção de Incapacidades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n.19. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BEZERRA, M. L. R. **Diagnósticos de enfermagem a partir do constructo de autocuidado de Orem em usuários acometidos pela hanseníase**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

BARBOSA, F. P. S. et al. Neurological disabilities caused by leprosy in a health unit of Anápolis-GO between 2011 and 2013. **Revista Educação em Saúde**, v. 4, n. 2, 2016.

FONTE, D. O.; AMARAL, R. T.; BARBOSA, A. M. Conhecimento e comportamento de autocuidado com os pés em diabéticos atendidos em um hospital de referência. **Revista Científica da Escola de Saúde de Goiás-RESAP**, v. 3, n. 3, p. 149-165, 2017.

GALAN, N. G. A. et al. Avaliação da prática do autocuidado domiciliar em hanseníase. **Hansenologia Internationalis**, v. 39, n. 2, p. 27-35, 2014.

GONÇALVES, S. D.; SAMPAIO, R. F.; ANTUNES, C. M. F. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com hanseníase. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 267-74, 2009.

MOURA, E. G. et al. Relationship between the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) and the limitation of activities and restriction of participation for individuals with leprosy. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 355-361, 2017.

NARDI, S. M. T. et al. Avaliação das deficiências físicas em pessoas com hanseníase empregando dois indicadores: grau de incapacidades e Eyes-Hands-Feet. **Hansenologia Internationalis**, v. 36, n. 2, p. 09-15, 2011.

NEVES, T. V. et al. Informações do SINAN e de prontuários de unidades de saúde da família acerca de incapacidades físicas decorrentes da hanseníase em palmas, TO. **Revista Eletronica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 3, p. 2460-2470, 2015.

WHO. World Health Organization. **Leprosy – Key facts**, 2017. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/en/>

PIERI, F. M. et al. Fatores associados às incapacidades em pacientes diagnosticados de hanseníase: um estudo transversal. **Hansenologia Internationalis**, v. 37, n. 2, p. 22-30, 2012.

PINHEIRO, M. G. C. et al. Repercussões, limitações e incapacidades físicas no pós-alta em hanseníase: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 2, 2016.

POLICARPO, N. S. et al. Knowledge, attitudes and practices for the prevention of diabetic foot. **Revista gaucha de enfermagem**, v. 35, n. 3, p. 36-42, 2014.

RODRIGUES, Francisco Feitosa et al. Knowledge and practice of the nurse about leprosy: actions of control and elimination. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 68, n. 2, p. 297-304, 2015.

SANTANA, E. M. F. **Deficiências e incapacidades por hanseníase na atenção secundária à saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

SAVASSI, L. C. M.; MODENA, C. M. Hanseníase e a atenção primária: desafios educacionais e assistenciais na perspectiva de médicos residentes. **Hansenologia Internationalis**, v. 40, n. 2, p. 2-16, 2015.

SILVA, J. V.; DOMINGUES, E. A. R. Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 4, p. 30-36, 2017.

SILVA, R. P. da et al. Consulta de enfermagem em atenção primária ao portador de hanseníase: proposta de instrumento. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 1, p. 28-32, 2015.

SILVA, A. C. et al. Association between the degree of physical impairment from leprosy and dependence in activities of daily living among the elderly in a health unit in the State of Minas Gerais. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 47, n. 2, p. 212-217, 2014.